



Université catholique de Louvain

Faculté de théologie (TECO)



Université catholique du Congo

Faculté de théologie

ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL
DE LA PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH/SIDA
EN MILIEU HOSPITALIER CATHOLIQUE DE KINSHASA
Enjeux de l'articulation santé – souffrance – salut

Thèse réalisée par
François Yumba wa Kumwenda

Promoteur UCC :
Professeur Fidèle Mabundu

Promoteur UCL :
Professeur Henri Derroitte

Lecteurs :
Professeurs Karlijn Demasure, Dominique Jacquemin, Éleuthère Kumbu

Année académique 2014-2015
Doctorat en théologie

Sigles et abréviations

AGR : Activités génératrices de revenus.

Art.cit. : Article cité.

ARV : Antirétroviraux.

BDOM : Bureau Diocésain des Œuvres Médicales.

CDC : Center for Disease Control.

CDV : Conseil et dépistage volontaire.

CENCO : Conférence Épiscopale Nationale du Congo.

CEO : Conseil Œcuménique des Églises.

Cf. : Confer.

FCK : Facultés Catholiques de Kinshasa.

GRIDS : Gay-Related Immune Deficiency Syndrome, c'est-à-dire Syndrome d'immunodéficience liée à l'homosexualité.

Ib : Ibidem.

ID : Idem.

O.C. : Opus citatum.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

PAVIH : Personne affectée par le Virus de l'immunodéficience humaine.

PNLS : Programme National de Lutte contre le SIDA.

PNMLS : Programme National Multisectoriel de Lutte contre SIDA.

PTME : Prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

PVVIH : Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine.

RD Congo : République Démocratique du Congo.

RNOAC-GS/PVVIH : Réseau National d'Organisation des Assises Communautaires des Groupes des Support des Personnes vivant avec le VIH/SIDA.

SCEAM : Symposium des Conférences Épiscopales d'Afrique et de Madagascar.

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise.

UCC : Université Catholique du Congo.

UCL : Université Catholique de Louvain.

VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Cette recherche intitulée *Accompagnement spirituel de la personne vivant avec le VIH/SIDA en milieu hospitalier catholique de Kinshasa : enjeux de l'articulation santé-souffrance-salut* est une étude empirique et fondamentale en théologie pratique, plus précisément en pastorale de la santé. Afin de situer le propos de l'ensemble de son déploiement, nous présentons sa motivation, sa problématique, ses hypothèses, son approche méthodologique, ses différentes articulations et son originalité.

1. Motivation et problématique

Notre projet de recherche né d'une double observation : la recherche au sein de la Faculté de théologie de l'Université catholique du Congo, d'une part et la pratique en aumônerie hospitalière catholique de Kinshasa, d'autre part.

En effet, les travaux de la 23^{ème} et la 24^{ème} *Semaines théologiques de Kinshasa* organisées par la Faculté de Théologie de l'Université Catholique du Congo, en 2003 et en 2005, avaient retenu particulièrement notre attention jusqu'à nous inspirer dans nos investigations.

Le colloque de 2003 avait pour thème *Repenser le salut chrétien dans le contexte africain*¹. Son fil rouge avait montré que, face aux malheurs de la misère, de la guerre, de la maladie et de la mort, le peuple congolais mène une vie sans lendemain meilleur. Ainsi éprouve-t-il une soif effrénée pour une vie sauvée. Cette quête du salut s'exprime de diverses manières : recherche de prospérité, de paix, de guérison, etc. Ce colloque avait ainsi plaidé pour une vision

¹ Cf. *Repenser le salut chrétien dans le contexte africain. Actes de la XXIII^{ème} Semaine théologique de Kinshasa du 10 au 15 mars 2003*, Kinshasa, FCK, 2004.

holistique du salut conçu à la fois comme don de Dieu et comme accomplissement de l'homme selon sa destinée et sa délivrance.

De résolutions et recommandations formulées par les participants au terme dudit colloque, nous reprenons celles qui nous ont plus inspiré dans notre étude². En effet, les participants s'étaient engagés à entrer en dialogue franc avec les prêtres et les fidèles qui recourent à la prière dite de guérison pour les amener à discerner les enjeux de cette pratique à la lumière de l'Évangile. Ils avaient pris la ferme résolution de vivre la foi comme une expérience libératrice fondée sur la Bonne Nouvelle, de promouvoir une vision chrétienne et engageante du salut, de participer régulièrement à des sessions de recyclage en vue d'une formation permanente, afin d'être sensibilisés au lien entre adhésion au Christ et engagement pour la promotion humaine. Outre ces résolutions, les participants à la 23^{ème} *Semaine* avaient formulé quelques recommandations notamment à l'Église et aux Facultés Catholiques de Kinshasa (actuelle Université Catholique du Congo).

Ils avaient exhorté l'Église à tout mettre en œuvre pour mieux connaître la situation concrète dans laquelle vit la population afin de cerner ses besoins réels et aspirations, pour recentrer son discours officiel sur le salut; de revoir la catéchèse sur les sacrements et les sacramentaux en tenant compte de l'évolution des mentalités et du contexte général du pays. Cette catéchèse devra insister sur le sens de la croix et de la résurrection dans la vie concrète des chrétiens. Elle devra également mettre en exergue la notion de liberté et de souveraineté de Dieu. Les participants avaient insisté sur la nécessité d'approfondir la théologie de la responsabilité, de l'écoute et de l'accompagnement pastoral des fidèles. Ils avaient souligné l'urgence de faire des retraites pascales un lieu pour une catéchèse qui articule guérison et salut. Ils avaient aussi souhaité que l'accompagnement pastoral des fidèles intègre avec lucidité l'apport des sciences humaines. Ils avaient insisté sur la nécessité de désigner, selon les dispositions du droit canonique en vigueur, des ministres de l'exorcisme dans chaque diocèse et de rappeler à l'ordre tous les réfractaires.

Soucieux d'une théologie qui rencontre l'homme dans son vécu quotidien, les participants avaient recommandé aux Facultés Catholiques de Kinshasa de prévoir dans le cursus du théologien un séminaire sur le lien entre guérison et salut ; de rassembler dans un recueil les

² Cf. Pour les résolutions et recommandations formulées au terme de ce colloque, on se reportera à Serge NZUZI, *Résolutions et recommandations*, dans *Repenser le salut chrétien dans le contexte africain*, p. 307-311.

résolutions et recommandations de toutes les *Semaines théologiques* et de les divulguer afin qu'elles servent de *vade-mecum* pour les travaux académiques.

Cette *Semaine théologique* avait éveillé en nous une attention particulière sur le rapport entre guérison et salut, thème développé dans la thèse de Gilbert Shimba soutenue en 2002 au sein de la faculté de théologie de l'Université catholique du Congo³. Cependant, le thème de l'accompagnement spirituel dans ce domaine commençait à retenir de plus en plus notre attention.

La 24^{ème} *Semaine théologique* tenue en 2005 avait pour thème *Maladie et souffrance en Afrique : l'Église interpellée par la pandémie du SIDA*⁴. En réalité, ce colloque de 2005 fut le prolongement de celui de 2003. Il avait ainsi examiné la question de la souffrance causée par le VIH/SIDA dans une perspective du salut chrétien. Ce colloque avait révélé que l'engagement de l'Église dans la lutte contre la pandémie n'est pas à concevoir comme une tâche de suppléance aux déficits de l'État, mais plutôt comme faisant partie intégrante de sa nature et de sa mission, pour le salut intégral.

Dans la foulée des acquis de la 23^{ème} *Semaine théologique*, les participants au colloque de 2005 avaient, eux aussi, formulé des résolutions et des recommandations à l'endroit des confessions religieuses⁵. Ils s'étaient engagés à vulgariser les travaux de ce colloque afin d'amener les sociétés entières à prendre conscience de l'ampleur de cette pandémie qui menace gravement l'avenir de l'humanité; à adopter une attitude respectueuse de la personne vivant avec le VIH/SIDA, car créée à l'image de Dieu ; à participer activement à la sensibilisation de la population afin de réduire les risques d'infection et de surinfection ; à souscrire au test de dépistage volontaire ; à plaider pour un accès équitable au traitement antirétroviral; à offrir au patient séropositif le soutien matériel, moral, psychologique et spirituel.

Aux confessions religieuses, il leur était recommandé de réfléchir de façon concertée sur les questions éthiques que soulève l'infection au virus de l'immunodéficience humaine et d'accompagner ceux qui sont confrontés à des choix difficiles; de promouvoir l'accompagnement spirituel et d'éclairer les consciences sur la guérison-miracle.

³ Cf. Gilbert SHIMBA, *Guérison par la foi dans l'Église catholique de Kinshasa : approche lexicale, sociologique et théologique* (thèse inédite de doctorat en théologie), Kinshasa, 2002 (Promoteur Joseph NTEDIKA).

⁴ Cf. *Maladie et Souffrance en Afrique : l'Église interpellée par la pandémie du SIDA. Actes de la XXIV^{ème} Semaine théologique de Kinshasa du 21 au 26 février 2005*, Kinshasa, FCK, 2007.

⁵ Cf. *Ib.*, p. 251-252.

Et, particulièrement à l'Église catholique, les participants avaient recommandé de s'engager concrètement dans la pastorale de proximité par l'accompagnement moral, spirituel, psychologique et matériel de la PVVIH et des orphelins du SIDA ; d'instituer une journée spéciale de prière, de collecte et de visite de toutes les personnes infectées ou affectées ; de créer dans l'Église un groupe dénommé *Solidarité-Sida* qui s'occuperait des actions pastorales en faveur de la PVVIH ; de former les agents de l'évangélisation aux enjeux cliniques, spirituels et pastoraux liés à la pandémie.

Comment alors repenser le salut chrétien dans une Afrique aux prises avec la souffrance causée par la pandémie du VIH/SIDA ? Tel est notre questionnement théologique après les travaux de ces deux colloques

Pour ne pas rester dans des idées abstraites sans aucun ancrage dans le vécu réel du patient séropositif, et compte tenu de l'intérêt pour l'accompagnement spirituel suscité par la 23^{ème} *Semaine théologique* et renforcé par le colloque de 2005, nous nous sommes intéressé au milieu hospitalier catholique de Kinshasa, afin de mieux nous rendre compte de la souffrance de ceux qui sont infectés par ce virus.

Lors de notre stage de six mois à l'hôpital saint Joseph de Kinshasa, entre 2009 et 2010, grande était notre surprise de constater que des personnes vivant avec le VIH/SIDA abandonnent les soins, devenant ainsi des patients *perdus de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH. Le rapport de décembre 2010 illustre bien notre observation. Il mentionne que l'hôpital avait mis sous traitement antirétroviral 548 adultes et 75 enfants séropositifs. De ces patients, 381 adultes (soit 41%) et 48 enfants (soit 39%) avaient rompu avec leur structure de soins. Ce fait curieux et bouleversant avait davantage aiguë notre le questionnement théologique.

Eu égard à la réalité des *perdus de vue*, notre questionnement se précise et se peaufine : *comment réaliser une juste rencontre chrétienne avec une personne vivant avec le VIH/SIDA pour qu'en elle se produise un salut intégral ?* Cette question théologique en appelle d'autres : pourquoi la personne vivant avec le VIH/SIDA abandonne-t-elle les soins médicaux, lorsqu'on sait qu'en RD Congo l'accès aux antirétroviraux (ARV) est un véritable parcours de combattant ? En effet, comme le souligne le Programme National Multisectoriel de Lutte contre

le VIH/SIDA (PNMLS), moins de 10% des PVVIH ont accès au traitement antirétroviral⁶. Comment alors comprendre que, dans ce petit nombre admis aux soins, qu'il y ait encore des personnes qui abandonnent ? S'agit-il là d'une simple question médicale ? Avoir accès au traitement antirétroviral ne serait-il pas une chance et un *kaïros* à ne pas rater ? Y répondre pourrait paraître à première vue facile. Mais y réfléchir théologiquement nécessite au préalable une étude empirique rigoureuse.

Par ailleurs, notons que les *perdus de vue* représentent un danger pour eux-mêmes et pour la société du fait de l'infection et de surinfection, de résistance thérapeutique et d'anéantissement du système immunitaire ou de mort imminente, etc. Abandonner le traitement antirétroviral, ne serait-il pas signer sa mort et celle des autres ? En outre, la plupart des patients *perdus de vue* meurent dans leur isolement. Ceux qui reviennent à l'hôpital, sont dans un mauvais état sérologique et la majorité d'entre eux développe un échec thérapeutique. Dans ce cas, embarrassés, le patient et le soignant se voient impuissants à trouver solution à cette dégradation de la santé qu'ils s'étaient pourtant engagés à améliorer en scellant une *alliance thérapeutique*. Ainsi, tous deux se sentent insatisfaits. Le *perdu de vue* est pris dans un cercle vicieux : sa souffrance ouvre à d'autres souffrances. L'échec est donc cuisant.

Relue à la lumière de nos deux *Semaines théologiques* de Kinshasa, la réalité des *perdus de vue* ne peut laisser indifférent tout théologien soucieux du salut intégral de l'homme. Il faut chercher à en comprendre les principaux enjeux théologiques et pastoraux. S'il est généralement admis que l'abandon des soins est lié aux raisons financières⁷, à notre avis cet argument semble insuffisant. Ces raisons ne sont que la partie émergente de l'iceberg qui cache celles profondes liées à l'existence humaine.

2. Hypothèses

Nous croyons que les patients *perdus de vue* suscitent un certain nombre de questions, notamment :

⁶ Cf. PNMLS, *Plan stratégique national de lutte contre le SIDA (2010-2014)*, Kinshasa, [s.n.], 2009, p. 25.

⁷ Cf. Émilie RENAHY e.a., *Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010* (<http://www.iplesp.upmc.fr/ds3/Rapports%20en%20ligne/Rapport%20%20Renoncement%20DREES.pdf>, page consultée le 10 avril 2015).

- Question du sens : quel est le sens d'une vie aux prises avec la souffrance causée par le VIH/SIDA ; quel sens donner à la maladie, à la mort imminente, à la guérison et au salut ?
- Image de Dieu : quel est ce Dieu *incapable* d'empêcher l'infection, *impuissant* de guérir celui qui croit en lui ?
- Le rapport au temps : la PVVIH n'est-elle pas écartelée entre sa santé antérieure qu'elle veut à tout prix restaurer, sa santé présente qu'elle n'accepte pas et l'absurdité de sa santé à venir ? Cette absurdité ne l'empêche-t-elle pas de s'ouvrir à l'éternité ?
- L'échec : la PVVIH ne fait-elle pas l'expérience d'un échec aussi bien sur le plan de la médecine que celui de sa foi ? En effet, malgré ses prouesses, la médecine n'arrive pas à offrir une thérapie curative. La foi en Dieu et aux miracles ne procure pas la guérison physique tant recherchée.
- Sentiment d'insatisfaction et d'impuissance : tous ces échecs cumulés ne suscitent-ils pas chez le patient séropositif un sentiment d'insatisfaction et d'impuissance ?
- L'accompagnement spirituel conçu comme *soins spirituels pastoraux* ne devrait-il pas être pensé comme réponse à ce cri et comme lieu d'une juste rencontre chrétienne ?

Toutes ces questions conduisent à une seule qui constitue l'enjeu majeur de notre recherche : l'articulation santé - souffrance - salut. La PVVIH qui abandonne les soins voit sa santé décliner de jour en jour. Ceci met le patient en situation de souffrance et l'empêche de s'accomplir pleinement. La PVVIH veut ainsi se libérer, être sauvée à tout prix. Comment alors l'aider à restaurer sa vie, à assumer positivement sa souffrance et à vivre pleinement sa dignité humaine en tant qu'être créé à l'image et à la ressemblance de Dieu ? Comment l'aider à protéger sa vie et celle des autres ? Bref, comment réaliser une juste rencontre chrétienne avec cette personne aux prises avec la souffrance causée par le VIH/SIDA pour qu'en elle se réalise un salut intégral ? Quelle réponse la théologie pratique peut-elle apporter à cette question à la fois médicale, éthique, théologique et existentielle ?

Eu égard à ce questionnement, nous croyons que la tâche pastorale consiste à aider le patient à articuler de façon fructueuse santé, souffrance et salut. Une telle aide passe par un accompagnement spirituel entendu comme *soins spirituels pastoraux articulés et intégrés dans l'Église et dans la pratique des soins*. C'est cette hypothèse que nous développerons tout au

long de cette recherche. Une telle entreprise implique, comme toute rationalité théologique, une approche méthodologique.

3. Approche méthodologique

Notre recherche est à la fois empirique et herméneutique. Ces deux approches se complètent et s'enrichissent mutuellement dans un même processus. La *corrélacion critique* est, au cœur de cette complémentarité, leur processus de déploiement. Explicitons notre choix méthodologique. Car, comme l'écrit Marcel Viau :

« Lorsque arrive le moment où nous devons discuter de l' "approche méthodologique" d'une recherche, il nous faut être prêt à rendre compte non pas de la méthode utilisée, mais plutôt du choix que l'on fait de cette méthode en relation avec le sujet »⁸.

Empirique, notre recherche part de la pratique concrète en aumônerie hospitalière catholique de Kinshasa et des questions existentielles auxquelles est confrontée la personne vivant avec le VIH/SIDA. Herméneutique, notre étude veut rendre compte du sens et de la pertinence du salut chrétien pour une personne aux prises avec la souffrance causée par l'infection au virus de l'immunodéficience humaine et/ou par le syndrome de l'immunodéficience acquise. Cette dimension réflexive s'effectue dans une réciprocité critique entre la foi, la raison et la culture, et dans un effort d'articulation entre santé, souffrance et salut. D'où son processus de corrélation.

S'inscrivant dans l'univers de la théologie pratique, plus précisément dans celui de la pastorale de la santé, notre recherche est aussi une réponse au questionnement suscité par la recherche universitaire lors de deux *Semaines théologiques* susmentionnées et par le défi que lancent les patients *perdus de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH. En d'autres termes, notre étude veut mettre en dialogue la théorie et la pratique ou encore la doctrine et la pastorale ; mise en dialogue que la démarche de la théologie pratique tente de réaliser entre les questions existentielles et le donné révélé⁹. Ou, pour emprunter l'expression d'Annemie Dillen et Robert Mager, il s'agit d'articuler ensemble différents pôles : théorie et pratique, réalité et idéal,

⁸ Marcel VIAU, *La méthodologie empirique en théologie pratique*, dans Marcel VIAU et Gilles ROUTHIER (éd.), *Précis de théologie pratique*, Bruxelles, Lumen vitae, 2007, 2^{ème} édition augmentée, p. 88.

⁹ Cf. Fritz LIENHARD, *La démarche de la théologie pratique*, Bruxelles, Lumen vitae, 2006, p. 7.

description et prescription, texte écrit et texte de la vie, théologie et autres disciplines, communauté chrétienne et société¹⁰. Marcel Viau ne dit pas autre chose lorsqu'il écrit :

« Le fait que la théologie pratique se situe au confluent de deux univers (la pratique et la théorie) lui donne une coloration particulière. Car saisir une pratique et en rendre compte de façon adéquate exige non seulement une bonne connaissance empirique du sujet, mais aussi une solide préparation à l'interprétation des données »¹¹.

Il ressort de cette affirmation de Marcel que la théologie pratique a deux pôles : empirique et herméneutique. Notre démarche méthodologique consiste à articuler, de façon critique, ces deux pôles aux travers d'une méthode scientifique et rigoureuse. Notre pôle empirique est constitué du vécu réel de la personne vivant avec le VIH/SIDA et de sa prise en charge globale dans laquelle l'accompagnement spirituel est l'un des volets. Ce vécu du patient séropositif et cette pratique pastorale en milieu de soins doivent être articulés avec un corpus strictement théologique, mais aussi avec les sciences de la santé et de la culture.

Pourquoi un pôle empirique dans une étude théologique ? Nous ne déportons pas purement et simplement vers la théologie des méthodes expérimentales et la rationalité propre aux sciences de la nature. Nous voulons plutôt enraciner notre réflexion théologique dans le vécu concret et dans une pratique pastorale réelle¹². Il ne s'agit pas d'une méthodologie théologique-pratique, mais d'une méthodologie empirique en théologie pratique¹³. Choisir une approche empirique ne serait-il pas une façon de souligner la particularité de la théologie pratique dans laquelle s'insère notre étude ? Jean-Guy Nadeau écrit, en effet :

« La recherche empirique distingue la théologie pratique de théologies qui trouveraient leurs matériaux dans la littérature, les dogmes, la philosophie, voire l'histoire passée. Elle caractérise toute théologie pratique dont elle constitue souvent le premier moment de recherche proprement dit une fois qu'on a établi la problématique de recherche (...). L'herméneutique constitue une dimension tellement fondamentale de la théologie pratique que même Johannes Van der Ven fondateur du *Journal of Empirical Theology* et figure clé de la théologie pratique empirique, parle de la théologie pratique comme d'une science empirico-herméneutique. Empirique, quant

¹⁰ Cf. Annemie DILLEN et Robert MAGER, *Research in practical theology : methods, methodology and normativity*, dans Claire WOLFTEICH (éd.), *Invitation to practical theology : catholic voices and visions*, New York, Paulist Press, 2014, p. 301-328.

¹¹ Marcel VIAU, *Préface*, dans Marcel VIAU et Gilles ROUTHIER (éd.), *Précis de théologie pratique*, p. 5.

¹² Cf. Marc PELCHAT, *L'autorité des approches empiriques en théologie*, dans Marc PELCHAT (éd.), *Les approches empiriques en théologie*, Québec, Faculté de théologie de l'Université Laval, p. 2.

¹³ Cf. Johannes VAN DER VEN, *L'approche empirique en théologie pratique*, dans *Théologique*, 2, 1 (1994), p. 110.

à son souci de pertinence et d'efficacité, quant à sa perspective analytique et à son usage des instruments issus des sciences sociales. Herméneutique, quant à sa dimension réflexive, à sa volonté de saisir, de dire et de façonner le salut en Jésus-Christ dans la situation contemporaine »¹⁴.

Notons par ailleurs que Johannes Van der Ven préfère plutôt parler d'une approche herméneutico-empirique en lieu et place d'une approche empirico-herméneutique. Car, écrit-il :

« Don Browning me demandait si je proposais une approche empirico-herméneutique ou herméneutico-empirique. Ma réponse ne laissait pas l'ombre d'un doute : une approche herméneutico-empirique »¹⁵.

Notre choix méthodologique est guidé par l'objet d'étude. Écoutons Paul Tillich à ce propos :

« On ne peut pas décider a priori si une méthode convient ou non ; le processus cognitif lui-même en décide continuellement. Méthode et système se déterminent l'un l'autre. En conséquence, aucune méthode ne peut prétendre convenir pour n'importe quel sujet (...). La relation cognitive elle-même, indépendamment de tout acte particulier de connaissance, dévoile quelque chose de son objet aussi bien que de son sujet »¹⁶.

Notre recherche s'inscrit dans la pastorale de la santé. Il nous faut démontrer que les soins spirituels offerts/ou à offrir au patient séropositif font partie intégrante des soins hospitaliers visant le bien-être complet du malade, et qu'ils ouvrent une perspective du salut dans le monde d'aujourd'hui. Dans ce cas, la recherche empirique permet de saisir les vraies questions à partir desquelles peut émerger une réflexion théologique¹⁷.

Concepts de base en théologie pratique contemporaine, herméneutique et approche empirique valent leur pesant d'or¹⁸. Encore faudra-t-il que nous justifions le pôle herméneutique autant que faire se peut. Dans la description du *cycle empirique*, Johannes Van Der Ven insiste

¹⁴ Jean-Guy NADEAU, *Une méthodologie empirico-herméneutique*, dans Gilles ROUTHIER et Marcel VIAU (éd.), *Précis de théologie pratique*, p. 227.

¹⁵ Cf. Johannes VAN DER VEN, *art.cit.*, p. 118.

¹⁶ Paul TILLICH, *Théologie systématique*, t.1 : *Introduction. Première partie : raison et révélation*, Paris, Cerf, 2000, p. 89.

¹⁷ Cf. Annemie DILLEN et Robert MAGER, *art.cit.*, p. 305-308.

¹⁸ Cf. Chris HERMANS et Mary-Elizabeth MOORE, *The contribution of Empirical Theology by Johannes A. Van Der Ven : an introduction*, dans Chris HERMANS et Mary-Elizabeth MOORE (éd.), *Hermeneutics and Empirical Research in Practical Theology : the contribution of Empirical Theology by Joannes A. van der Ven*, Leiden, Brill, 2004, p. 1.

sur l'importance de l'approche herméneutique car c'est elle qui établit le cadre à l'intérieur duquel l'approche empirique devra être menée¹⁹. Karlijn Demasure conçoit l'herméneutique comme un paradigme pour la théologie pratique²⁰. L'auteur considère que différents chercheurs ont développé des schémas parfois complexes comme parcours herméneutiques²¹. C'est dans cette perspective que nous comprenons la corrélation critique. Certes, les modèles de corrélations ont leurs chances, mais aussi leurs limites comme le montre Élisabeth Parmentier²². Nous recourons à cette méthode puisqu'elle permet « d'établir des liens vivant et interactifs entre la révélation biblique, l'expérience de la foi et la tradition ecclésiale/la théologie, afin que le message chrétien soit parlant pour les contemporains, au cœur de leur question »²³.

Pour comprendre cette méthode préconisée par Marc Donzé, il faut la situer dans le contexte général qui l'a vue naître en théologie sous la houlette du théologien américain Paul Tillich. Cette méthode en cinq étapes part de la pratique à la pratique, en passant par un corpus strictement théologique²⁴.

Pour Paul Tillich, un système théologique doit satisfaire deux exigences fondamentales : exposer la vérité du message chrétien et l'interpréter pour chaque génération nouvelle. En ce sens, la théologie se déploie dans un va et vient entre deux pôles : la vérité éternelle qui la fonde et la situation temporelle dans laquelle on doit recevoir cette vérité éternelle²⁵. Pour l'auteur, peu de systèmes théologiques parviennent à cet équilibre épistémologique. Les uns privilégient la situation temporelle au détriment de la vérité éternelle ; les autres n'arrivent pas à rejoindre l'homme dans sa vie concrète. Chacun de ces systèmes théologiques en désuétude s'appuie sur des méthodes inadéquates pour faire le lien entre le contenu de la foi chrétienne et l'expérience spirituelle de l'homme. La première de ces méthodes devenues obsolètes est celle que l'auteur

¹⁹ Cf. Johannes VAN DER VEN, *Practical Theology : an Empirical Approach*, Leuven, Peeters, 1998, surtout le cinquième chapitre de cet ouvrage.

²⁰ Cf. Karlijn DEMASURE, *L'épistémologie et la théologie pratique : le paradigme herméneutique*, dans Léonard SANTEDI et Modeste MALU (éd.), *Épistémologie et théologie : les enjeux du dialogue foi-science-éthique pour l'avenir de l'humanité*, (Recherches africaines de théologie : travaux de la Faculté de Théologie, 18), Kinshasa, FCK, 2006p. 531-548.

²¹ Cf. *Ib.*, p. 537.

²² Cf. Élisabeth PARMENTIER, *La corrélation : des modèles, leurs chances et leurs limites*, dans Élisabeth PARMENTIER (éd.), *La théologie pratique : analyses et perspectives*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 2008, p. 69-87.

²³ *Ib.*, p. 69.

²⁴ Cf. Marc DONZÉ, *La théologie pratique entre corrélation et prophétie*, dans Pierre GISEL (éd.), *Pratique et théologie*, Genève, Labor et Fides, 1989, p. 183-190 ; ID., *Théologie pratique et méthode de corrélation*, dans Adrian VISSCHER (éd.), *Les études pastorales à l'Université*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 1990, p. 82-100.

²⁵ Cf. *Ib.*, p. 17.

appelle le *supranaturalisme*. Cette méthode fait du message chrétien une somme de vérités révélées dans la situation humaine comme des corps étrangers venus d'un monde extérieur. En ce sens, aucune médiation avec la situation n'est possible. Elle fait de la Bible un livre d'oracles surnaturels et néglige complètement la réception humaine. Ainsi, l'homme se sent étranger à ce message qui n'apporte aucune réponse aux questions qu'il se pose au quotidien²⁶.

La deuxième méthode tombée en désuétude est ce que Paul Tillich appelle le *naturalisme* ou l'*humanisme* qui déduit le message chrétien de l'état naturel de l'homme. Ainsi, les réponses aux questions existentielles de l'homme sont élaborées à partir de l'existence humaine, sans rendre compte que celle-ci est elle-même une question²⁷.

La troisième méthode à rejeter est le *dualisme*. Car elle édifie une structure surnaturelle sur une infrastructure naturelle. Elle postule un corps de vérité théologique que l'homme peut obtenir par ses propres efforts, ce qu'il convient d'appeler la *révélation surnaturelle*²⁸.

Partant de ces remarques, Paul Tillich a conçu la *corrélation* comme méthode théologique capable de relier le message et la situation et ce, en n'escamotant ni l'un ni l'autre. En d'autres termes, « la méthode de corrélation explique les contenus de la foi chrétienne en mettant en indépendance mutuelle les questions existentielles et les réponses théologiques »²⁹. En effet, renchérit Paul Tillich :

« Symboliquement parlant, Dieu répond aux questions de l'homme, et l'homme les pose sous l'impact des réponses de Dieu. La théologie formule les questions qu'implique l'existence humaine, et la théologie, guidée par les questions qu'implique l'existence humaine, formule les réponses qu'implique l'automanifestation divine (...). Les réponses que comporte l'événement de la révélation n'ont de sens que dans la mesure où elles sont en corrélation avec des questions qui concernent notre existence tout entière, avec des questions existentielles »³⁰.

Conçue de la sorte, la méthode de *corrélation* permet au système théologique de se structurer en deux sections : l'une élaborant la question par une analyse de l'existence humaine et de l'existence en général, et l'autre apportant la réponse théologique en utilisant les sources, le médium et la norme de la théologie systématique.

²⁶ Cf. *Ib.*, p. 95.

²⁷ Cf. *Ib.*, p. 95.

²⁸ Cf. *Ib.*, p. 96.

²⁹ *Ib.*, p. 89.

³⁰ *Ib.*, p. 91.

L'auteur estime qu'on aurait pu envisager une section qui fasse le pont entre les deux parties du système. Celle-ci interpréterait les matériaux historiques, sociologiques et psychologiques à la lumière aussi bien des questions existentielles que des réponses théologiques. Mais puisque la signification de ces matériaux sert à la solution que doit apporter la systématique, ils appartiennent ainsi à la section théologique et ne constituent pas une section à part³¹.

Cette pensée de Paul Tillich fournit un premier éclairage méthodologique sur la problématique que nous développons dans notre recherche. Les résolutions et recommandations de deux *Semaine théologiques* de Kinshasa ainsi que le cri des patients *perdus de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH sont, à notre avis, une invitation adressée à la théologie à rejoindre l'homme dans ses questions existentielle afin de ne pas demeurer un simple discours abstrait. Il s'agit donc de *corrélér* le vécu concret et le discours théologique. C'est le travail herméneutique dans lequel s'inscrit une approche empirique.

La méthode de *corrélation* du théologien américain nous permet d'éviter les trois systèmes théologiques obsolètes. Nous avons affirmé que notre recherche est une étude empirique et fondamentale. La conjonction « et » est très importante pour éviter de rester au seul niveau empirique, ni dans un discours abstrait. Toutefois, nous ne pensons pas que les enjeux de la souffrance causée par le VIH/SIDA s'inscrivent dans une logique des questions auxquelles Dieu devrait répondre. Nous pensons plutôt que les enjeux résident dans un effort d'articulation. Les questions sont dans une interaction réciproque, les réponses également.

Nous devons aussi préciser que la méthode de *corrélation* de Paul Tillich s'inscrit dans l'univers de la théologie systématique, alors que notre recherche est dans le champ de la théologie pratique.

Ainsi recourons-nous à Marc Donzé qui a élaboré cette méthode dans le cadre de la théologie pratique. L'approche préconisée par le théologien suisse s'inscrit dans l'idée générale qui caractérise la *corrélation* : une démarche où Dieu et l'homme sont dans une relation réciproque, mais non symétrique. Cette approche voudrait respecter l'autonomie du divin et de l'humain tout en maintenant leur interdépendance. Pour élaborer sa méthode dite *corrélation critique*, Marc Donzé s'inspire des auteurs comme Paul Tillich de qui il retient l'idée de

³¹ Cf. *Ib.*, p. 96-97.

continuité ontologique entre l'homme et Dieu. En tant qu'être aliéné, l'homme participe à Dieu qui est un Être non aliéné, et cela dans un rapport de corrélation. Dieu lui permet de transcender son caractère fini afin de fonder une unité avec Lui. Dans cette situation, l'homme questionne constamment Dieu qui lui répond à son tour. Cependant, Marc Donzé ne conçoit pas la *corrélation* en termes de questions-réponses au sens tillichien, mais plutôt comme une interaction constante entre les requêtes du temps présent, les pratiques du peuple chrétien et les référents fondateurs. Décrivons brièvement le déroulement de cette méthode.

Marc Donzé déploie sa méthode en cinq étapes : la phase préliminaire, la phase d'analyse, la phase de corrélation, la phase de projet et la phase de vérification³².

La phase préliminaire consiste à déceler une pratique qui pose question, c'est-à-dire : « un ensemble de faits observables vécus par les porteurs de l'annonce de l'Évangile (l'Église) ou par ses destinataires (les hommes), en tant qu'ils concernent directement ou indirectement l'annonce de l'Évangile dans son intégralité (y compris la justice, les droits de l'homme, etc.) et la vie de l'Église comme réalisation communautaire porteuse du témoignage de l'Évangile. Poser les questions, c'est un enjeu plus grand que de faire belle œuvre théologique. L'enjeu est de vivre en fidélité à l'Église et à l'Évangile d'une part, et de répondre aux besoins et aux questions des hommes qui crient avec urgence, d'autre part »³³.

Confronté à cette pratique qui pose question, l'on cherche des solutions en bref parcours : la sagesse et l'expérience pastorale, le bon sens, la connaissance du terrain pastoral. Ce parcours, bien qu'insuffisant, conduit généralement à un aménagement des solutions anciennes par affinement, adaptation, amélioration ou autre acte de ce genre d'une part et ; permet de saisir l'ampleur de la question et l'enjeu exact du problème de l'autre et donc à problématiser. Cette problématisation conduit à poser une hypothèse qui permettra de continuer le raisonnement dans un parcours long. Il faut donc dépasser cette observation spontanée exprimée en termes de description, pour passer à celle strictement scientifique exprimée en termes d'analyse.

La phase d'analyse comprend deux grands moments : l'apport des sciences humaines et le croisement des interprétations issues de ces sciences avec une première évaluation

³² Cf. Marc DONZÉ, *La théologie pratique entre corrélation et prophétie*, p. 187-190 ; ID., *Théologie pratique et méthode de corrélation*, 94-99.

³³ ID., *Théologie pratique et méthode de corrélation*, p. 95.

théologique. Les sciences humaines qui aident à saisir des éléments qui posent question sont généralement la sociologie, la psychologie, la pédagogie et les sciences de l'éducation. Pour Marc Donzé, ces sciences sont indispensables si l'on veut arriver à des résultats qui ne soient pas des simples impressions a priori. Toutefois, les résultats issus de ces disciplines scientifiques sont à concevoir de manière critique. Ils représentent des conclusions plus ou moins fiables d'une observation, mais ils ne sont pas forcément la vérité. Il est donc aussi important de les confronter à une vision théologique de l'homme, de Dieu, de l'Église et du monde.

Ceci conduit à poser quatre questions fondamentales : quel homme cette analyse par les sciences humaines fait-elle émerger ? Quel type d'homme construit-elle ? Quel type de société promeut-elle ? Quel Dieu et quel salut adviennent-ils ? Ces questions conduisent à un moment central de théologie pratique : la *corrélation*.

La phase de corrélation est une confrontation critique et réciproque entre les questions soulevées par la phase d'analyse et les situations semblables ou parallèles de la Bible et de l'histoire de l'Église tout en respectant leur homologie de rapport. À cette phase, l'on recourt à l'exégèse, à la théologie dogmatique et à l'histoire. La corrélation ainsi faite débouche sur un projet concret.

La phase de projet fait appel aux sciences praxéologiques appropriées afin de fixer l'objectif final à atteindre, les objectifs intermédiaires tout en déterminant les objectifs et les étapes concrètes par lesquelles il faut passer. Cependant, le rôle de la théologie pratique ne consiste pas à prendre des décisions pratiques mais de donner des éléments scientifiquement réfléchis, pour que les décisions soient prises par les instances ecclésiastiques compétentes.

La phase de vérification, elle, est une évaluation de l'ensemble du projet par rapport aux objectifs fixés dans la phase de projet.

Ces différentes phases de la méthode de *corrélation critique* ne sont pas linéaires, mais s'articulent au fur et à mesure qu'avance la recherche. Dans le cadre de notre étude, ces cinq phases s'articulent avec les cinq étapes du cycle empirique préconisé par Johannes Van der

Ven : l'élaboration du problème, l'induction théologique, la déduction théologique, le *testing* empirico-théologique, l'évaluation théologique³⁴.

Après cette brève présentation méthodologique, nous voulons esquisser son déploiement dans notre étude.

4. Division du travail

À la lumière de cette démarche méthodologique et de questions soulevées, notre étude sera modulée en sept chapitres. Le premier décrira le contexte de la recherche et de la pratique que nous observons et situera l'accompagnement spirituel dans la prise en charge globale de la personne vivant avec le VIH/SIDA. Les deuxième et troisième cibleront l'abandon des soins et l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier catholique de Kinshasa comme une pratique qui pose question. Partant des éléments issus de ces trois premiers chapitres, le quatrième effectuera un premier approfondissement théologique par le biais de l'enseignement du Magistère. Le cinquième chapitre abordera la réalité de la souffrance comme lieu théologique. Le sixième approfondira le concept de salut en lien avec la souffrance et la santé. Le septième et dernier chapitre ouvrira les perspectives d'avenir. Explicitons ces chapitres.

Les trois premiers chapitres décèleront la pratique qui pose question. Pour ce faire, le premier chapitre décrit le contexte et les principaux acteurs de la prise en charge globale de la personne vivant avec le VIH/SIDA. L'enjeu est de vérifier la place de l'accompagnement spirituel dans cette prise en charge. Dans cette première section de la phase préliminaire de la méthode de *corrélation critique*, nous cherchons à voir de près comment le service d'aumônerie catholique articule la fidélité à l'Église, au PNLIS et aux questions existentielles du patient séropositif. Cette analyse sera confrontée à la vision biomédicale du concept de spiritualité.

Le deuxième chapitre ciblera l'abandon des soins médicaux par la PVVIH comme un défi à l'agir pastoral en milieu hospitalier. Pour ne pas rester au niveau des préjugés sur la réalité des patients *perdus de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH, nous faisons appel aux sciences humaines, notamment à l'enquête qualitative. Les résultats de cette enquête sont analysés au troisième chapitre.

Ces trois premiers chapitres nous révèlent l'image d'un homme aux prises avec une souffrance globale, d'une Église coincée, d'un Dieu vulnérable, ainsi que celle de la quête d'un

³⁴ Cf. Johannes VAN DER VEN, o.c., p. 157-224.

salut intégral conçu à la fois comme don de Dieu et comme accomplissement de l'homme selon sa destinée et sa délivrance.

Le quatrième chapitre aborde l'enseignement du Magistère sur la pandémie du VIH/SIDA. Deux objectifs sont à signaler : nous voulons d'une part, découvrir le sens que le Magistère donne à la pandémie ; d'autre part, discerner les moyens qu'il préconise pour combattre ce fléau et soulager la souffrance de la personne infectée. À travers ce double objectif, nous chercherons en même temps à comprendre la place de l'accompagnement spirituel au sein du discours officiel de l'Église et comment ce même discours articule santé-souffrance-salut dans le contexte du VIH/SIDA.

Le cinquième chapitre est une réflexion sur le sens de la souffrance humaine comme lieu théologique. Il la distingue de la vulnérabilité et du mal ; clarifie son rapport au péché et à l'épreuve ; jette une lumière sur sa fonction cathartique et montre que Dieu n'a pas créé l'homme pour la souffrance. Ce chapitre met en lumière le rapport de la souffrance à l'anthropologie théologique, à la théodicée et à la sotériologie. Il prépare ainsi des éléments qui seront approfondis au chapitre suivant.

Le sixième chapitre consacré à la sotériologie est un corpus strictement théologique. Pour mener à bien notre réflexion dans cette partie de la thèse, nous recourons à trois théologiens catholiques contemporains : Adolphe Gesché avec sa théologie de la destinée, Bernard Sesboüé avec sa théologie du salut et de la rédemption, Hans Urs Von Balthasar et sa théologie du mystère pascal. Préalablement à la pensée théologique de ces trois auteurs, ce chapitre élabore une *sotériologie populaire* à partir des enquêtes sociologiques menées à Kinshasa par Léon De Saint Moulin.

Le septième et dernier chapitre signalera quelques pistes à partir desquelles des actions pastorales concrètes pourront prendre corps.

5. Originalité du travail

Nous ne sommes pas le premier à mener une étude sur l'accompagnement spirituel de la personne vivant avec le VIH/SIDA. D'autres l'ont fait avant nous.

En 1990, le Conseil Œcuménique des Églises (COE) avait publié un Guide pastoral pour l'accompagnement pastoral de la personne vivant avec le VIH/SIDA³⁵. Ce document est le fruit

³⁵ Cf. CONSEIL ŒCUMÉNIQUE DES ÉGLISES, *Guide pour l'accompagnement pastoral des personnes touchées par le VIH/SIDA*, Genève, Action des Églises pour la santé, 1990.

d'une série de réunions et de colloques tenus entre 1986 et 1988. Ces rencontres avaient montré que les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine n'ont pas que des besoins médicaux, elles ont aussi des besoins d'ordre spirituel : l'image de Dieu, le sens de la vie, de la mort et de l'au-delà, le sens de la condamnation et du pardon, le sens de la transcendance, de l'éternité et du salut, etc. Confrontées à ces questions, ces personnes ont besoin d'un accompagnement qui soit pour elles une aide et un réconfort.

Pour leur part, les pasteurs étaient à la recherche d'outils qui puissent les aider à accompagner efficacement les patients. C'est pourquoi, en 1990, le Conseil Œcuménique des Églises avait convoqué un groupe d'experts issus de cinq continents, afin d'élaborer un guide pour un accompagnement spirituel susceptible de réaliser une juste rencontre chrétienne avec la personne séropositive. L'élaboration de ce document avait tenu compte des résultats des réunions et colloques précédents ainsi que des orientations de l'Organisation Mondiale de la Santé. Ce guide propose aux pasteurs des stratégies pour un accompagnement pastoral qui soit pertinent, efficace et éclairé par la lumière de l'Évangile.

Faisant suite à ce Guide pastoral, le Conseil Œcuménique des Églises avait publié en 2007 un document intitulé *Écouter avec amour, conseil pastoral : l'accompagnement chrétien des personnes vivant avec le VIH/SIDA*³⁶ qui propose des outils nécessaires pour une écoute respectueuse et éclairée par la parole de Dieu.

Comme nous pouvons le constater, ces deux manuels sont directement orientés vers la pratique pastorale concrète. Leur but est d'aider le pasteur dans la pratique de son ministère.

Par ailleurs, dans le milieu universitaire et de la recherche, des études aussi bien fondamentales que pratiques ont été menées. Dans un ouvrage collectif publié au Québec en 1998, sous la direction de Manon Jourdenais, avec la collaboration de Jean - Guy Nadeau, les auteurs avaient étudié l'expérience spirituelle des homosexuels séropositifs³⁷. Ils avaient analysé leur double souffrance causée aussi bien par l'homophobie que par le VIH/SIDA. Ces patients, estiment les auteurs canadiens, savaient distinguer spiritualité et religion. Pour eux, la spiritualité est cette dynamique intérieure de la personne, ce qui la fait vivre, son esprit, son âme ; c'est là qu'on trouve le souffle, la source de sa vie. Ces patients avaient besoin d'être

³⁶ Cf. ID., *Écouter avec amour, conseil pastoral : l'accompagnement chrétien des personnes vivant avec le VIH/SIDA*, Genève, WCC Publications, 2007.

³⁷ Cf. Manon JOURDENAIS et Jean-Guy NADEAU (éd.), *Maintenant que ne vais plus mourir. L'expérience spirituelle des homosexuels vivant avec le VIH/sida : guide pour l'accompagnement*, Québec, Fides, 1998.

accompagnés dans leur quête de sens et de paix, comme dans leur élaboration d'identité. Les auteurs de cet ouvrage collectif avaient ainsi proposé des attitudes à adopter dans l'accompagnement de ces patients.

Toujours en contexte canadien, l'ouvrage collectif publié en 2011 sous la direction de Guy Jobin s'était appesanti sur les rites, l'hospitalité, la spiritualité et la santé dans l'accompagnement de la personne vivant avec le VIH/SIDA³⁸. Les auteurs s'étaient interrogés sur le sens de la maladie et sa perception en lien avec la pratique religieuse du patient. Ils s'étaient également penchés sur la place des rites et sur la notion du salut, sur le lien entre spiritualité et bien-être. Ils avaient analysé la pertinence de l'accompagnement par le toucher et par internet.

Ces deux types d'études (pratique et théorique) veulent contribuer à la prise en charge de la personne vivant avec le VIH/SIDA et à soulager tant soit peu sa souffrance. Les notions de spiritualité, de santé et de salut ont été abordées. Notre recherche inclut ces dimensions déjà analysées, mais en les étudiant de façon originale.

La principale originalité de notre étude réside dans l'enjeu théologique et pastoral suivant : l'articulation santé, souffrance et salut par le biais des *soins spirituels pastoraux* articulés et intégrés. Il peut paraître inhabituel d'introduire une articulation entre ces trois termes (santé, souffrance, salut), car il est courant d'établir un lien soit entre santé et souffrance, soit entre souffrance et salut, soit entre santé et salut. À notre avis, articuler les trois par le biais des *soins spirituels pastoraux* pourrait permettre à l'agir pastoral de rencontrer le patient dans la réalité de sa souffrance et l'aider à se relever, afin de s'accomplir pleinement ou de finir son séjour terrestre avec la grâce de Dieu. C'est cet enjeu qui se déploie dans les différentes sections de notre recherche.

Dans le premier chapitre qui se veut descriptif, cet enjeu théologique et pastoral est étudié en filigrane dans la place de l'accompagnement spirituel au sein de la prise en charge globale de la PVVIH. Le contexte dans lequel il s'inscrit traduit déjà une originalité. Il s'agit d'une première recherche doctorale qui met en dialogue le service d'aumônerie de l'hôpital saint

³⁸ Cf. Guy JOBIN (éd.), *Sida, rites et hospitalité : aux croisements de la spiritualité et de la santé*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2011.

Joseph de Kinshasa et les directives du PNLS en matière d'accompagnement spirituel du patient séropositif.

L'originalité de notre recherche peut aussi se vérifier dans les deuxième et troisième chapitres. Il s'agit d'une première étude théologique menée à partir de la réalité des *perdus de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH à Kinshasa. L'enquête sociologique révèle dans ces deux chapitres que le patient séropositif vit une sorte de désarticulation entre santé, souffrance et salut, et qu'il a besoin de restaurer cette harmonie perdue.

Le quatrième chapitre consacré au Magistère africain en général et congolais en particulier montre que l'Église considère la pandémie du VIH/SIDA comme essentiellement une question éthique. Par contre, notre question théologique permet de penser cette pandémie comme une question destinale. Ce déplacement est important si l'on veut penser une juste rencontre chrétienne avec la PVVIH, afin que se produise en elle un salut intégral.

Le cinquième chapitre montre qu'il est difficile de penser l'articulation santé, souffrance et salut à partir de la notion de la souffrance. Celle-ci permet certes de comprendre l'homme dans sa finitude. Mais pour penser l'articulation de notre triptyque, il faut inverser la démarche pour partir de la notion du salut. C'est ce que nous développons tout au long du sixième chapitre. L'originalité de ce chapitre réside aussi bien dans le corpus choisi que dans sa mise en *disputatio*. Il s'agit d'un premier essai qui met en dialogue une *sotériologie populaire* élaborée à partir des enquêtes réalisées par des chercheurs de l'Université catholique du Congo et une *sotériologie savante* développée par trois théologiens qui ont marqué l'histoire de la théologie contemporaine européenne. Le septième chapitre trace des jalons pour les soins spirituels pastoraux intégrés et articulés.

PREMIER CHAPITRE

STATUT DE L'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Ce premier chapitre de notre recherche à découvrir la place de l'accompagnement spirituel au sein de la prise en charge globale de la personne vivant avec le VIH/SIDA en milieu hospitalier catholique de Kinshasa. En d'autres termes, il y est question de saisir les enjeux majeurs de cet agir ecclésial par rapport aux autres volets de cette même prise en charge du patient.

Pour bien comprendre ces enjeux, nous partirons de deux registres censés apporter leur soutien spirituel à la PVVIH. Le premier est celui du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS). Le choix de ce registre est motivé par le fait que c'est l'État congolais qui définit la politique générale des soins de santé sur toute l'étendue de son territoire³⁹. Les hôpitaux catholiques collaborent à cette tâche de la nation, tout en gardant leur propre identité. Dans le domaine du VIH/SIDA, c'est le PNLS, organe du Ministère de la santé de la République Démocratique du Congo, qui donne des directives pour une prise en charge globale de la PVVIH. Cette prise en charge comprend sept volets (médical, psychologique, socioculturel, économique, matériel, juridique et spirituel) concourant à l'amélioration de la qualité de vie du patient séropositif.

Le deuxième registre concerne l'organisation et la place de l'aumônerie au sein de l'hôpital saint Joseph de Kinshasa dans l'accompagnement spirituel de la PVVIH.

Présents en milieu hospitalier catholique de Kinshasa, ces deux registres seront complétés par un troisième : la conception biomédicale du concept de spiritualité.

L'objectif de ce chapitre est de mettre en dialogue ces trois registres pour dégager leurs convergences et divergences. En d'autres termes, il s'agit de déceler le statut de

³⁹ Cf. MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Vade-mecum du partenariat dans le secteur de la santé*, Kinshasa, [s.n.], 2002. ; ID., *Stratégie de renforcement du système de santé*, Kinshasa, [s.n.], 2006; ID., *Recueil des normes de la zone de santé*, Kinshasa, [s.n.], 2006 ; ID., *Convention-cadre de partenariat n°1250/CAB/MIN/SP/009/2007 du 20 septembre 2007 entre le Gouvernement de la République Démocratique du Congo et le Comité permanent des Évêques du Congo asbl, portant sur la collaboration dans le domaine de la santé*, Kinshasa, [s.n.], 2007.

l'accompagnement spirituel dans la prise en charge globale de la personne vivant avec le VIH/SIDA.

Préalablement aux deux registres sur l'accompagnement spirituel de la personne vivant avec le VIH/SIDA, et pour mieux élucider la pertinence de notre exposé, nous nous attarderons sur le virus de l'immunodéficience humaine afin de comprendre la controverse de sa découverte, sa structure, son mode de transmission et de non-transmission, son évolution dans l'organisme humain.

1.1. Controverse de la découverte

Découvert aux États Unis d'Amérique en 1981⁴⁰, le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA)⁴¹ fut considéré en ses débuts comme une pathologie spécifique aux homosexuels. En ce sens, elle fut appelée GRID (Gay-Related Immune Deficiency Syndrome, c'est-à-dire Syndrome d'immunodéficience liée à l'homosexualité). D'où l'hypothèse selon laquelle, le SIDA serait une réaction à la surconsommation de drogues récréatives ou encore à une surexposition au sperme trouvait ainsi sa justification. Cette hypothèse ainsi que plusieurs théories qui la soutiennent se focalisaient surtout sur le style de vie de la population homosexuelle.

Une année après, en 1982, lorsque le SIDA fut détecté chez les hémophiles reconnus irréprochables au dévergondage sexuel, les scientifiques commencèrent à reformuler leurs hypothèses et théories relatives à ce syndrome jusqu'à suggérer pour la première fois que le SIDA serait causé par un virus⁴².

Il sied cependant de noter que cette avancée dans les recherches ne s'était pas faite sans controverse⁴³. En effet, en 1981, le Center for Disease Control (CDC) basé aux États - Unis

⁴⁰ Cf. Jane OGDEN, *Psychologie de la santé*, Bruxelles, Boeck, 2008, p. 338.

⁴¹ Explicitons davantage le mot SIDA :

S : Syndrome, c'est-à-dire une constellation des signes et des symptômes ;

I : Immuno, qui vient du mot immunité qui veut dire la capacité qu'a l'organisme humain de se défendre lui-même contre les agents envahisseurs spécifiques tels que les bactéries, les toxines, les virus et les tissus étrangers ;

D : Déficience, c'est-à-dire l'état de quelque chose qui ne sait plus remplir correctement son rôle ou sa fonction, et en pareil cas, il s'agit du système immunitaire qui devient déficient ;

A : Acquise, c'est-à-dire une affection qu'on acquiert au cours de la vie intra-utérine ou extra-utérine sans que cela soit transmis à partir du matériel génétique des géniteurs (cf. PNLS, *Module de formation du prestataire sur la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Manuel du participant*, Kinshasa, 2010, p. 20-21).

⁴² Cf. *Ib.*, p. 338.

⁴³ Concernant cette controverse, l'on se reportera à Pierre-Alain RUBBO, *Découverte du SIDA* (www.masterenseignementsvtnice.com/documents/Dcouverte-du-SIDA.pdf, page consultée le 23 septembre

d'Amérique avait remarqué dans plusieurs grandes villes du pays une recrudescence de cas de pneumonies à pneumocystis Carinii et d'une forme de cancer, *sarcome de Kaposi*. Ces maladies ont comme particularité d'être présentes chez des individus ayant un système immunitaire très déprimé. Ce syndrome d'immunodépression est caractérisé par la réduction du taux de lymphocytes TCD₄⁺ dans le sang.

En 1982, après la détection des cas similaires en France, Willy Rozenbaum, médecin français de l'hôpital Bichat, se lança dans l'identification de ce virus à l'Institut Pasteur⁴⁴. Dans sa recherche, il fut aidé par Jean-Claude Cherman, Françoise Barré-Sinoussi et Luc Montagnier, membres de l'équipe d'oncologie virale. En janvier 1983, Willy Rozenbaum envoya à cette équipe la première biopsie d'un ganglion. L'Institut Pasteur mit ces cellules en culture et détecta quelques semaines plus tard une activité transcriptase inverse typique d'un rétroviral possédant l'enzyme responsable de cette activité suivie immédiatement d'un phénomène de mort des cellules. Luc Montagnier et ses collaborateurs observèrent ainsi pour la première fois l'effet cytopathogène du VIH.

Pour peaufiner sa recherche, l'équipe française envoya une souche du virus à l'équipe américaine du National Center Institut dirigée par le Professeur Robert Gallo⁴⁵. C'est en 1983, que l'équipe de l'Institut Pasteur publia ses propres résultats de recherche dans la revue *Sciences* en désignant ce virus de *Lymphadénopathie Associated Virus* (LAV). Un an plus tard, dans la même revue, l'équipe américaine publia à son tour les résultats de l'isolement d'un virus qu'elle considéra comme responsable du SIDA et le nomma HRLV-3. Selon Robert Gallo, le virus identifié par l'Institut Pasteur ne serait pas nouveau. Il s'agirait plutôt d'un des virus proches de celui qu'il avait lui-même découvert en son temps. De son côté, l'Institut Pasteur porta plainte contre l'équipe dirigée par Robert Gallo, car selon Luc Montagnier et ses collaborateurs, le test américain a été mis au point grâce à la souche qu'ils avaient envoyée à Robert Gallo.

Pour sortir de cette crise de paternité, un accord fut signé entre la France et les USA, attribuant ainsi le génie de la découverte aux deux équipes (française et américaine) étant donné

2012) ; Olivier BOUCHARD et Tidiane NDOUR (éd.), *Prise en charge globale du VIH dans les pays à ressources limitées : guide de formation à l'usage des paramédicaux*, Paris, éd. Doin, 2011.

⁴⁴ Né en 1945 en Pologne, Willy ROZENBAUM est un médecin français (Cf. fr.wikipedia.org/wiki/Willy_Rozenbaum, page consultée le 09 mai 2015).

⁴⁵ Né en 1937, Robert GALLO est un chercheur américain en immunologie et virologie (cf. fr.wikipedia.org/wiki/Robert_Gallo, page consultée le 09 mai 2015).

qu'elles avaient collaboré à cette recherche. Américains et Français se partagèrent ainsi la vente des tests de dépistage. En 1991, Robert Gallo reconnut que la souche virale utilisée pour mettre en place ses tests de dépistage avait de fortes chances d'avoir été mélangée avec celle qui lui fut envoyée par Luc Montagnier et ses collaborateurs. Cette reconnaissance motiva le gouvernement américain d'attribuer la paternité de la découverte du VIH à l'équipe française. En 2008, le Prix Nobel de médecine est décerné à Luc Montagnier et Sino Françoise Barré-Sinoussi pour la découverte de ce VIH ayant sa structure, son évolution et ses modes de transmission.

1.2. Structure, mode de transmission et évolution du virus

Le VIH est un rétrovirus - plus précisément un lentivirus⁴⁶ - composé de trois éléments principaux : une couche externe, trois enzymes virales indispensables à sa réplication et un patrimoine génétique sous forme d'ARN⁴⁷. Les cellules lymphocytes CD4 du système immunitaire de l'organisme humain sont les principales cibles du VIH. En effet, ce virus est incapable d'assurer par lui-même sa réplication. En d'autres registres du langage, il n'arrive pas par lui-même à produire un patrimoine génétique nécessaire à la production de nouveaux virus. Pour ce faire, il pénètre dans les cellules lymphocytes CD4 du système immunitaire afin de pouvoir se servir de l'ADN présent dans leur noyau et commencer sa réplication qui s'effectue en six étapes :

1° Le VIH pénètre dans les lymphocytes CD4 après reconnaissance des molécules présentes à la surface de ces cellules. Puis, il libère à l'intérieur de celles-ci 3 enzymes virales (transcriptase inverse, protéase et intégrase) et l'ARN qu'il contient ;

2° À l'intérieur du lymphocyte, l'ARN du VIH est transformé en ADN appelé proviral, grâce à la transcriptase inverse ;

3° L'ADN proviral du VIH est intégré à l'ADN lymphocytaire grâce à l'intégrase.

Et à ce stade, le virus est appelé provirus ;

4° À l'intérieur du noyau, l'ADN viral est transformé en ARN.

⁴⁶ Il existe trois types de rétrovirus : les rétrovirus oncogènes qui sont la cause du cancer ; les rétrovirus foany (ou spumavirus) qui n'ont pas d'effet sur l'état de santé de l'individu et les lentivirus ou virus lents qui ont des effets à long terme (cf. Jane OGDEN, *o.c.*, p. 338).

⁴⁷ Cf. Olivier BOUCHARD et Tidiane NDOUR (éd.), *o.c.* ; Jane OGDEN, *o.c.*, p. 338.

Puis, celui-ci sort du noyau, et les protéines virales sont synthétisées par l'intermédiaire des ARN messagers ;

5° Les protéines virales sont découpées par la protéase en protéines de plus petite taille ;

6° Les protéines virales clivées sont assemblées autour de l'ARN pour former de nouveaux virus. Ces derniers sortent de la cellule par bourgeonnement et sont libérés à l'extérieur dans la circulation sanguine où ils vont infecter d'autres cellules⁴⁸.

Cette réplication du VIH ne se fait pas sans conséquence sur le système immunitaire de l'organisme humain : elle détruit progressivement les lymphocytes CD4. En effet, dans un premier temps, les cellules détruites sont remplacées par de nouvelles libérées par les organes lymphoïdes. Par la suite, ces organes ne parviennent plus à assurer la régénération des lymphocytes CD4 en quantité suffisante alors que la quantité de ces cellules détruites dépasse celle de lymphocytes CD4 produits. Cette déplétion entraîne progressivement un déficit immunitaire profond, étant donné la quantité toujours croissante de virus dans la circulation sanguine. Ce déficit immunitaire conduit à l'apparition des infections opportunistes (IO) affaiblissant davantage l'organisme humain⁴⁹. Cette dégradation du système immunitaire s'effectue en quatre étapes appelées *histoire naturelle* de l'infection à VIH :

1° La primo infection

Cette phase fait suite au premier contact avec le VIH et dure entre deux et six semaines. La réplication virale, quant à elle est intense, car chaque jour, un à dix milliards de nouveaux virus sont produits et autant de lymphocytes CD4 sont détruits. Cette intensité de reproduction rend maximale l'infection, avec un risque très élevé de contamination du VIH. Cette phase est considérée comme une période fenêtre ou muette, en ce sens que la personne infectée est testée séronégative, pour la simple raison que les anticorps anti VIH ne sont pas encore en quantité détectable dans le sang. Toutefois, dans les deux ou trois semaines après l'infection, des manifestations d'allure pseudo-grippale peuvent se présenter chez 20 à 30% de personnes qui sont entrées en contact avec le virus.

2° La phase asymptomatique

⁴⁸ Cf. o.c., p. 46.

⁴⁹ Cf. *Ib.*, p. 46.

À ce stade, même si aucune manifestation clinique n'est signalée, la sérologie VIH est positive, car les anticorps anti-VIH sont détectables dans le sang. D'où l'appellation asymptomatique. C'est la période d'incubation qui peut s'étendre de 8 à 15 ans, selon le cas.

3° La phase symptomatique

Au cours de la période symptomatique, la réplication virale continue, le nombre de lymphocytes CD4 diminue de plus en plus et leur production par les organes lymphoïdes n'arrive plus à compenser les cellules détruites. L'on observe alors l'apparition d'un syndrome de lymphadénopathie persistante généralisée ainsi que des signes constitutionnels inexpliqués : perte de poids de 5 à 10%, diarrhée chronique inexpliquée pendant plus d'un mois, fièvre intermittente inexpliquée pendant plus d'un mois, candidose buccale, leucoplasie orale chevelue, tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente, infections bactériennes sévères telles la pneumonie et la psymogosite, dermatose généralisée, etc.

4° La phase SIDA

La phase SIDA se caractérise par une dégradation avancée du système immunitaire avec une perte de plus de 10% du poids corporel et l'apparition de plusieurs symptômes : toxoplasmose cérébrale, cryptosporidiose avec diarrhée pendant plus d'un mois, cryptococcose extra-pulmonaire, candidose de l'œsophage (de la trachée, des bronches ou des poumons), mycobactériose atypique disséminée, tuberculose extra-pulmonaire, sarcome de Kaposi, etc. Ces infections sont causées par des microbes qui, généralement, ne sont pas pathologiques pour l'organisme humain.

Pour peu qu'on puisse l'imaginer, plus que les autres fléaux qui ont frappé l'humanité, le VIH est une véritable catastrophe. C'est pourquoi l'humanité doit farouchement lutter contre cette pandémie. Pour y parvenir, la connaissance de ses principaux modes de transmission s'avère indispensable.

Le virus est présent dans les liquides contaminants d'une personne infectée, notamment le sang, les sécrétions sexuelles (sperme, liquide séminal, sécrétions vaginales), le lait maternel. Cependant, les liquides tels la salive, la sueur, les larmes et l'urine ne sont pas contaminants. Les portes d'entrée du virus dans l'organisme humain sont : les muqueuses qui tapissent le

rectum, le vagin et la bouche ainsi que celles qui recouvrent le gland, la voie sanguine, la peau (uniquement si elle est lésée : blessures, plaies, égratignures)⁵⁰.

Trois modes de transmission du VIH sont possibles : la transmission par voie sexuelle, par voie sanguine et celle de la mère à l'enfant⁵¹. L'infection par voie sexuelle représente près de 80 à 90% de nouvelles infections à VIH à travers le monde. En plus, la plupart des cas de transmission par le sang ou de la mère à l'enfant seraient le fait des personnes initialement contaminées par la voie sexuelle⁵². Celle par voie sanguine représente près de 5 à 10% de nouvelles infections à VIH. Ce mode de contamination a lieu lors de la transfusion du sang contaminé par le VIH, lors de partage des objets tranchants (lames de rasoir, bistouris, brosses à dents, etc.) ou piquants (aiguilles) ou encore lors de la projection des humeurs infectées du VIH sur une peau lésée ou sur des muqueuses⁵³. La transmission de la mère à l'enfant, quant à elle, représente environ 5 à 20% de l'infection en RD Congo. Elle s'effectue avant la naissance (à travers un placenta lésé), lors de l'accouchement et après la naissance, au cours de l'allaitement⁵⁴. Qu'en est-il de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA ?

1.3. Quelques données épidémiologiques

Dans le monde, près de 33,2 millions d'habitants vivent avec le VIH/SIDA. Environ 2,5 millions de nouvelles infections sont enregistrées par an, et 5700 décès par jour, soit 4 décès par minute. En 2009 la pandémie aurait fait des millions des morts, soit $\frac{3}{4}$ des décès de la population mondiale⁵⁵.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « l'Afrique subsaharienne continue à supporter une part disproportionnée du fardeau que représente le VIH à l'échelle mondiale. À la mi-2010, 68% de toutes les personnes vivant avec le VIH résidaient en Afrique subsaharienne, une région qui compte seulement 12% de la population mondiale »⁵⁶.

⁵⁰ Cf. Olivier BOUCHARD et Tidiane NDOUR (éd.), o.c., p. 25-26.

⁵¹ Le VIH n'est pas transmissible par voie respiratoire, l'alimentation, l'eau, les insectes (le moustique, par exemple).

⁵² Cf. Olivier BOUCHARD et Tidiane NDOUR (éd.), o.c., p.26.

⁵³ Cf. PNLS, *Module de Formation du prestataire sur la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Manuel du participant*, p. 24.

⁵⁴ Cf. *Ib.*, p. 24.

⁵⁵ Cf. PNLS, *Module de formation du prestataire sur la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Manuel du formateur*, Kinshasa, 2010, p. 21.

⁵⁶ OMS, *Le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne : le point sur l'épidémie et les progrès du secteur de la santé vers l'accès universel. Rapport de situation 2011* (whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.5_fre.pdf, p. 2, page consultée le 13 octobre 2012).

Aujourd'hui, le VIH/SIDA est la cause principale de mortalité parmi les gens de tous les âges de cette partie du continent et ce sont surtout les femmes et les enfants, les jeunes âgés de 15 à 24 ans, qui sont de plus en plus dans la ligne de tir de cette épidémie sans merci »⁵⁷.

En RD Congo, la prévalence du VIH varie en fonction de la source des données. Les statistiques de la sérosurveillance des femmes enceintes dans les sites sentinelles indiquent que celle-ci est restée relativement stable entre 2001 et 2006, soit une prévalence d'environ 4%. Celles obtenues des Centres offrant le service de la prévention de transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) indiquent une prévalence variant entre 2,6% et 3,2% pour la période allant de 2003 à 2009⁵⁸. Le Programme national de lutte contre le SIDA(PNLS) estime que la RD Congo a une prévalence de 4,5%⁵⁹.

Par ailleurs, cette prévalence varie d'un groupe à un autre. Les femmes seraient frappées de manière plus importante que les hommes, soit près de 60% des PVVIH ; les femmes professionnelles de sexe représentent 15% de la population infectée ; les femmes militaires 7,8% ; les femmes déplacées de guerre 7,6%; les camionneurs représentent 3,3% tandis que les travailleurs des mines sont estimés à 2,4%⁶⁰.

⁵⁷ Cf. Olivier BOUCHARD et Tidiane NDOUR (éd.), *o.c.*, p. 21.

⁵⁸ Cf. PNMLS, *Plan stratégique National de lutte contre le SIDA (2010-2014)*, Kinshasa, [s.n.], 2009, p.18.

⁵⁹ Cf. PNLS, *Guide National de traitement de l'infection à VIH par les antirétroviraux*, Kinshasa, [s.n.], 2005, p.6.

⁶⁰*Ib.*, p. 13.

1.4.1. Prise en charge médicale : traitement antirétroviral

La trithérapie antirétrovirale (trois antirétroviraux en association) est le seul traitement de référence de l'infection à VIH chez l'adulte et chez l'enfant⁶¹. Ce médicament contribue à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de la personne vivant avec le VIH en interférant avec les étapes du cycle de réplication. Il convient de rappeler que la structure du VIH est constituée de trois éléments principaux : une couche externe, trois enzymes virales (transcriptase inverse, intégrase et protéase) indispensables à la réplication du virus et un patrimoine génétique en forme d'ARN. Les antirétroviraux (ARV) agissent sur le noyau du virus en bloquant une enzyme virale impliquée dans le cycle de réplication du VIH. Alors que le VIH détruit les lymphocytes CD4, les ARV les augmentent autant que possible afin de protéger l'organisme contre les infections opportunistes.

Toutefois, il serait saugrenu de passer sous silence les accommodations des soins. En effet, considérant les effets secondaires et le suivi médical, le traitement antirétroviral est exigeant tant sur les critères d'éligibilité du patient et que sur l'horaire à suivre. Les adaptations des guides de prise en charge médicale se font à un rythme tel qu'il n'est pas facile de s'en tenir à un seul. Voilà pourquoi, dans ce paragraphe nous allons faire une lecture synoptique de deux guides pratiques : *Guide national de traitement de l'infection à VIH par les antirétroviraux*, de janvier 2005 et *Guide nationale de prise en charge de l'infection à VIH en RDC*, de juillet 2013⁶². Nous ne reprenons pas ici tous les aspects techniques et médicaux, nous nous arrêtons à ceux qui cadrent directement avec notre recherche.

Le Guide pratique de 2005 prévoit que pour être éligible au traitement antirétroviral, la PVVIH doit répondre aux critères suivants :

1° Si la numération des CD4 est possible, le traitement antirétroviral est à mettre en route chez tout patient se trouvant au stade 4 de la maladie, quel que soit le nombre de CD4 ; chez la PVVIH du stade 3 de la maladie, avec un nombre de CD4 < 350/mm³ ; chez toute personne séropositive des stades 1 et 2 de la maladie, avec un nombre de CD4 < 200/mm³.

⁶¹Ib., p. 117.

⁶² Cf. PNLS, *Guide National de traitement de l'infection à VIH par les antirétroviraux*, Kinshasa, [s.n.], 2005 ; ID., *Guide national de prise en charge de l'infection à VIH en RDC*, Kinshasa, [s.n.], 2013.

2° Si la numération des CD4 est impossible, le traitement antirétroviral sera mis en route chez tout patient du stade 4 ou 3 de la maladie, quel que soit le nombre des lymphocytes totaux ; chez toute PVVIH du stade 2, avec un nombre des lymphocytes totaux $< 1200/\text{mm}^3$.⁶³

Le Guide de 2013 prévoit que le traitement antirétroviral soit instauré : chez toute PVVIH âgée de plus de 5 ans ayant un taux $\text{CD4} \leq 500/\text{mm}^3$ quel que soit le stade clinique ; chez tous patients séropositifs au stade clinique 3 ou 4 quel que soit le nombre de CD4 ; chez toutes les femmes enceintes ou allaitante séropositives, indépendamment du taux de CD4 ou du stade clinique ; chez toute PVVIH présentant une coinfection VIH-TUB ou VIH-VHB ; chez tout partenaire séropositif d'un couple sérodiscordant⁶⁴.

Comme le souligne Felix Kabange, Ministre de la Santé de la RD Congo, les adaptations de Guide pratique de 2013 porte entre autres « sur la relèvement du seuil de CD4 requis pour le démarrage de la thérapie antirétrovirale dans le but d'obtenir une réduction beaucoup plus substantielle de la morbi-mortalité liée au VIH. Cette révision met enfin un accent particulier sur la femme enceinte VIH+, la comorbidité VIH/TUB en préconisant la prise en charge par les ARV de tout patient VIH souffrant de la TBC, infection opportuniste la plus fréquente dans les pays de l'Afrique Subsaharienne »⁶⁵.

En principe, tout patient répondant à ces critères devrait être aligné au traitement antirétroviral, mais en RD Congo, moins de 10% des patients éligibles ont accès à ces médicaments⁶⁶. Toutefois, le traitement aux ARV n'a jamais été une urgence et qu'au préalable toute infection aigue devra être l'objet d'un contrôle. Et, lorsque l'indication du traitement antirétroviral est posée à l'occasion d'une infection opportuniste, le soignant commence par combattre l'IO avant le traitement aux ARV. Aussi, quelles que soient les circonstances du traitement, le soignant prend un délai suffisant avant les soins pour mieux s'assurer de la parfaite compréhension par le patient des enjeux du traitement et des modalités de prise des médicaments⁶⁷. En outre, les antirétroviraux sont contre-indiqués en cas d'affection clinique au

⁶³ Cf. ID., *Guide National de traitement de l'infection à VIH par les antirétroviraux*, p.11. Nous voudrions aussi signaler que les enfants font partie d'une autre catégorie que nous n'aborderons pas dans cette étude.

⁶⁴ Cf. ID., *Guide national de prise en charge de l'infection à VIH en RDC*, p. 13.

⁶⁵ Cf. *Ib.*, p. 5.

⁶⁶ Cf. *Ib.*, p.6.

⁶⁷ Cf. Olivier BOUCHARD et Tidiane NDOUR (éd.), *o.c.*, p.122.

stade terminal ou en présence de troubles neuropsychiatriques graves et chroniques, excepté la démence et l'encéphalopathie liées au VIH⁶⁸.

Par ailleurs, lorsque le patient est soumis au traitement antirétroviral, il est tenu de respecter les prescriptions médicales à cet effet et ce, en supportant la prise des produits pharmaceutiques au quotidien en raison de deux fois par jour aux mêmes heures. Il en supportera des effets secondaires tels que l'insomnie, l'indigestion, la diarrhée, la somnolence, la fatigue, l'éruption cutanée, l'état confusionnel, les cauchemars, la céphalée, les fourmillements aux extrémités nerveuses (mains, pieds, bras, jambes), la modification lipidique, les douleurs abdominales, le jaunissement de la peau et les douleurs dans les organes internes (foie), l'asthénie aux poignets, la fièvre, les douleurs musculaires, les crampes, etc⁶⁹. Comme les ARV ne guérissent pas le VIH/SIDA mais bloquent sa croissance en améliorant la qualité de vie du patient, ce dernier devra prendre ce produit pharmaceutique le reste de sa vie en respectant scrupuleusement les prescriptions médicales. Toute interruption du traitement ou le non-respect de l'horaire peut entraîner un échec thérapeutique aux conséquences lourdes du genre clinique et immunologique tels que décrits sous-dessous:

1° Genre clinique

Apparition d'une nouvelle infection opportuniste ou d'une pathologie maligne liée à la progression de l'infection jusqu'au stade SIDA ;

Récidive d'une infection opportuniste antérieure ;

Récidive des conditions cliniques définissant le stade 3 de la maladie (syndrome cachectique, diarrhée chronique, fièvre prolongée, candidose récurrente ou persistante).

2° Genre immunologique

Retour des CD4 à la valeur d'avant la mise sous ARV ;

Baisse de 50% ou plus du taux maximum atteint sous traitement antirétroviral.

⁶⁸ Cf. PNLS, *Guide National de traitement de l'infection à VIH par les antirétroviraux*, p.11.

⁶⁹ Cf. ID., *Module de formation du prestataire sur la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA, Manuel du participant*, p.138-139.

L'échec thérapeutique conduit au changement de ligne de traitement - le patient passe de la première ligne peu chère à la seconde ligne très chère – ou au décès. Certes, la prise en charge est lourde et difficile même si le personnel soignant est là pour soutenir le malade et fait le maximum pour l'amélioration de la qualité de sa vie. De son côté, le patient doit garder le moral pour vivre le plus possible comme tout un chacun en veillant au suivi de son traitement pour conserver une certaine qualité de vie. Et c'est ici que s'impose un soutien psychologique.

Préalablement à la mise sous traitement antirétroviral, le Guide pratique de 2005 insiste sur la nécessité de bien préparer le patient à adhérer aux soins. Car si cette adhésion fait défaut, grand est le risque d'abandonner ou d'interrompre le traitement, ce qui pourra conduire à un échec thérapeutique⁷⁰. Le Guide de 2013 insiste avec une acuité particulière sur ce qu'il appelle le counseling d'adhésion.

1.4.2. Prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique a pour but d'améliorer la qualité de vie de la PVVIH tout en l'aidant à résoudre les problèmes d'ordre psychologique auxquels elle se trouve confrontée. En effet, à l'annonce d'un résultat VIH positif, comme au cours du processus de la relation d'aide, la personne vivant avec le VIH affiche quelques attitudes d'ordre psychologique, notamment le choc, le déni, le sentiment de culpabilité, la colère, la tristesse, la peur, la détresse sociale, la vengeance, le désespoir, etc. En connaissance de sa séropositivité, le patient est souvent troublé, voire dépassé. Il désespère, car il pense que sa mort est certaine et imminente. Il nie le résultat, surtout quand il se croit en bonne santé. Il reproche sa propre conduite qu'il juge immorale et pécheresse. Il se sent coupable du mal qu'il aurait commis en contaminant d'autres personnes et en mettant leur vie en danger. Il s'interroge sur l'attitude de l'entourage à son égard. Il refuse d'habiter son propre corps et se met en colère en pensant qu'il ne mérite pas ce qui vient de lui arriver ou encore il se met à la recherche du bouc émissaire. Cette dernière attitude le conduit à la vengeance en se disant qu'il ne doit pas mourir seul. Mal gérés, ces problèmes psychologiques peuvent engendrer des pathologies psychiques, notamment la dépression, la mélancolie, la névrose d'angoisse, la psychose hallucinatoire chronique, la nervosité, la tentative de suicide, etc.⁷¹.

⁷⁰ Cf. ID., *Guide National de traitement de l'infection à VIH par les antirétroviraux*, p. 25.

⁷¹ Cf. ID., *Module de Formation du prestataire sur la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Manuel du participant*, p.88-89.

C'est pour résoudre ce genre des problèmes et d'améliorer la qualité de vie que la PVVIH bénéficie de la prise en charge psychologique. Celle-ci est basée essentiellement sur le counseling s'effectuant à trois niveaux : counseling pré-test, counseling post-test et counseling de suivi.

a. Le counseling pré-test

Le counseling pré-test vise à préparer psychologiquement la personne au test de dépistage⁷² du VIH: comprendre ce qu'est le test VIH, pourquoi le faire, à quel type de résultat s'attendre. De la sorte, le counseling pré-test facilite l'annonce de résultat du test.

L'activité du counseling exige des préalables non négligeables pour son efficacité : le prestataire se présente, explique son rôle et rassure la personne quant au respect de la confidentialité. Déterminant est ce premier contact entre le conseiller et le client, car sa réussite favorise la suite de la relation d'aide. Lors de la première rencontre, le « counselor » aborde avec son client les questions du genre :

Les connaissances du client sur le VIH/SIDA ;

Le risque qu'il a d'avoir été exposé au virus et la possibilité d'un plan de réduction du risque ;

La signification des tests sérologiques ;

Les implications du résultat du dépistage sur la vie de la personne ;

Les aptitudes de la personne à faire face à une séropositivité et à ses conséquences ;

Le consentement éclairé du client en ce qui concerne le test de dépistage, etc.

Du consentement éclairé du client le conseiller fixe le rendez-vous pour le counseling post-test⁷³.

b. Le counseling post-test

Par counseling post-test, il faut entendre : « l'entretien au cours duquel le résultat du test de dépistage du VIH (positif, négatif ou indéterminé) est porté à la connaissance de la personne

⁷² Par dépistage, il faut entendre les « interventions destinées à la détection des maladies à un stade asymptomatique de leur développement afin que leur progression soit stoppée ou retardée » (Jane OGDEN, *o.c.*, p. 218).

⁷³ Cf. Olivier BOUCHARD et Tidiane NDOUR (éd.), *o.c.*, p.68-69.

qui l'a fait pratiquer »⁷⁴. Cet entretien est très délicat et requiert du conseiller une bonne maîtrise de son métier. Généralement, le counseling post-test comprend des étapes suivantes :

1° L'accueil et la mise en confiance : de prime à bord, le conseiller souhaite la bienvenue au client, discute avec lui de l'attente du résultat du test, le félicite d'avoir attendu et d'être revenu, et lui demande s'il a des questions ou des points à clarifier.

2° L'annonce du résultat : lorsque la personne est prête, le conseiller annonce le résultat d'un ton calme et neutre. En cas de résultat négatif, il dit par exemple : « le résultat de votre test est négatif, ce qui signifie que les anticorps contre le VIH n'ont pas été détectés dans votre sang ». Par contre, si le résultat est positif, l'annonce est souvent introduite par un rappel d'évaluation du risque d'infection au virus évoquée lors du counseling pré-test. Après cette courte introduction, si le conseiller se rassure de la disponibilité du client à recevoir le résultat, il le lui annonce à peu près en ces termes: « le résultat de votre test est positif, ce qui laisse entendre que vous êtes infecté par le VIH ». En cas de résultat indéterminé, après un bref rappel des points de discussion abordés au cours du counseling pré-test, le conseiller dit par exemple : « la présence ou l'absence des anticorps du VIH dans votre sang ne peut pas être déterminée et il faut réaliser un autre test ».

3° Évaluation des réactions du client : après l'annonce de résultat du test, les émotions sont diverses selon la nature du résultat. Il s'avère nécessaire que le counselor observe la réaction du client avant de continuer l'entretien, afin de mieux adapter son attitude au contexte de l'heure. Car les émotions sont diverses selon qu'il s'agisse d'un résultat positif ou d'un résultat indéterminé suscitant autant d'anxiété ou encore d'un résultat négatif alors que la personne a un partenaire séropositif.

En cas de résultat négatif, le prestataire aborde les points du genre : la possibilité d'être en phase de séroconversion avec nécessité d'un test de contrôle 3 mois après la dernière exposition au risque ; les moyens de prévention en rappelant qu'un résultat négatif ne signifie pas qu'on est protégé du VIH ; la notion de sérodifférence (ou sérodiscordance), la notification du résultat au partenaire et la décision à prendre par ce dernier de se faire dépister.

Si le résultat est positif, le conseiller insiste sur des éléments pouvant rassurer la PVVIH. Il explique la signification du résultat positif, et qu'avec une prise en charge médicale adéquate,

⁷⁴Ib., p.71.

une vie normale à long terme est possible. Il lui parle de la nécessité d'une prise en charge globale et multidisciplinaire en lui indiquant en même temps les structures qui l'assurent. Il devra insister en outre sur la nécessité de mener une vie positive tout en rappelant les modes de transmission et de non transmission ainsi que ceux de la prévention.

En cas de résultat indéterminé, le conseiller met l'accent sur la nécessité de réaliser un test de contrôle le plus rapidement possible et dans les meilleures conditions. Si besoin il y a, ce nouveau test peut être réalisé dans une autre structure médicale. Après cette insistance, il met en place une prise en charge psychologique comme celle d'une séropositivité. Le counseling du couple et de l'enfant, quant à eux, constituent des cas particuliers⁷⁵.

c. Le counseling du couple

Lors du counseling d'un couple, plusieurs actions sont réalisées séparément auprès de chacun des partenaires :

- 1° L'obtention du consentement pour participer aux entretiens ;
- 2° L'évaluation du risque d'acquisition d'une infection à VIH lors du counseling pré-test. Ici, chacun évalue librement ses propres risques ;
- 3° L'annonce des résultats des tests lors du counseling pré-test, à moins que les deux partenaires n'aient exprimé le souhait de recevoir leurs résultats ensemble et à condition de s'assurer qu'ils l'ont fait librement ;
- 4° Après l'annonce des résultats, les partenaires du couple peuvent, s'ils le souhaitent, être reçu ensemble pour le counseling post-test.

Après l'annonce du résultat, trois situations sont possibles :

- 1° En cas d'un résultat négatif, le conseiller insiste sur la conduite à observer afin de maintenir un comportement à moindre risque et de protéger la santé de chaque partenaire du couple. Il explique avec insistance la notion de période de séroconversion et la nécessité d'effectuer un test de contrôle dans les 3 mois qui suivent la dernière exposition au risque.

⁷⁵ Pour ces deux cas particuliers, on se reportera à Olivier BOUCHARD et Tidiane NDOUR (éd.), o.c., p.72-73.

2° Lorsque le couple est concordant séropositif (c'est-à-dire si le résultat s'avère positif pour chacun de deux partenaires du couple), le counselor observe les réactions psychologiques de deux partenaires tout en veillant à accorder à chacun d'eux un entretien individuel et à prendre toutes les dispositions nécessaires pour leur rapprochement et réduire autant que possible le risque de réactions violentes et de surinfection.

3° Quand il s'agit d'un couple sérodiférent (ou sérodiscordant, c'est-à-dire l'un des deux partenaires est séropositif tandis que l'autre est séronégatif), le conseiller s'applique à aider les deux partenaires à surmonter tensions et émotions. Il tente de convaincre le partenaire séronégatif à accepter l'autre dans son état séropositif et à le soutenir. Il exhorte le partenaire séropositif à mener une vie positive. Le prestataire discute avec les deux membres du couple d'un plan de réduction du risque à long terme afin de protéger la partie séronégative d'une contamination. Il explique la notion de séroconversion et la possibilité que le partenaire séronégatif ait eu un rapport contaminant durant les mois précédents, puis encourage le partenaire séronégatif à réaliser un test de contrôle dans les trois mois à venir.

d. Le counseling de l'enfant et de l'adolescent

Généralement, le dépistage du VIH chez l'enfant s'effectue alors que le patient est à la phase 3 de la maladie ou à la découverte d'une séropositivité chez la mère ou encore après un viol. Le counseling de l'enfant implique aussi bien l'enfant que ses parents ou tuteurs. Si l'enfant est séropositif alors que ses parents ne le sont pas, l'accompagnement psychologique s'applique à sensibiliser les parents pour les épargner des réactions de rejet envers leur enfant.

Pour l'adolescent mineur, le test de dépistage ne peut se réaliser sans le consentement des parents de la PVVIH ou tuteurs. Le conseiller s'emploie à encourager le client à obtenir l'autorisation des parents ou tuteurs qui l'accompagnent au counseling. Pour permettre à son client de s'exprimer librement surtout sur la question de la sexualité, un counseling à huit clos est conseillé.

e. Le counseling de suivi psychologique

Le counseling de suivi psychologique se réalise alors que la PVVIH connaît son statut sérologique et se trouve déjà sous traitement médical, mais aussi bénéficiant d'un encadrement psychologique. Le counseling de suivi renforce les capacités du patient à résoudre des

problèmes auxquels il n'a pas encore trouvé des solutions efficaces. Cette relation d'aide se fait soit dans la structure où le patient a réalisé les deux premiers counselings ou dans une autre structure de prise en charge.

Généralement, le counseling de suivi psychologique couvre les étapes suivantes :

1° L'accueil

L'accueil se fait dans la convivialité afin de permettre à l'accompagné et à l'accompagnant de faire connaissance ou de l'approfondir dans les meilleures conditions. Le prestataire présente au client sa structure de prise en charge, ses activités et son fonctionnement.

2° Le diagnostic psychologique initial

Le prestataire use de son savoir - faire pour établir ou rétablir une relation de confiance avec l'accompagné de manière à l'aider à exprimer de façon claire et franche la motivation de sa visite. Il s'efforce à connaître et à comprendre les modes de vie de son client, ses pratiques et ses ressentiments en explorant les effets ou les implications générés par les problèmes psychologiques. Il évalue les capacités de l'accompagné à y faire face.

3° Établissement d'un plan d'action

Le conseiller identifie les problèmes et les besoins prioritaires de la PVVIH et y apporte, avec son concours, des solutions et s'assure que le client est d'avis favorable.

4° Mise en œuvre du plan d'action

Dans l'accompagnement de la PVVIH, le conseiller l'aide à identifier les personnes pouvant lui être utiles. Ainsi devra-t-il favoriser son implication dans des groupes d'auto-support. À chaque rencontre, il s'assurera que les solutions retenues dans le plan d'action sont adaptées à la situation du client.

5° Evaluation des résultats

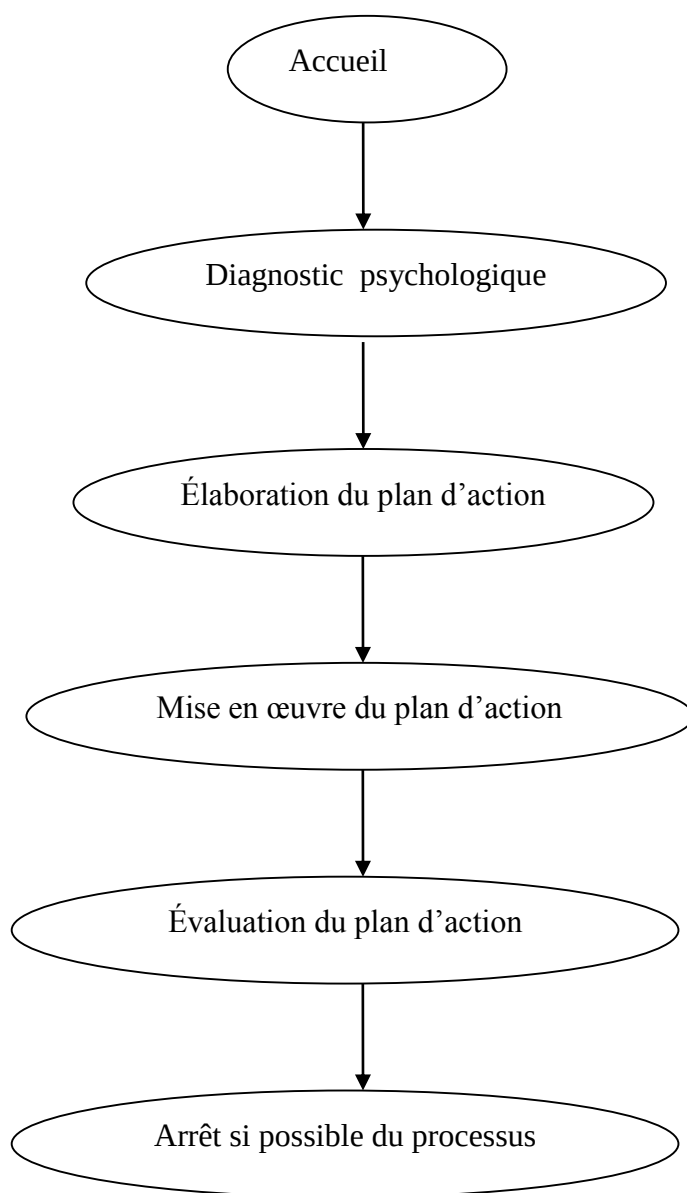
Le prestataire s'emploie à identifier la nature des résultats dans la mise en œuvre du plan d'action. Avec la PVVIH, ils évaluent les avantages et les inconvénients de chaque

mesure prise et la pertinence de chaque décision. Au besoin, ils réajustent ensemble le plan d'action en fonction de nouveaux problèmes.

6° Arrêt de la prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique est un processus qui s'inscrit dans le temps, c'est-à-dire qu'il a un début et un terme. C'est la maturité du patient qui est ici l'élément déterminant. En effet, lorsque le conseiller juge favorable le degré de maturité de son client à résoudre seul ses problèmes ou avec l'aide des tiers, il mettra fin à la relation d'aide.

Schémas des étapes du counseling de la prise en charge psychologique



Source : Cf. PNLS, *Module de formation du prestataire sur la prise en charge psychosocial des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Manuel du participant*, p. 84.

1.4.3. Prise en charge socioculturel, économique et juridique

La personne dont l'état sérologique est positif connaît des problèmes d'ordre divers (social, culturel, économique et juridique) qui nécessitent soutien et aide en sa faveur.

a. Prise en charge socioculturel

La prise en charge socioculturelle de la PVVIH renvoie à un ensemble d'activités à travers lesquelles l'accompagnant l'aide à résoudre les problèmes sociaux et culturels auxquels elle est confrontée. Ces problèmes sont liés à l'organisation de la société, aux mœurs et aux coutumes de la communauté où vit le patient, mais bien encore à la perception qu'a la société du VIH/SIDA⁷⁶, laquelle conception pourrait engendrer stigmatisation, discrimination et rejet de la PVVIH, conflit et dislocation au sein de sa famille⁷⁷. Le but du soutien social et culturel est d'améliorer la qualité de vie de la personne infectée en identifiant ses problèmes, en y apportant satisfaction dans la mesure du possible et en se référant à des structures appropriées lorsque cela s'avère nécessaire.

Pour mener à bien cette mission, le prestataire doit réaliser une série d'activités, notamment : la médiation familiale, les visites à domicile, les groupes de parole, le counseling du couple et de la famille, le recours à la loi en vigueur portant protection des PVVIH.

1° La médiation familiale

Par médiation familiale, il faut entendre un processus ou une démarche par laquelle un prestataire/accompagnant psychosocial intervient dans un conflit opposant les membres d'une famille pour les aider à trouver une solution et à se réconcilier et qu'il ne soit impliqué ni de près ni de loin dans le conflit pour lequel il est appelé à faire la médiation »⁷⁸. Les conflits qui opposent la PVVIH aux autres membres de famille sont de trois ordres:

- Conflit entre la PVVIH et son conjoint (sa conjointe) ;
- Conflit entre la PVVIH et ses enfants ;

⁷⁶ Cf. PNLS, *Module de formation du prestataire sur la prise en charge psychosociale de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Manuel du participant*, p. 93-94.

⁷⁷ Cf. *Ib.*, p. 93.

⁷⁸ *Ib.*, p.95.

- Conflit entre la PVVIH et les autres membres de la famille élargie⁷⁹.

Trois conditions président à la réalisation d'une séance de médiation familiale. Il faut :

- Qu'un conflit ou un problème entre deux ou plusieurs parties soit constaté et établi ;
- Qu'une demande de médiation soit exprimée par les parties en conflit ou par leur entourage social ;
- Que les parties en conflit se choisissent librement un médiateur (d'un milieu différent de celui des parties en conflit) et un cadre de médiation mettant tout le monde à l'aise. Lors de la séance de médiation, que toutes les personnes concernées soient présentes et y participent activement⁸⁰.

2° La visite à domicile

Lors d'une visite au domicile de la PVVIH, le prestataire observe les règles ci-après :

- Les règles de politesse élémentaires: l'accompagnateur salue amicalement ses hôtes en respectant les règles de courtoisie ;
- Le conseiller observe ce qui se passe en famille et écoute attentivement la PVVIH et tout interlocuteur;
- Il félicite le patient pour les efforts qu'il fournit dans l'acceptation de son état sérologique;
- Il s'efforce à identifier la perception que la PVVIH se fait d'elle-même et de sa maladie, à comprendre les causes et les facteurs qui expliquent la survenue des problèmes auxquels la PVVIH est confrontée ;
- Le prestataire apporte solution aux problèmes non complexes et fixe un nouveau rendez-vous pour les questions nécessitant un approfondissement ;
- Il finit sa visite en remerciant la PVVIH et sa famille⁸¹.

b. Prise en économique

Par prise en charge économique de la PVVIH, il sied d'entendre les actions que l'accompagnant met en œuvre afin d'aider la personne infectée à résoudre les problèmes économiques en vue d'une vie positive⁸². De façon générale, les défis économiques de la

⁷⁹ Cf. *Ib.*, 95.

⁸⁰ Cf. *Ib.*, p.95.

⁸¹ Cf. *Ib.*, p.96-97.

⁸² Cf. *Ib.*, p.99.

personne vivant avec le VIH/SIDA sont de deux ordres : la pauvreté (manque de moyens financiers pour : se faire soigner, assurer la scolarité des enfants, payer le loyer, se nourrir, assurer les frais de funérailles en cas de décès, etc.) et la vie professionnelle (perte d'emploi, chômage, salaire insuffisant ou impayé, etc.)⁸³.

Pour résoudre ces problèmes et aider le patient à améliorer la qualité de sa vie, le prestataire envisage les solutions suivantes, selon le cas : les activités génératrices des revenus (AGR) et octroi des microcrédits. Les AGR permettent aux bénéficiaires (surtout ceux qui sont encore aptes au travail) à avoir une occupation pouvant contribuer à leur revalorisation et à leur réinsertion au sein de la communauté. Lorsqu'il s'avère que pour promouvoir son AGR, la PVVIH a besoin d'un microcrédit, le prestataire l'oriente vers une structure financière spécialisée en la matière.

Bref, le but poursuivi par le soutien économique est non seulement d'aider la personne vivant avec le VIH/SIDA à générer des revenus, mais surtout de l'humaniser, et d'améliorer ainsi la qualité de sa vie⁸⁴.

c. Prise en charge juridique

Par prise en charge juridique, le PNLS entend une assistance ou une aide apportée à une PVVIH afin de garantir ses droits et ses devoirs au sein de la communauté⁸⁵. En effet, les personnes vivant avec le VIH/SIDA connaissent des problèmes juridiques qui peuvent être regroupés en trois catégories : la violation de leurs droits, l'ignorance de ses droits et le non accomplissement de leurs devoirs. Pour aider le patient à résoudre ces problèmes, la prise en charge juridique se fonde sur la *Loi n°08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées*⁸⁶. Cette Loi s'articule autour de 6 points : l'exposé des motifs, les dispositions générales, les droits et la protection des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées, le dépistage du VIH et la confidentialité des résultats, les dispositions pénales, les dispositions finales.

⁸³ Cf. *Ib.*, p.99-100.

⁸⁴ Cf. *Ib.*, p.100-102.

⁸⁵ Cf. *Ib.*, p. 103.

⁸⁶ Pour le texte intégral de cette loi, voir RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Journal officiel de la République Démocratique du Congo*, 14 (juillet 2008), p. 9-16.

1° De l'exposé des motifs

L'exposé des motifs présente la raison qui motive l'élaboration et la promulgation de cette loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées. Pour le législateur, étant donné que la santé publique est l'un des impératifs de sauvegarde des droits des individus et que le VIH/SIDA constitue tout à la fois un des fléaux nuisibles à la santé et une catastrophe à l'échelle planétaire, il est impérieux d'améliorer la jouissance du droit à la santé pour tous et de réprimer toute stigmatisation et toute discrimination.

2° Des dispositions générales (articles 1 à 6)

Les dispositions générales traitent de l'objet, de la définition des concepts clés et de la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA. L'objet est de déterminer les principes fondamentaux relatifs à la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées. Par cette loi, le législateur entend : lutter contre l'expansion de la pandémie et contre toutes les formes de stigmatisation ou de discrimination des personnes infectées et des personnes affectées ; garantir et protéger les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et ceux des personnes affectées ; assurer l'encadrement et l'éducation de ces personnes ainsi que d'autres groupes vulnérables ; réaffirmer les droits et les libertés fondamentaux de ces catégories des personnes.

Par ailleurs, la loi définit 18 concepts-clés : antirétroviraux, conseil ou counseling, dépistage, enfant, groupe vulnérable, infection à VIH, infections opportunistes, pandémie, partenaire sexuel, personnes affectées par le VIH, personne vivant avec le VIH/SIDA, SIDA, soutien psychosocial, statut sérologique, test confidentiel, VIH, stigmatisation et discrimination. En outre, elle précise que l'État est le premier responsable de la lutte contre le VIH/SIDA. C'est l'État qui définit la politique générale de cette lutte, qui trace les grandes orientations à suivre, qui élabore les programmes en matière de prévention, de prise en charge, d'atténuation de l'impact négatif et de la recherche. C'est encore l'État qui élabore le budget, le plan stratégique national et qui met en place un cadre national multisectoriel de coordination de cette lutte.

3° Des droits et de la protection des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées (articles 7 à 34)

Les PVVIH et les PAVIH ont pleine capacité juridique et jouissent de tous les droits reconnus par la Constitution, les Lois et les Règlements de la République. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont droit au mariage et à la procréation moyennant information et consentement éclairé. Quant aux femmes séropositives, elles bénéficient de toutes les dispositions mises en place par l'État dans le cadre de la politique nationale de la santé de la reproduction. Dans tous les milieux de la vie courante, la PVVIH est à traiter sans stigmatisation ni discrimination. Il est interdit, par exemple à tout employeur et à tout médecin œuvrant dans ou pour le compte d'une entreprise, d'exiger à un postulant ou à un employé le test sérologique au VIH, au cours d'une visite médicale d'aptitude au travail ou d'un examen médical périodique obligatoire. De même, sont proscrites les pratiques religieuses à risque telles que le jeûne forcé, l'administration forcée de certaines substances pour des raisons des pratiques religieuses à des fins de guérison.

4° Du dépistage et de la confidentialité des résultats (articles 35 à 41)

Précédé et suivi des conseils appropriés, le test de dépistage du VIH est volontaire, anonyme, confidentiel et gratuit. Le test de dépistage sur un enfant ou sur toute personne juridiquement incapable, est pratiqué avec le consentement des parents ou du tuteur, selon le cas, sauf si l'intérêt supérieur l'exige.

Les informations sur le test de dépistage du VIH pratiqué sur une personne ne peuvent être révélées aux tiers qu'avec le consentement exprès de la personne concernée, et c'est dans l'intérêt de cette dernière ou sur réquisition des autorités judiciaires. En outre, la personne séropositive est tenue d'en informer aussitôt son conjoint et/ou ses partenaires sexuels. Pour un patient qui s'en abstient, le médecin pourrait, à titre exceptionnel, déroger au secret professionnel.

5° Des dispositions pénales (articles 42 à 45)

La Loi punit de servitude pénale principale de un à six mois et d'une amende de cinquante à cent mille francs congolais ou de l'une de ces peines seulement, toute personne coupable de stigmatisation ou de discrimination à l'endroit d'une personne vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées. Sont passibles de ces mêmes peines : toute personne qui

aura révélé le statut sérologique au VIH/SIDA avéré ou présumé d'une personne, toute personne qui exploite les PVVIH à des fins de propagande, de marketing, d'enrichissement ou qui les soumet à toute forme de torture morale ou physique pour des raisons de pratiques religieuses à des fins de guérison. Par contre, est puni de cinq à six ans de servitude pénale principale et de cinq cents mille francs congolais d'amende, quiconque transmet délibérément le VIH/SIDA.

6° Des dispositions finales (articles 46 à 47)

Entrant en vigueur à la date de sa promulgation, la *Loi n°08/011 du 15 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées* abroge toutes les dispositions antérieures contraires. La PVVIH bénéficie aussi d'une prise en charge spirituelle.

1.4.4. Prise en charge spirituelle

Par prise en charge spirituelle, le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (PNLS) de la RD Congo entend « une relation d'aide dans laquelle on assiste une PVVIH à acquérir un équilibre spirituel afin de vivre positivement »⁸⁷. Cet équilibre permet au patient de résoudre ses problèmes spirituels, c'est-à-dire « difficultés et obstacles que rencontrent les PVVIH dans la pratique de leur religion ou de leurs croyances »⁸⁸. Ces problèmes sont généralement les suivants : le lien entre VIH/SIDA et péché, l'image de Dieu, les guérisons-miracles, le sens de la vie et la question de la mort, sens du pardon et de réconciliation, le refus de prier et/ou le reniement de sa foi, les pratiques spirituelles qui peuvent être nuisibles à la santé (jeûne forcé, recours aux potions fabriquées par les guérisseurs, etc.), l'influence de la famille dans la recherche des guérisons-miracles⁸⁹.

Pour résoudre ces problèmes spirituels de la PVVIH, le PNLS de la RD Congo préconise cinq actions à mener : la formation des leaders religieux, la cure d'âme (counseling pastoral), l'éducation religieuse, la prière et la préparation à la mort et au deuil⁹⁰.

1° La formation des leaders religieux et la cure d'âme

Le Gouvernement de la RD Congo entend former les leaders religieux sur la prévention du VIH et la prise en charge globale des PVVIH. Ce renforcement des capacités est centré sur

⁸⁷ *Ib.*, p.109.

⁸⁸ *Ib.*, p.109.

⁸⁹ Cf. *Ib.*, p.109.

⁹⁰ Cf. *Ib.*, p.110-114.

l'amélioration des connaissances, des attitudes et des pratiques des hommes d'Église dans le contexte du VIH/SIDA. Cette formation est un plus qui peut contribuer à un counseling pastoral et à l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH. Le counseling pastoral se déroule selon les règles de l'entretien d'aide non directif. Il est mené par un prêtre, un pasteur, un imam ou un autre prestataire initié en la matière et en ayant reçu l'autorisation de l'autorité compétente.

En abordant la question relative aux problèmes psychologiques que connaît la PVVIH, nous avons noté le sentiment de culpabilité. La personne infectée se sent coupable du malheur et du tort qu'elle aurait causés aux autres en leur transmettant le virus. En outre, elle se renie en vivant une auto-condamnation. Elle se considère comme une *damnée de la terre* et ne s'accepte pas en tant que telle. Le counseling pastoral l'aidera à se réconcilier avec elle-même et à s'accepter. Une PVVIH croyante, non réconciliée avec elle-même, voit Dieu comme un juge qui condamne et qui châtie. Son statut sérologique est vu comme un châtiment de Dieu. Le counseling pastoral aura pour tâche de corriger cette fausse image qu'elle se fait de Dieu.

Confrontées à la stigmatisation (auto-stigmatisation ou stigmatisation par d'autres personnes), certaines PVVIH développent une attitude de vengeance en contaminant intentionnellement d'autres personnes. Le counseling pastoral aura pour but de favoriser l'harmonie interpersonnelle.

2° L'éducation religieuse et la prière

D'après le PNLS de la RD Congo, l'éducation religieuse permet au prestataire de donner à l'accompagné une idée plus positive de Dieu : « Dieu n'est pas le gendarme qui est là pour nous punir et nous envoyer en enfer pour la moindre faute. C'est un Dieu d'amour, un Dieu de miséricorde »⁹¹. En outre, l'éducation religieuse, poursuit-il, « sert aussi à clarifier les choses par rapport à la relation qui est faite entre le SIDA et le péché. Toute personne vivant avec le VIH n'est pas nécessairement un dévergondé ou un délinquant sexuel. Même si l'on a attrapé le virus par la voie sexuelle, cela n'est pas synonyme que l'on a péché »⁹². Par la prière, la PVVIH apprend à faire la volonté de Dieu, à s'accepter et à mener une vie positive⁹³.

⁹¹ *Ib.*, p.112.

⁹² *Ib.*, p.112.

⁹³ Cf. *Ib.*, p.112.

3° La préparation à la mort et au deuil

Généralement, une PVVIH qui voit l'imminence de sa mort passe par 5 phases d'attitude face à cette fin de vie : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Dans un premier moment, le patient nie son état. Consultant différents médecins dans l'espoir d'entendre un démenti sérologique, elle s'arme moralement en se disant : « *non, pas moi* ». Ainsi s'abstient-elle à dire la vérité à sa famille.

Deuxièmement, quand le malade réalise que sa mort est inéluctable, il réagit par la colère et la révolte en disant : « *pourquoi moi ?* ». C'est au cours de cette phase qu'il développe des comportements de vengeance en se disant : « *je ne veux pas mourir seul* ».

Troisièmement, la PVVIH cherche à « négocier » avec Dieu la prolongation de sa vie en promettant éventuellement de se consacrer entièrement à lui si elle échappe à la souffrance. Elle s'abandonne à la prière, aux exercices de piété et cherche à mettre de l'ordre dans sa vie en payant ses dettes, en réglant les affaires à l'amiable, etc.

La quatrième phase est celle de la dépression : la PVVIH se détache graduellement de tout et du monde extérieur en refusant toute visite et se recroqueville organisant ainsi son deuil. Au plein du comble, elle se suicide. Mais si cette phase est bien gérée, le malade passe à la dernière étape de l'acceptation de soi et se prépare à mourir en paix. Le counseling pastoral a pour but d'aider le patient à franchir sans peine les péripéties de différentes étapes afin de mourir en état de grâce.

Comme nous pouvons le constater, d'après le PNLS, l'accompagnement spirituel de la PVVIH fait partie intégrante de la prise en charge globale de la personne infectée. Qu'en est-il concrètement dans les services d'aumônerie des hôpitaux catholiques de Kinshasa ? Précisons que nous entendons par hôpitaux catholiques de Kinshasa, ces établissements de santé relevant du pouvoir pastoral de l'archidiocèse de Kinshasa. Or, de ces établissements de santé, seul l'hôpital saint Joseph organise en son sein le service d'aumônerie. Voilà pourquoi, nous nous tournons à présent vers cette formation médicale pour voir de près ce qu'il en est de l'accompagnement spirituel.

1.5. Service d'aumônerie au sein de l'hôpital saint Joseph

Le but que nous poursuivons ici est de voir la place de l'accompagnement spirituel dans la prise en charge globale de la PVVIH au sein de l'hôpital saint Joseph. Pour commencer, il sied de présenter brièvement cette structure de santé afin de vérifier la place qu'occupe l'aumônerie parmi les autres services des soins

Tout visiteur attentif qui arrive à l'hôpital saint Joseph est frappé par ces deux enseignes aux allures modestes, se trouvant à l'entrée de cette formation médicale :



La partie droite de ce tableau indique la nature et la localisation de cette structure de santé. Il s'agit bien d'un hôpital catholique appartenant au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) de l'archidiocèse de Kinshasa, et implanté dans la commune de Limete. La partie gauche renseigne que dans cette formation médicale se tiennent aussi des activités spirituelles. L'emplacement de ces deux tableaux l'un à côté de l'autre, est interpellant. En effet, il semble créer une communication mettant en dialogue soins et spiritualité, santé et salut.

D'une superficie estimée à 23 100 m², l'hôpital saint Joseph est implanté entre écoles et maisons religieuses. Il est limité au Nord par le couvent des frères prêcheurs et l'école saint Dominique ; au Sud par le quartier Motel Fikin ; à l'Est par le boulevard Lumumba en face du couvent des sœurs chanoinesses de saint Augustin ; à l'Ouest par le quartier Masila, non loin du couvent des sœurs thérésiennes et de l'école Cardinal Malula. Devant l'entrée principale de

cette formation médicale, se développe un commerce de fortune aux articles variés. Dans ses environs, se compte un nombre considérable de petites pharmacies. En outre, cet établissement de santé se situe à l'intersection de la partie urbaine et la périphérie de Kinshasa. Bref, l'hôpital saint Joseph se trouve dans un environnement religieux, d'éducation scolaire, de débrouillardise tout azimut et d'intense circulation routière reliant les deux pôles de la capitale. Le choix de ce lieu d'implantation était motivé entre autres par le souci d'offrir les soins de santé à une population pauvre et délaissée.

Le site abritant cette formation médicale fut un couvent des sœurs de sainte Thérèse de l'Enfant Jésus, Congrégation de droit diocésain de l'archidiocèse de Kinshasa. De 1974 à 1987, cette maison religieuse a connu deux grandes mutations. La première est consécutive à la décision prise par le Bureau Politique du Mouvement Populaire de la Révolution (MPR)⁹⁴ en date du 30 décembre 1974 supprimant les Facultés de théologie (Catholique et protestante) au sein de l'Université Nationale du Zaïre, ancienne Université de Lovanium et actuelle Université de Kinshasa.

Pour permettre à la Faculté de Théologie de fonctionner, le Cardinal Joseph-Albert Malula, alors archevêque de Kinshasa avait cédé provisoirement ce couvent des sœurs à la Conférence Épiscopale Nationale du Zaïre, aujourd'hui Conférence Épiscopale Nationale du Congo (CENCO). Cette maison religieuse fut alors transformée pour abriter la Faculté de théologie catholique. Grâce à cette dotation, la Faculté de Théologie devenait une Institution universitaire autonome. Pendant cette même période, l'Épiscopat Zaïrois multipliait des contacts pour doter la Faculté de Théologie d'un terrain où elle pouvait ériger ses propres bâtiments. Les démarches étaient fructueuses avec les Pères de Scheut qui donnèrent une partie de leur concession à la Faculté Catholique. Cette dernière fut alors transférée au numéro 2, avenue de l'Université dans la même commune de Limete, site qu'elle occupe jusqu'à présent⁹⁵.

La deuxième mutation que connut le couvent des sœurs Thérésiennes se rattache au jubilé d'argent de l'épiscopat du Cardinal Joseph- Albert Malula, célébré en 1984. À l'occasion de cette fête, l'archevêque de Kinshasa avait reçu du Président Joseph-Désiré Mobutu une somme d'argent estimée à 27 676 dollars américains pour l'achat d'une jeep 4 x 4. Mais le prélat de Kinshasa avait préféré mettre ce montant dans le domaine de la santé. Il récupère ainsi

⁹⁴ MPR fut le Parti-État sous le régime du feu Président le Marechal Joseph-Désiré Mobutu.

⁹⁵ Concernant l'historique de cette Faculté de théologie, on lira avec fruit le *Programme d'études* 2010-2011 de l'Université Catholique du Congo.

l'ancien couvent des sœurs qu'il avait mis provisoirement à la disposition de la Faculté de Théologie. Il apporte quelques modifications aux bâtiments préexistants pour leur donner la forme d'un hôpital. L'inauguration de cette structure de santé eut lieu en 1987.

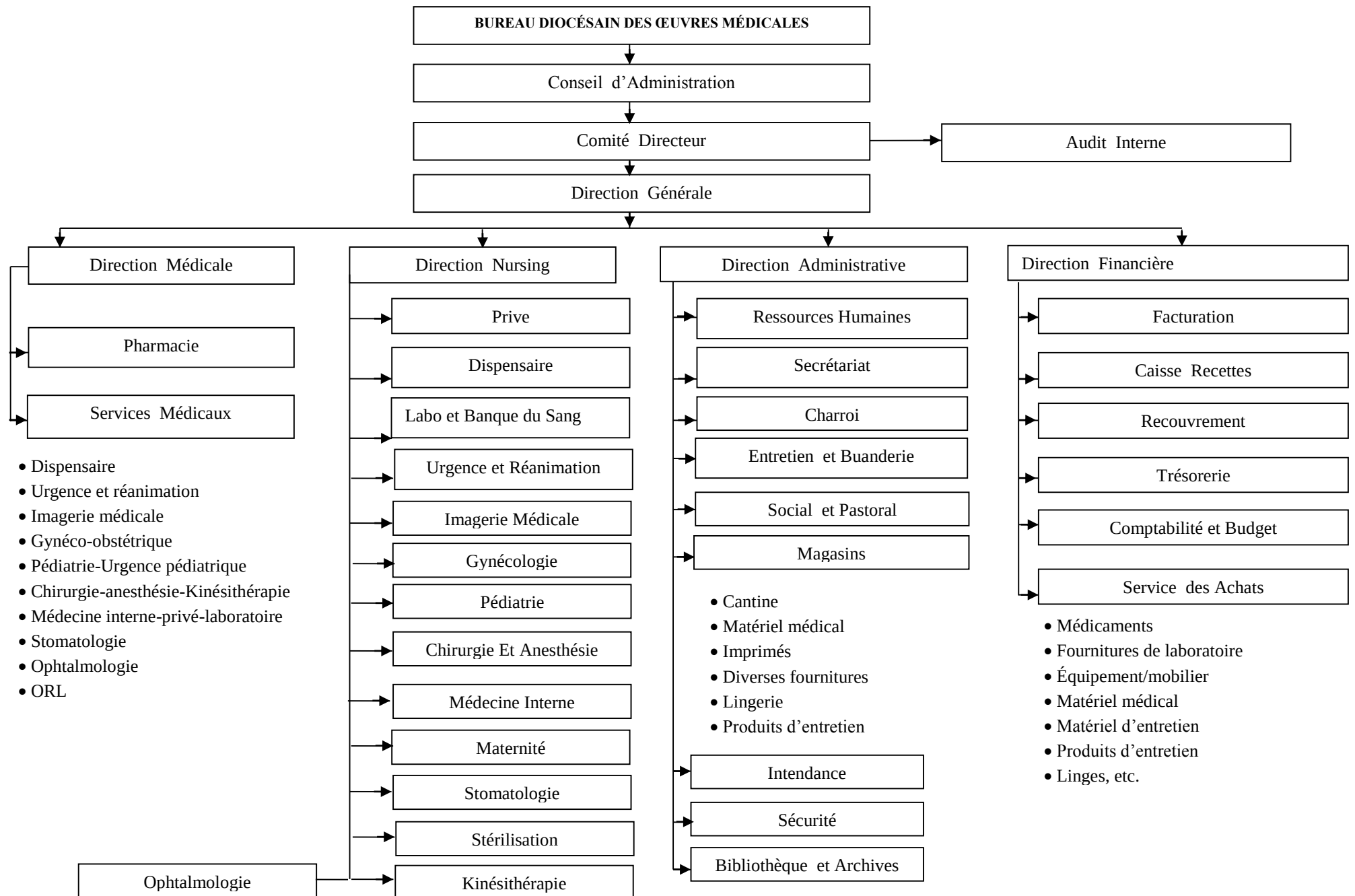
Après la mort du Cardinal Joseph-Albert Malula en 1989, Monseigneur Eugène Moke, alors administrateur apostolique de l'archidiocèse de Kinshasa confia la gestion de l'hôpital saint Joseph au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales⁹⁶. Grâce à l'impulsion du BDOM, l'hôpital a connu des avancées significatives jusqu'à devenir l'hôpital général de référence pour toutes les structures de santé de l'archidiocèse de Kinshasa. L'idée de faire de saint Joseph un hôpital du BDOM remonte au synode diocésain de Kinshasa tenu de 1986 à 1988⁹⁷. Dans leur rapport final, les participants à ce synode formulaient leurs propositions en ces termes : « constatant la difficulté de transférer les malades des Centres de santé qui ont besoin de soins spécialisés vers les hôpitaux de la ville, nous recommandons que l'hôpital saint Joseph soit inséré dans le réseau du BDOM comme hôpital de référence pour les Centres de santé catholiques, et qu'il soit accessible même à des malades démunis »⁹⁸.

Après ce bref rappel historique, nous voulons présenter succinctement l'organigramme de l'hôpital afin de déceler la place qu'y occupe le service d'aumônerie.

⁹⁶ Nous tenons ces informations de la Sœur Bénédicte Claus, Directrice du BDOM avec qui nous nous sommes entretenus le 18 janvier 2011, qui est directrice de ce bureau depuis 1978.

⁹⁷ Par synode diocésain il faut entendre : « la réunion des prêtres et des autres fidèles de l'Église particulière choisis pour apporter leur concours à l'Évêque diocésain pour le bien de la communauté diocésaine tout entière » (Canon 460).

⁹⁸ ARCHIDIOCÈSE DE KINSHASA, *Le concile Vatican II et l'avenir de notre Église. Actes du Synode Diocésain (1986-1988)*, t. 2, Kinshasa, éd. de l'Archidiocèse, 1988, p.212.



Chapeauté par le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales que nous présenterons plus loin, l'hôpital saint Joseph comprend quatre Directions : Direction administrative, Direction financière, Direction médicale et Direction de nursing. Chargée de l'organisation des soins, la Direction médicale comprend la pharmacie et les services médicaux. La Direction nursing gère la dispensation des soins infirmiers. Pour cela, elle organise le regroupement des infirmiers et des techniciens chefs des services paramédicaux, ordonne le roulement des infirmiers, étudie l'organisation matérielle et la dotation en ressources humaines. La Direction administrative s'occupe de l'administration de l'hôpital, le représente auprès de différents partenaires et l'engage en cas de besoin. Elle comprend les ressources humaines, le secrétariat, le charroi, le service d'entretien, le service social et pastoral, le magasin, l'intendance, le service de sécurité, la bibliothèque et les archives. La Direction financière assure la gestion de la trésorerie, planifie les recettes et les dépenses de l'exercice ; contrôle les coûts et détermine les tarifs.

Comme nous pouvons le constater, l'organigramme place l'aumônerie dans la même rubrique que le service social. Ces deux services ont leurs bureaux dans le bâtiment abritant la chapelle de l'hôpital, et ceci n'est pas un fait du hasard. Il s'agit de deux services distincts, mais complémentaires. Le service social s'occupe des problèmes sociaux des malades et de l'organisation de la liturgie en semaine. Le service d'aumônerie oriente les malades indigents vers le service social.

Ce service social se veut une réponse aux attentes du synode diocésain qui réfléchissait sur les voies et moyens à mettre en œuvre en vue de répondre aux besoins patients pauvres qui, par manque d'argent ne savent pas se procurer les produits pharmaceutiques qu'il faut. Il était aussi question de voir comment résoudre les problèmes des indigents abandonnés par leurs familles ou les morts sans enterrement digne.

Sur la porte de la chapelle de l'hôpital est affiché le programme ci-dessous :

a. Programme de l'aumônerie de l'hôpital saint Joseph

- Horaire des messes : Du lundi au samedi : de 7h à 7h30.

Dimanche : 10h00.

Chaque dernier lundi du mois : messe et adoration à 16h.

N.B. : Le dernier lundi du mois : pas de messe le matin, seulement le soir.

- Neuvaine perpétuelle et adoration : Chaque lundi à 16

b. Programme du père aumônier

Le père aumônier reçoit chaque jour après la messe de 7h00.

Accueil du personnel ou visite des malades : chaque jour après messe.

En dehors de ce programme, l'aumônier reçoit selon le besoin.

Ce programme répartit les activités d'aumônerie en 4 rubriques : sacrements, prière, visite aux malades, entretien avec les patients, avec le personnel médical et paramédical. Chaque matin, l'assistant de l'aumônier passe de pavillon à pavillon en sonnant une clochette pour inviter les patients à la messe. Ceux qui le peuvent se rendent à la chapelle. À ceux qui ne peuvent se rendre sur le lieu du culte mais désirent communier, le service d'aumônerie apporte le corps du Christ. Pour nourrir la foi des agents de l'hôpital, l'aumônerie organise des recollections semestrielles.

Le mode de fonctionnement de cette aumônerie se veut une émanation du synode diocésain qui entendait organiser la pastorale de la santé autour des 5 axes :

1° Les œuvres médicales du diocèse : hôpitaux, centre de santé, maternité.

2° Les aumôneries des cliniques et hôpitaux chargées de : visiter et consoler les malades, célébrer l'Eucharistie et les autres sacrements, accomplir d'autres tâches pastorales auprès des malades et des personnels soignants.

3° Visiteurs de malades travaillant soit en équipe avec les aumôniers des hôpitaux, soit à partir d'un groupe paroissial. Ces agents pastoraux visitent les malades dans les hôpitaux ou à domicile, prient avec eux, les préparent aux sacrements et les accompagnent dans leur fin de vie.

4° Ministère de guérison par la prière et l'accompagnement spirituel.

5° La pastorale auprès des agents de santé : recollections pour le personnel des formations médicales diocésaines, et d'autres formes de réflexion et de formation chrétienne⁹⁹.

⁹⁹ Cf. ARCHIDIOCÈSE DE KINSHASA, *Le concile Vatican II et l'avenir de notre Église. Actes du Synode diocésain (1986-1988)*, t. 1, Kinshasa, éd. de l'Archidiocèse, 1988, p. 505-506.

Les deux registres d'accompagnement spirituel que nous venons de parcourir soulèvent une question de grande importance : le rapport entre soins et spiritualité. Approfondissons cette notion à partir de la pensée biomédicale.

1.6. Spiritualité et soins dans la pensée biomédicale

Pour comprendre le lien entre spiritualité et soins de santé, nous recourons au registre biomédical. Pourquoi choisir ce registre ? Pourquoi pas l'approche psychologique ou une autre parmi celles qui interviennent dans la prise en charge du patient séropositif ? Ce choix est guidé par notre objet de recherche. La réponse est simple : lorsque le patient séropositif se rend à l'hôpital, c'est avant tout pour sa santé physique. Ici, le concept de santé relève prioritairement du domaine biomédical. Ce domaine s'approprie aussi le concept de spiritualité. Ce que nous recherchons, ce sont surtout les enjeux théologiques et pastoraux qui découlent de cette approche.

Le besoin d'intégrer la dimension spirituelle dans les soins ne fait objet d'aucun doute. Nous en voudrions pour preuve ce constat fait par Guy Jobin, dans une étude lexicale du concept à partir de la littérature biomédicale comprise entre 1971 et 2011. L'auteur note que l'usage du concept de spiritualité est dans une croissance exponentielle. En effet, sur 1419 articles répartis selon les décennies, ce thème n'apparaît pas entre 1961 et 1970 ; il est repris une seule fois entre 1971 et 1980 ; 11 fois entre 1981 et 1990 ; 215 fois entre 1991 et 2000 ; 1192 fois entre 2001 et août 2010¹⁰⁰.

En Belgique, les éditions Lumen vitae ont ouvert, depuis 2011, une collection dénommée *Soins et Spiritualités*. Elle en est à son 6^{ème} volume¹⁰¹. Regroupant différents chercheurs et praticiens attentifs au monde de la santé, cette collection tente de rapprocher deux concepts qui se côtoient dans les établissements de santé : soins et spiritualité.

¹⁰⁰ Cf. Guy JOBIN, *La spiritualité : facteur de résistance au pouvoir biomédical de soigner ?*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale*, 266 (2011), p. 131 ; ID., *Des religions à la spiritualité : une approche biomédicale du religieux dans l'hôpital* (Soins et Spiritualités, 3), Bruxelles, Lumen Vitae, 2012, p. 5.

¹⁰¹ On se reportera à Eckhard FRICK, *Se laisser guérir : réflexion spirituelle et psychanalytique* (Soins et Spiritualités, 1), Bruxelles, Lumen vitae, 2011 ; Guy JOBIN, *Des religions à la spiritualité : une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital* (Soins et Spiritualités, 3), Bruxelles, Lumen vitae, 2012 ; Stefanie MONODE-ZORZI, *Soins aux personnes âgées : intégrer la spiritualité ?* (Soins et Spiritualités, 2), Bruxelles, Lumen vitae, 2012 ; Thierry COLLAUD, *Démence et résilience : mobiliser la dimension spirituelle* (Soins et Spiritualités, 2), Bruxelles, Lumen vitae, 2013 ; Karlijn DEMASURE (éd.), *Se relever après l'abus sexuel : accompagnement psycho-spirituel des survivants* (Soins et Spiritualités, 5), Bruxelles, Lumen vitae, 2014 ; Marc DESMET, *Vivre la gestion hospitalière : une question spirituelle ?* (Soins et Spiritualités, 6), Bruxelles, Lumen vitae, 2015.

Partant de ces deux observations, nous pouvons affirmer que l'intérêt pour l'intégration de la spiritualité dans les soins est indéniable. Plusieurs facteurs, tant sociaux, anthropologiques que médicaux expliquent cet engouement : l'hyper - technicité de la médecine, une médecine *compartimentée*, la sécularisation, la pluralité du concept de spiritualité, etc. C'est dans un contexte de déshumanisation de l'hôpital que des voix s'élèvent depuis quelques décennies pour demander une prise en charge holistique du patient. Ce qui ouvre la voie à l'intégration de la dimension spirituelle dans les soins.

Mais, comme le fait remarquer Guy Jobin :

« Il ne s'agit pas d'un retour du religieux traditionnel, celui qui a été plus ou moins refoulé par la sécularisation des sociétés occidentales et, dans plusieurs de ces sociétés, par la laïcisation des institutions de soin (...), le "spirituel" qui surgit maintenant dans les institutions sanitaires contemporaines est abordé et conçu de manière différente que ce qui était désigné comme religieux dans les « hôtels-dieu » et dans les hôpitaux confessionnels »¹⁰².

Ainsi, en biomédecine, le concept de spiritualité ne désigne pas nécessairement la dimension religieuse¹⁰³. Et lorsque les soignants parlent de spiritualité, c'est dans leur propre jargon qu'ils le font ; c'est dans une langue vernaculaire médicale qu'ils s'expriment¹⁰⁴. Mais que disent-ils ? Quel est le contenu qu'ils donnent à cette dimension qu'ils veulent intégrer dans le soin ?

Il n'existe pas une définition unique du concept de spiritualité en biomédecine. Eckhard Frick comprend la spiritualité comme lieu de réconciliation avec les limites de la vie humaine. Voilà pourquoi cet auteur considère l'hôpital comme un lieu spirituel, c'est-à-dire un lieu où l'on se bat avec les limites de la vie humaine, ainsi que les limites de la science et de la technique auxquelles se heurtent toujours à nouveau les médecins, le personnel hospitalier et les patients. Pour cet auteur, la spiritualité est aussi une ouverture à la transcendance¹⁰⁵.

Pour sa part, Thierry Collaud définit la spiritualité comme l'harmonie au-delà de l'absurde. C'est la capacité de vivre pleinement dans le monde et de découvrir l'harmonie dans toutes les

¹⁰² Guy JOBIN, *Des religions à la spiritualité : une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital*, p. 5-6.

¹⁰³ Cf. Dominique JACQUEMIN, *Quand l'autre souffre : éthique et spiritualité*, p. 58 ; ID., *Spiritualité : il est question de soigner*, dans Dominique JACQUEMIN et Didier DE BROUCKER (éd.), *Manuel de soins palliatifs : définition et enjeux, pratique de soins et accompagnement, psychologie et éthique*, Paris, Dunod, 2012, 3^{ème} édition, p. 771.

¹⁰⁴ Cf. Guy JOBIN, *Êtes-vous en belle santé ? Sur l'esthétisation de la spiritualité en biomédecine*, dans Guy JOBIN, Jean-Marie CHARRON et Michel NYABENDA (éd.), *Spiritualité et biomédecine : enjeux d'une intégration*, Presses de l'Université Laval, 2013, p. 41.

¹⁰⁵ Cf. Eckhard FRICK, *Se laisser guérir : réflexion spirituelle et psychanalytique*, p. 32-33.

dimensions visibles et invisibles de la vie. Ce qui donne une ouverture possible pendant le temps de la maladie¹⁰⁶.

Lytta Basset voit dans la spiritualité un processus de guérison, c'est-à-dire un processus de « restauration de la capacité relationnelle de la personne souffrante, son expérience nouvelle ou renouvelée d'être reliée à l'AUTRE, aussi bien humain que divin »¹⁰⁷.

Cette diversité des définitions traduit la complexité de la question de spiritualité en biomédecine. Nous ne prétendons pas épuiser le sujet. Pour ne pas disperser nos idées, nous nous limiterons à la pensée de deux auteurs spécialistes de la question. Il s'agit du belge Dominique Jacquemin et du canadien Guy Jobin, tous deux théologiens et spécialistes de la biomédecine. Le choix de ces auteurs est guidé par l'intérêt qu'ils portent à cette question dans leurs recherches. Le premier l'aborde à partir de la pratique soignante, tandis que le second part de la production théorique dans le domaine. Mettre en discussion nos deux auteurs, c'est mettre en dialogue la théorie et la pratique, afin de mieux comprendre les enjeux épistémologiques de l'intégration de la dimension spirituelle dans la prise en charge globale du patient. Dominique Jacquemin plaide pour une dimension spirituelle à découvrir et à soutenir au sein même de la pratique de soin, tandis que Guy Jobin étudie l'appropriation du concept de spiritualité par la biomédecine et son instrumentalisation.

1.6.1. Dominique Jacquemin et le concept de mouvement d'existence du sujet

De Dominique Jacquemin, nous retenons la notion de la spiritualité comme *mouvement d'existence du sujet*¹⁰⁸. Tel est le concept-clé autour duquel gravite toute la pensée de l'auteur sur le lien entre souffrance, soins et spiritualité. Ces trois concepts n'épuisent pas la pensée de l'auteur élaborée dans une perspective éthique. Nous nous limitons ainsi à ce qui touche directement à notre objet d'étude.

L'auteur définit la vie spirituelle comme « un mouvement portant l'existence et portée par le sujet souffrant, incluant d'une manière inséparable le corps, la dimension psychique, éthique

¹⁰⁶ Thierry COLLAUD, *Démence et résilience : mobiliser la dimension spirituelle*, p. 21.

¹⁰⁷ Lytta BASSET, *La guérison, restauration de la capacité de relation*, dans *Sciences pastorales*, 24 (2005), p. 14.

¹⁰⁸ Cf. Dominique JACQUEMIN, *La confrontation à la souffrance : un lieu pour penser le lien entre éthique et spiritualité*, dans Daniel LEBOUL et Dominique JACQUEMIN (éd.), *Spiritualité : interpellation et enjeux pour le soin et la médecine* (Les Carnets de l'espace éthique de Bretagne occidentale, 2), Montpellier, Sauramps médical, 2010, p. 53-78 ; ID., *Quand l'autre souffre : éthique et spiritualité*, Bruxelles, Lessius, 2010, p. 73-75 ; ID., *Soins palliatifs : entre rationalité, spiritualité et existence*, dans Dominique JACQUEMIN et Didier DE BROUCKER (éd.), *Manuel de soins palliatifs*, 4^{ème} édition revue et augmentée, Paris, Dunod, 2014, p. 125-131 ; ID., *Spiritualités : quelle place leur accorder dans les soins ?* Conférence Sésame-mars 2012 (www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/ebim/documents/Sesame-spiritualites.pdf, page consultée le 24 février 2015).

et religieuse-transcendante de la vie du sujet »¹⁰⁹. Cette définition repose sur une certaine vision anthropologique. En effet, l'homme est ici conçu comme un tout constitué de quatre dimensions : le corps, la dimension psychique, la dimension éthique et la dimension religieuse-transcendante. Inséparables, ces quatre pôles interagissent les uns les autres. L'affection de l'un entraîne le déplacement de ce qui pose le sujet singulier dans la totalité de son existence¹¹⁰. Pour bien s'en apercevoir, il faut situer l'homme dans les péripéties de son existence. À certains moments de sa vie, souligne l'auteur, l'homme connaît des crises qui mettent en jeu, de façon plus ou moins violente, l'équilibre de son mouvement d'existence. Lorsqu'une personne est atteinte dans son corps, affirme Dominique Jacquemin, c'est la totalité de sa vie qui se trouve conduite dans un autre mouvement. L'homme va ainsi éprouver une souffrance qui se traduira dans les différents pôles qui constituent sa vie spirituelle. En ce sens, une pathologie grave entame aussi bien le corps, l'équilibre psychique, la visée du bien et la foi et le rapport à la transcendance. De même, l'importance de certains soucis peut conduire à des troubles somatiques, tels l'hypertension, les troubles digestifs, les maux de dos, etc. Une dépression peut affecter également le corps en termes d'amaigrissement, de fatigue, etc. L'interrogation éthique peut avoir des répercussions dans le rapport au corps, dans la vie psychique et dans la relation à la Transcendance¹¹¹.

Pour décrypter la dimension spirituelle dans le vécu du patient, l'auteur invite à concevoir la maladie comme une *crise existentielle*¹¹². Atteint dans son mouvement d'existence, le patient est confronté à un processus de *déconstruction-reconstruction*. La maladie déclenche en lui un changement radical dans le rapport à soi, à l'autre/Autre, au temps. Dès lors, le malade s'interroge sur ce qu'il est et sur ce qu'il vit. En outre, le temps de sa propre histoire est dorénavant soumis à une autre perspective. La maladie lui impose de se resituer dans sa propre histoire suite à une cassure temporelle qui s'impose à lui. Le patient est ainsi écartelé entre un avant et un après de sa maladie. Pour lui, plus rien n'est comme avant, affirme Dominique Jacquemin¹¹³.

Au cœur de la maladie, écrit l'auteur, « le patient vit une expérience peu ordinaire. En même temps qu'il est dans l'attente d'une certaine restauration de son corps, il se doit également de

¹⁰⁹ ID., *Quand l'autre souffre : éthique et spiritualité*, p. 73.

¹¹⁰ Cf. *Ib.*, p. 73.

¹¹¹ Cf. Dominique JACQUEMIN, *Quand l'autre souffre : éthique et spiritualité*, p. 73-74 ; ID., *La confrontation à la souffrance : un lieu pour penser le lien entre éthique et spiritualité*, p. 56-58.

¹¹² Cf. ID., *Quand l'autre souffre : éthique et spiritualité*, p. 61-64 ; ID., *La confrontation à la souffrance : un lieu pour penser le lien entre éthique et spiritualité*, p. 62-65.

¹¹³ Cf. ID., *Quand l'autre souffre : éthique et spiritualité*, p. 62.

se restaurer lui-même en se resituant au cœur de sa propre histoire, dans l'horizon des valeurs qui sont les siennes tout en laissant place au temps pour qu'un processus de guérison - comme réorientation - puisse trouver son chemin »¹¹⁴. Au fond, c'est la question du sens qui se trouve radicalement posée¹¹⁵.

Pour se relever, le patient a besoin d'une aide. En ce sens, les soins doivent être envisagés comme un *prendre soin*¹¹⁶. En temps de maladie, estime l'auteur, l'homme fait l'expérience d'une fragilité constitutive de son existence. Confronté à une part de lui-même qui ne lui est pas familière, le patient éprouve un sentiment d'insécurité qui ouvre une brèche dans le relatif équilibre que constituait sa bonne santé. En situation de souffrance, il expérimente une image de lui-même qu'il aurait peut-être occulté en temps de bonne santé. Confronté à la souffrance, il se trouve en situation de dépendance et d'un appel à l'autre, d'un appel à l'aide¹¹⁷.

Toutes ces souffrances conduisent à envisager les soins sous un double appel : un *appel à venir en présence* et un *appel à prendre soin*. Le premier volet invite le soignant à sortir de la dimension routinière et technique de sa pratique, afin de l'appréhender comme un lieu de rencontre où il est attendu. Le deuxième volet, quant à lui, permet de penser les soins non plus comme un ensemble de tâches à accomplir, mais bien comme un moment où il est question de rencontrer le patient dans l'ensemble de ce qu'il vit et de lui venir en aide¹¹⁸. Ainsi, les soins comme *prendre soin* invitent à être attentif aux besoins du patient en vue de restaurer son mouvement d'existence.

À la suite de Lytta Basset, Dominique Jacquemin conçoit la spiritualité comme processus de guérison¹¹⁹. En temps de maladie, les ressources spirituelles sont considérées comme lieu de restauration de la capacité de relation à soi et à l'autre/Autre, aussi bien humain que divin. Dans cette perspective, la spiritualité se réfère au souffle qui est au cœur du mouvement d'existence du sujet souffrant. Ce souffle qui est inscrit au plus profond du patient est trace active de la présence de Dieu. Il restaure la personne en articulant les quatre pôles qui constituent son mouvement : physique, psychique, éthique, religieux-transcendant. En d'autres termes, ce

¹¹⁴ *Ib.*, p. 63.

¹¹⁵ Cf. ID., *La confrontation à la souffrance : un lieu pour penser le lien entre éthique et spiritualité*, p. 62-63.

¹¹⁶ Cf. ID., *Quand l'autre souffre : éthique et spiritualité*, p. 55-58; ID., *La confrontation à la souffrance : un lieu pour penser le lien entre éthique et spiritualité*, p. 59-61.

¹¹⁷ Cf. Dominique JACQUEMIN, *Quand l'autre souffre : éthique et spiritualité*, p. 55-56; ID., *La confrontation à la souffrance : un lieu pour penser le lien entre éthique et spiritualité*, p. 59-60.

¹¹⁸ Cf. ID., *Quand l'autre souffre : éthique et spiritualité*, p. 57.

¹¹⁹ Sur cette notion, on se reportera à Dominique JACQUEMIN, *Quand l'autre souffre : éthique et spiritualité*, p. 68-70.

souffle opère l'unification du mouvement d'existence qui porte le sujet. En ce sens, écrit Dominique Jacquemin :

« C'est en laissant place à ce mouvement intérieur, à ce souffle, que le patient pourra advenir à une certaine unité, déplacée certes de ses perceptions antérieures d'une vie réussie, mais s'attestant comme une nouvelle clé de voûte de ce qui tient son existence au cœur de ce qu'il vit : restauration du sens de l'existence, pour soi, au regard des autres et sous le regard de Dieu pour le croyant »¹²⁰.

Concevoir la spiritualité comme *mouvement d'existence du sujet*, n'est pas sans conséquences, estime l'auteur. Deux conséquences retiennent notre attention¹²¹ :

Premièrement, l'auteur affirme que chacun de ces quatre pôles du mouvement d'existence (le corps, la dimension psychique, la dimension éthique et la dimension religieuse-transcendante) représente à égalité des voies d'accès possibles à la vie spirituelle. Chacun, à son ordre propre, y concourt avec des répercussions sur les autres. En ce sens, l'auteur conçoit les soins donnés au corps comme étant un lieu spirituel. Le soignant n'a donc pas à chercher cette dimension dans un ailleurs. Elle est d'ores et déjà inscrite dans sa propre pratique. Il ne s'agit pas d'un surplus de soin. Il s'agit plutôt d'une dimension à découvrir et à soutenir.

Deuxièmement, l'auteur souligne que l'articulation conjointe de ces quatre pôles représente une invitation à ne pas morceler le sujet souffrant. Elle invite également à ne pas se tromper de réponse dans la rencontre avec le patient. Selon Dominique Jacquemin, qu'on ait accès à la vie spirituelle du malade par le biais du corps, de la vie psychique, de l'interrogation éthique ou par la dimension religieuse-transcendante, c'est l'ensemble des professionnels (soignant, psychologue, aumônier, etc.) qui concourent à une même dynamique de la prise en charge. Le paradigme du mouvement d'existence permet à cette commune participation de se réaliser sans concurrence, quitte à chacun d'y prendre part à travers le pôle qui lui est propre.

Concevoir la spiritualité comme mouvement d'existence du sujet rejoint l'idée de la prise en charge globale de la personne vivant avec le VIH/SIDA. En effet, entré par le pôle physique, l'infection affecte l'homme dans toutes les dimensions (physique, psychique, éthique, religieuse-transcendante). Chaque intervenant est concerné par la spiritualité, mais chacun y participe à partir de son pôle propre.

¹²⁰ *Ib.*, p. 69.

¹²¹ Cf. *Ib.*, p. 74 ; ID., *La confrontation à la souffrance : un lieu pour penser le lien entre éthique et spiritualité*, p. 58.

Soulignons par ailleurs que le souci d'intégrer la dimension spirituelle dans les soins ne se fait pas sans critique. Guy Jobin est l'un de ceux interroge la biomédecine sur cette notion.

1.6.2. Guy Jobin et la critique du concept de spiritualité en biomédecine

De Guy Jobin, nous retenons l'idée d'appropriation biomédicale du concept de spiritualité¹²². La thèse centrale de l'auteur est la suivante : si la biomédecine s'intéresse à l'intégration des ressources spirituelles dans les soins, c'est pour un intérêt clinique qu'elle le fait. En d'autres termes, il s'agit d'une appropriation biomédicale en vue de soigner¹²³. Ou pour le dire autrement, si les soignants et les chercheurs en biomédecine s'intéressent aux ressources spirituelles, c'est parce qu'ils y voient un bénéfice thérapeutique¹²⁴. Cette appropriation est une instrumentalisation¹²⁵.

Pour comprendre cette thèse, et dans le but d'éclairer notre recherche, nous allons parcourir en deux temps la pensée de notre auteur : la définition du concept et son appropriation biomédicale.

1.6.1.1. Spiritualité : un concept biomédical ?

Nous venons de voir avec Guy Jobin que lorsque les soignants parlent de spiritualité, c'est dans une langue vernaculaire médicale qu'ils s'expriment. Voilà pourquoi, dans ses définitions du concept, la biomédecine commence par établir une distinction entre spiritualité et religion. La première relève d'une dimension intérieure et privée, tandis que la seconde est perçue comme un ensemble de croyances et de comportements codifiés et ritualisés partagés par une communauté¹²⁶.

Multiplés sont les définitions du concept de spiritualité, comme nous venons de le voir. Guy Jobin en relève quatre caractéristiques : la quête de sens et d'authenticité, la relationalité, l'harmonisation et l'universalité¹²⁷. Par sa vie spirituelle en temps de maladie, l'homme est à la quête de ce qui fait son unicité et son authenticité. Il fait l'expérience de sa capacité à entrer en

¹²² Cf. Guy JOBIN, *Des religions à la spiritualité : une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital* (Soins et Spiritualités, 3), Bruxelles, Lumen vitae, 2012 ; ID., *Êtes-vous en belle santé ? Sur l'esthétisation de la spiritualité en biomédecine*, dans Guy JOBIN, Jean-Marc CHARRON et Michel NYABENDA (éd.), *Spiritualités et biomédecine : enjeux d'une intégration*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2013, p. 41-61 ; ID., *Spiritualité : facteur de résistance au pouvoir biomédical de soigner ?*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale*, 266 (2011), p. 131-149.

¹²³ Cf. ID., *La spiritualité : facteur de résistance au pouvoir biomédical de soigner ?*, p. 131.

¹²⁴ Cf. ID., *Êtes-vous en belle santé ? Sur l'esthétisation de la spiritualité en biomédecine*, p. 41.

¹²⁵ Cf. ID., *La spiritualité : facteur de résistance au pouvoir biomédical de soigner ?*, p. 132.

¹²⁶ Cf. ID., *Des religions à la spiritualité : une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital*, p. 11-14.

¹²⁷ Cf. *Ib.*, p. 15-17.

relation avec un autre/Autre, et donc son ouverture à l'altérité. Il veut restaurer une certaine harmonie avec lui-même et avec l'autre/Autre aussi bien humain, cosmique que divin. Toutes ces aspirations sont inscrites en chaque homme comme dimension essentielle et intrinsèque. D'où leur universalité.

Outre ces quatre caractéristiques, Guy Jobin relève quelques variations liées aux différentes disciplines qui interviennent dans les soins, notamment les sciences infirmières, la psychologie, la médecine et le service social. De ces quatre disciplines retenues par l'auteur, ce sont les sciences infirmières qui ont le plus étudié la question des ressources spirituelles. En soins infirmiers, en effet, le concept de spiritualité est envisagé au travers des théories de besoins spirituels, de détresse spirituelle, d'évaluation spirituelle et de soins spirituels.

Les besoins sont liés à soi (besoin du sens et du but de la vie, d'espoir, d'accepter la mort et de s'y préparer, de se confier à quelqu'un et d'obtenir son pardon), aux autres (besoin de pardonner les autres, de s'adapter à la perte d'un être cher), à la Transcendance (besoin d'assurance de l'existence de Dieu ou d'une Puissance ultime dans l'univers, de croire que Dieu est amour, de faire l'expérience de la présence de Dieu, de louer et de servir Dieu, etc.). Ces besoins sont aussi ceux qui consistent à donner un sens à la vie, à la maladie, à la mort ou encore de contribuer à une sécurité pour le présent et le futur, d'être un guide des habitudes quotidiennes de vie, d'animer l'acceptation ou le rejet des autres, de fournir un appui psychosocial dans un groupe de pairs, de donner de la force lors des épreuves liées aux crises et l'appui pour la guérison¹²⁸.

La détresse spirituelle, quant à elle, est intimement liée aux besoins spirituels. Elle exprime « un état d'inconfort spirituel causé par l'épisode morbide que vit le patient »¹²⁹. Dans cet état d'inconfort spirituel, le patient fait l'expérience d'une perturbation des repères par lesquels il définissait les valeurs, la croyance, l'espoir, le sens de la vie, etc. Cette détérioration crée en lui de l'angoisse. C'est donc autour de cette détresse spirituelle que s'articuleront les soins spirituels infirmiers. L'objectif de cette intervention est d'aider le patient à sortir de la détresse afin de cheminer vers le bien-être spirituel ou la spiritualité en santé et de donner ainsi sens à l'épisode morbide. Le bien-être spirituel est caractérisé par une affirmation de la vie, la paix,

¹²⁸ Cf. *Ib.*, p. 27.

¹²⁹ *Ib.*, p. 28.

l'harmonie et la relationalité. Les soins spirituels infirmiers consistent à accompagner le patient dans sa quête de sens et promouvoir une harmonie corps-âme-esprit¹³⁰.

En sciences infirmières, les ressources spirituelles sont contrôlées et évaluées à l'aide des certains outils cliniques mis à la disposition du soignant. En ce sens, la promotion d'un accompagnement spirituel va de pair avec la visée soignante. Voilà pourquoi les sciences infirmières revendiquent à cor et à cri sa légitimité clinique des soins spirituels¹³¹. Mais, selon Guy Jobin, l'appropriation biomédicale du concept est une entreprise à la fois de réduction et d'esthétisation.

1.6.1.2. Une entreprise de réduction

Selon Guy Jobin, affirmer que l'appropriation biomédicale des sources spirituelles est une entreprise de réduction ne relève pas d'une mauvaise volonté. C'est plutôt une description d'un travail que les instances cliniques et les recherches biomédicales opèrent sur les ressources spirituelles et religieuses. La spiritualité est perçue comme un simple adjuvant du soin, et donc un facteur pouvant influencer les questions de santé. L'auteur n'est pas surpris par cette approche réductionniste, car selon lui :

« La réduction est la procédure habituelle de la biomédecine. La réduction de la souffrance à la douleur et la réduction de la personne à ses organes malades ont été identifiées comme les mécanismes permettant l'intervention sur les corps malades. Une telle réduction fut la cause des accusations de déshumanisation entraînées par l'exercice de la médecine technoscientifique »¹³².

Pareille vision réductionniste s'inscrit dans un contexte caractérisé par le souci de la thérapie. En pareil contexte, souligne Guy Jobin :

« La valeur d'une chose ou d'un geste sera mesurée à l'aune de son efficacité, de sa contribution positive aux processus de réparation et aux processus de guérison. En effet, tout ce qui permettra de restaurer l'intégrité, tout ce qui pansera la blessure, voire tout ce qui pourra prévenir la menace de blessure, sera apprécié de manière positive. C'est dire que dans une société de la thérapie, la mesure de la légitimité des pratiques, des discours, voire des théories est l'apport bénéfique au soin, c'est-à-dire l'effet bénéfique ou, du moins, l'effet correctif sur des états morbides pour lesquels une intervention est possible »¹³³.

¹³⁰ Cf. *Ib.*, p. 29.

¹³¹ Cf. *Ib.*, p. 31-32.

¹³² ID., *La spiritualité : facteur de résistance au pouvoir biomédical de soigner ?*, p. 139-140.

¹³³ *Ib.*, p. 140-141.

Par ailleurs, estime Guy Jobin, l'entreprise de réduction *détraditionalise* la spiritualité. Par *détraditionalisation*, l'auteur entend le désancrage des croyances et des pratiques. Ainsi, ne faisant plus nécessairement système avec les traditions qui les ont produites, ces croyances et ces pratiques acquièrent une forme d'autonomie qui peut aller jusqu'à occulter leur origine et leur signification religieuse. En ce sens, la spiritualité devient un objet du marché, disponible à souhait et sans attaches contraignantes. C'est la marchandisation des ressources spirituelles. C'est donc dans une logique d'absorption que l'intégration des ressources spirituelles se réalise ou veut se réaliser dans le champ biomédical. C'est la volonté de faire de la spiritualité un adjuvant des soins¹³⁴.

Par son entreprise de réduction, la biomédecine s'accapare de la régulation des ressources spirituelles. Les traditions chrétiennes qui avaient le monopole se trouvent désappropriées. C'est désormais la biomédecine qui commande la mobilisation de ces ressources dans les soins. Cette entreprise de réduction va de pair avec l'esthétisation des ressources spirituelles en temps de maladie.

1.6.1.3. L'esthétisation de la spiritualité par la biomédecine

Par esthétisation des ressources spirituelles en temps de maladie, Guy Jobin entend cet aspect de la pensée médicale centrée sur la beauté et l'harmonie fonctionnelle du corps humain en état de santé. En d'autres termes, « la spiritualité est idéale et belle. Elle est traitée en biomédecine sous la logique d'une idéalisation esthétique »¹³⁵.

Eu égard à ce qui précède, le statut de l'accompagnement spirituel en milieu hospitalier de Kinshasa reste encore préciser. En effet, alors que le PNLS préconise une approche basée sur le concept de spiritualité, le service d'aumônerie se cantonne dans une approche basée sur les rites. Que l'organigramme de l'hôpital saint Joseph place le service social et le service pastoral dans une même rubrique, cela n'est pas anodin. On peut le vérifier également dans la pratique. Deux services partagent un même local. C'est le service social qui organise la liturgie en semaine. L'accompagnement spirituel de la personne vivant avec le VIH/SIDA est assumé par les assistants sociaux. Ne s'agit-il pas là d'une démission de la part de l'aumônerie ? Service social et service pastoral ont-ils une même conception du concept de spiritualité ?

¹³⁴ Cf. *Ib.*, p. 141-142.

¹³⁵ Cf. *ID.*, *Êtes-vous en belle santé ? Sur l'esthétisation de la spiritualité en biomédecine*, p. 55.

Par ailleurs, il ressort de ce qui précède que le PNLS a une conception biomédicale du concept de spiritualité. L'accompagnement spirituel est envisagé dans une perspective des soins. Si on aide le patient à résoudre ses problèmes spirituels, c'est en vue de soigner. Ceci crée confusion et amalgame. Service social, aumônerie, nursing font-ils une même mission ? Certes, concevoir la spiritualité comme mouvement d'existence du sujet permet de comprendre que chacun doit agir à partir de son propre pôle. Mais, où est passé le service d'aumônerie ? La réponse à cette série de questions demande de s'arrêter un instant pour cerner les enjeux théologiques et pastoraux qui se dégagent de différents registres que nous venons de parcourir.

1.7. Enjeux théologiques et pastoraux

Alors que le PNLS et la biomédecine élabore leurs théories du concept de spiritualité et d'accompagnement pastoral, la pastorale et ce parent pauvre qui hésite, tâtonne et démissionne. La spiritualité est une appropriation biomédicale d'une réalité qui, au départ faisait l'objet du savoir religieux. Dorénavant, ce concept fait partie de ces deux univers de discours, irréductibles l'un et l'autre. Ni la pastorale, ni la biomédecine, aucune d'elles ne peut en revendiquer le monopole. Penser le statut de l'accompagnement spirituel d'un point de vue théologique et pastoral est-ce concilier l'inconciliable ?

Les différents acteurs qui disent pouvoir offrir les soins spirituels concourent à une même réalité : la prise en charge globale du sujet souffrant. Celui-ci est envisagé dans la totalité de son *être au monde*. Le premier enjeu théologique et pastoral ne serait-il pas d'ordre anthropologique ? En effet, au cœur de la définition de la spiritualité comme *mouvement d'existence du sujet*, se trouve une image d'homme perçu dans son unité organique du corps, de la vie psychique, du pôle éthique et de la dimension religieuse-transcendante. Cette vision anthropologique rejoint celle du PNLS lorsqu'il parle d'une prise en charge globale ainsi que celle de l'OMS qui définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et la spiritualité comme tout ce qui touche aux aspects de la vie humaine liés aux expériences qui transcendent les phénomènes sensoriels. Bien que faisant objet de critique, cette définition de l'Organisation Mondiale de la Santé sert de cadre de référence épistémologique dans l'approche du concept de santé. Formulée peu après la deuxième guerre mondiale, la définition de santé préconisée par l'OMS n'a jamais été abandonnée par son auteur. Nous n'entrons pas dans ce débat. Ce que nous retenons pour notre recherche, c'est la vision

holistique de l'homme qui découle de ces définitions. L'homme est vu dans sa globalité et dans son unité. Il n'est pas la somme des parties, mais un tout constitué des parties.

De ces définitions, nous retenons également le concept d'état. En tant que mouvement d'existence du sujet, la spiritualité traduit un état qui n'est pas statique, mais dynamique. Si donc spiritualité est à comprendre en termes d'état et que l'homme est pris dans sa totalité de son *être au monde*, nous pouvons affirmer que la vision anthropologique biomédicale constitue le premier enjeu théologique et pastoral pour une possible définition du statut de l'accompagnement spirituel en milieu hospitalier. Parce qu'il s'agit de l'homme envisagé dans sa totalité, le langage biomédical et le langage théologique trouvent ici un lieu commun. Il est question de l'homme à prendre en charge. Affirmer ainsi ne veut cependant pas dire que les deux registres ont une même source d'inspiration. La biomédecine parle de l'homme à partir de la raison, tandis que la théologie l'envisage à la lumière de la Révélation. Mais raison et Révélation se rencontrent dans le discours théologique. Puisque les deux registres ont une vision holistique de l'homme, l'idée de la totalité de l'homme constitue la première base pour un possible dialogue.

Le deuxième enjeu théologique et pastoral est la notion de soins, qu'il s'agisse de la maladie comme crise, du prendre soin ou de la théorie des besoins spirituels.

Conclusion

Ce chapitre nous a permis de comprendre la réalité du VIH/SIDA en RD Congo, en général et à Kinshasa, en particulier. La controverse de la découverte, la structure du virus, le mode de transmission et de non-transmission, les différentes phases de l'évolution de la maladie dans l'organisme humain, la situation épidémiologique, tels sont des éléments qui montrent combien la pandémie est à combattre partout et par tous. Les différents volets de la prise en charge que nous venons de parcourir le montrent également : il faut l'implication de tous.

Dans ce chapitre, l'enjeu était de situer l'accompagnement spirituel dans cette prise en charge dite globale. Il ressort de ces trois registres que nous venons d'explorer que les différentes perceptions de l'accompagnement spirituel ont leurs points de convergences et de divergences. Le PNLS présente une approche élaborée et développée en matière de l'accompagnement spirituel de la PVVIH, mais celui-ci n'est considéré que comme un simple soutien. Le mot prise en charge est réservé au seul volet médical. En ce sens, la dimension spirituelle constitue un adjuvant à la prise en charge médicale ou un aspect du counseling d'adhésion. Dans cette perspective, si le patient doit résoudre ses problèmes spirituels, c'est surtout en vue de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie que tente de lui procurer le traitement antirétroviral.

Il est néanmoins intéressant de constater que le PNLS pose aussi des questions d'ordre théologique, à savoir : image de Dieu, lien entre le VIH/SIDA et le péché, guérison-miracle, sens de la vie aux prises avec la souffrance, question de la mort, sens du pardon et de réconciliation, la prière, la foi. Il souligne également l'importance du mandat ecclésial, car estime-t-il, nul il ne peut prétendre offrir un soutien spirituel s'il n'a été mandaté par l'autorité compétente de sa communauté de foi.

Le PNLS offre ainsi à la pastorale un véritable *kairos* pour repenser son agir dans la prise en charge globale de la PVVIH. Hélas, la pastorale ne semble pas saisir la balle au bond. Le counseling pastoral fait cruellement défaut. Le service d'aumônerie ne mentionne pas clairement la place de l'accompagnement spirituel auprès du patient séropositif. Son agir est organisé autour de 4 rubriques suivantes: sacrements, prière, visite aux malades, entretien avec les patients, avec le personnel médical et paramédical. Cette orientation n'est pas loin de ce que prévoit le Décret de la Congrégation pour le culte divin qui écrits à propos des sacrements des malades :

« L'Église manifeste cette sollicitude [divine] de diverses manières : elle visite ceux dont la santé est atteinte, elle leur apporte soulagement par le Sacrement de l'Onction ; elle refait leurs forces par le sacrement de l'Eucharistie, soit au cours de la maladie, soit quand ils sont en danger de mort ; enfin, elle prie pour eux et les confie à Dieu, surtout quand ils arrivent à leur dernière heure »¹³⁶.

L'organigramme de l'hôpital saint Joseph place le service social et le service pastoral dans une même rubrique. Il ne s'agit pas d'un fait anodin. Dans la pratique, les deux services partagent un même local. Et, l'accompagnement spirituel (basé sur le concept de spiritualité et non pas sur les rites) est laissé entre les mains des assistants sociaux.

La pensée de Dominique Jacquemin nous a permis de comprendre la spiritualité comme mouvement d'existence du sujet. En ce sens, la spiritualité est d'ores et déjà inscrite dans la pratique des soins. Chacun des intervenants prend en charge la dimension spirituelle à partir du pôle révolu à sa propre pratique. Car il faut soigner le patient dans toutes les dimensions. Cette vision holistique de l'homme et des soins permet d'établir un lien entre soins et spiritualité en temps de maladie.

Guy Jobin a attiré notre attention sur le risque d'instrumentalisation du concept de spiritualité dans les soins. Le PNLS ne recourt-il pas à cette dimension existentielle en vue de soigner ? Mais où est passé le service pastoral ? Doit-il continuer à se confiner dans une approche basée sur les rites ? La réalité de la souffrance causée par le VIH/SIDA ne demande-t-elle pas d'aller beaucoup plus loin afin de rencontrer réellement la personne infectée ? Les patients *perdus de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH ne sont-ils pas une interpellation adressée à la pastorale pour qu'elle repense sa pratique ?

¹³⁶ CONGRÉGATION POUR LE CULTE DIVIN, *Décret*, dans *Sacrements pour les malades : pastorale et célébrations*, Paris, Chatelet-Tardy, 1977, p. 4.

DEUXIÈME CHAPITRE

**PATIENTS *PERDUS DE VUE* DE LA PRISE EN CHARGE DE
L'INFECTION À VIH : UN DÉFI À L'ACCOMPAGNEMENT
SPIRITUEL**

Le premier chapitre a passé en revue les principaux axes de la prise en charge globale et multidisciplinaire des personnes vivant avec le VIH/SIDA et y a décelé la place de l'accompagnement spirituel. Globale, dans la prise en compte de toutes les dimensions de la personne (physique, psychique, sociale et religieuse); multidisciplinaire, par son recours aux disciplines scientifiques telles la médecine, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, la théologie, etc.

Conçue de la sorte, cette prise en charge devrait permettre à la PVVIH d'adhérer au traitement et de le suivre avec rigueur le reste de sa vie. En d'autres termes, elle devrait l'aider à demeurer dans les closes de l'*alliance thérapeutique* scellé entre les deux parties. Mais, comme souligné, nous avons constaté que des patients abandonnent les soins, devenant ainsi des *perdus de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH. Ceci constitue un défi à la prise en charge globale du patient séropositif. Tous les acteurs impliqués dans cette prise en charge devraient se sentir interpellés, chacun selon le volet le concernant. Médecin, infirmier, assistant social, psychologue, aumônier, tous doivent se sentir concernés par ce constat amer. Nous ne saurons aborder tous ces volets, pour la simple raison que notre recherche n'est ni médicale, ni relevant des sciences infirmières, sociales, ni de la psychologie, mais de la théologie pratique. Ainsi, sans sous-estimer ni minimiser les autres domaines de recherche, nous nous intéressons avec une acuité particulière au volet spirituel de prise en charge. C'est ce qui explique le sous-titre du présent chapitre.

Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle les patients *perdus de vue* révèlent un sentiment d'insatisfaction et d'impuissance consécutif à une désarticulation, ou mieux à un *dialogue conflictuel* entre santé, souffrance et salut. Et, pour vérifier notre hypothèse, nous avons mené une enquête qualitative au sein des structures de santé administrées par le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) de l'archidiocèse de Kinshasa. Nous nous sommes intéressé également au Réseau National d'Organisation des Assises Communautaires des Groupes des Support des Personnes vivant avec le VIH/SIDA (RNOAC-GS/PVVIH). Ce

réseau non confessionnel, constitué des personnes vivant avec le VIH/SIDA, travaille en étroite collaboration avec le BDOM qui a le mérite d'avoir contribué à sa création.

Ce chapitre s'articule autour de trois points. Le premier décrit le BDOM de Kinshasa comme lieu d'insertion de la pratique que nous observons. Le deuxième présente le déroulement de l'enquête avant d'en présenter les résultats au troisième.

2.1. Brève présentation du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales de Kinshasa

Ayant son siège au quartier industriel, dans la commune de Limete¹³⁷, le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) de Kinshasa a vu le jour en octobre 1978. À cette date, le Cardinal Joseph-Albert Malula, alors archevêque de Kinshasa, avait demandé à deux médecins religieux (Docteur Bénédict Claus, religieuse de la Congrégation des sœurs de Saint André et Docteur Damien Cassiers, moine bénédictin) de créer un Bureau Diocésain des Œuvres Médicales pour coordonner et superviser les formations sanitaires existantes et d'en créer éventuellement d'autres.

À cette même période, le Ministère de la santé était résolument engagé dans l'orientation des soins de santé primaire¹³⁸ telle que préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ainsi, le BDOM collabora étroitement avec ce Ministère et l'Inspection médicale urbaine. Avec d'autres partenaires présents sur le terrain, il s'impliqua activement dans le projet gouvernemental dénommé *Santé pour tous à Kinshasa* qui commença en 1982. Dans la

¹³⁷ La dénomination de cette partie de la municipalité est consécutive à sa configuration géographique dans le monde des entreprises de Kinshasa. En effet, jusqu'en 1990, ce quartier fut le poumon de l'industrie de la capitale de la République Démocratique du Congo (RD. Congo). Cependant, suite aux pillages de septembre 1991 et de janvier 1993, il est devenu un cimetière industriel. À cette date en effet, les militaires impayés depuis des mois descendirent dans les rues de la Ville-Province, pillant magasins, industries, entrepôts, immeubles, maisons, etc. À la suite de ces hommes en uniforme, les civils mirent à sac la plupart des infrastructures mobilières et immobilières qui faisaient la fierté de la ville.

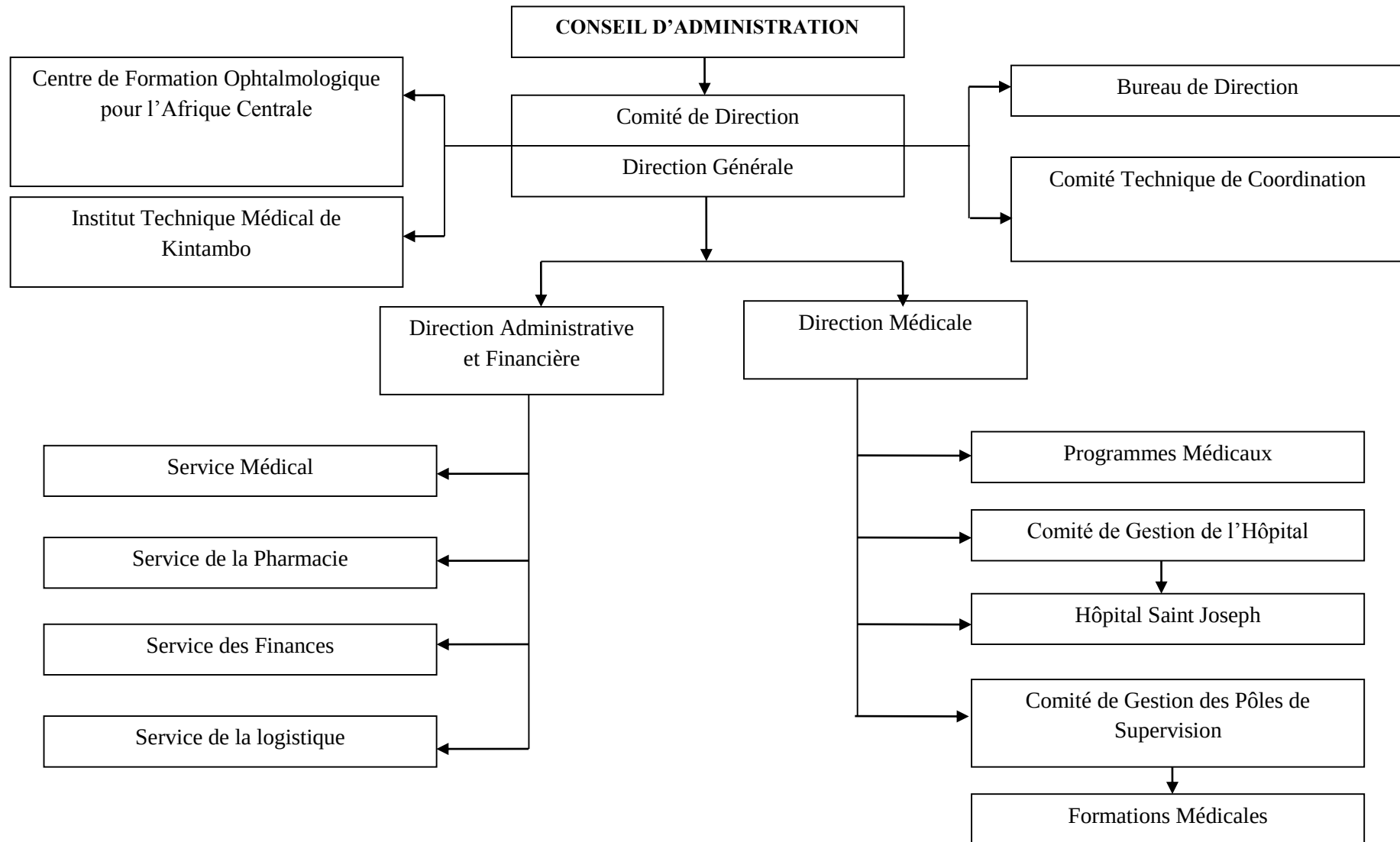
Face à cette situation désastreuse, la majeure partie des entreprises fermèrent leurs portes, versant ainsi le personnel au chômage. Les conséquences au niveau économique et social ne se firent pas attendre : la pauvreté et ses corollaires s'accrurent. De leur côté, les entrepreneurs en faillite avaient préféré plier bagage et vendre leurs concessions aussi bien celles abritant leurs usines que celles servant de résidence pour leur personnel. C'est dans ce contexte que plusieurs Congrégations religieuses achetèrent de grandes propriétés de ces entreprises en faillite pour en faire leurs maisons communautaires.

¹³⁸ Par soins de santé primaire, il faut entendre : « des soins essentiels, fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto - responsabilité et d'auto - détermination. Par accessibilité aux soins, il faut entendre l'accessibilité géographique, économique et culturelle à l'ensemble d'individus ou des communautés. Par pleine participation de la communauté dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination, il faut comprendre l'implication d'individus ou des communautés dans la prise de décision et la gestion effective des ressources et activités visant l'amélioration de son état de santé » (MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Recueil des normes de la zone de santé*, p.2-3).

dynamique de ce projet, fut réalisé le découpage de la ville de Kinshasa en Zones de santé. Aussi, furent mises en place les stratégies « Plaintes-Diagnostic-Traitement » nécessaires à la formation du personnel infirmier. Il en résulta la publication en 1988 du *Manuel du centre de santé* et du *Guide de l'accouchement pour une maternité sans risque*.

Il y eut progressivement l'ouverture de nouveaux centres de santé, surtout dans le secteur Est de la capitale, et de nouvelles maternités, notamment à Kisenso, à Kindele, à Lukunga et à Kikimi. Le BDOM transforma ses grands centres de santé en centres hospitaliers et créa un dépôt pharmaceutique pour approvisionner régulièrement toutes les formations médicales de son ressort. Avec l'apparition du VIH/SIDA, il contribua à assurer la sécurité transfusionnelle dans la ville en ouvrant dans la plupart de ses centres, des cellules d'accompagnement pour les personnes concernées en même temps qu'il s'impliqua dans la sensibilisation de la population, la formation des leaders, la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME) et le traitement spécifique des malades. Pour faire face à la malnutrition de la population de Kinshasa, le BDOM mit sur pied un service de réhabilitation nutritionnelle qui associa la distribution des vivres aux enfants mal nourris à la promotion de la culture parcellaire et des activités génératrices de revenus pour les mères (AGR).

ORGANIGRAMME DU BDOM KINSHASA



Du point de vue organisationnel, le BDOM comprend un Conseil d'administration, un Comité de direction et des Comités de gestion des pools et centres hospitaliers. Le Conseil d'administration est composé de 9 membres : l'Archevêque de Kinshasa ou son délégué, l'économe diocésain, le responsable de Caritas - Développement, le médecin directeur de l'hôpital saint Joseph, 3 directeurs du BDOM et 2 personnalités susceptibles d'apporter une contribution substantielle à ses orientations.

Présidé par l'archevêque ou par son délégué, le Conseil d'administration définit les orientations du BDOM, approuve le budget, conçoit le plan stratégique et s'occupe de l'ouverture de nouveaux secteurs. De façon ordinaire, le Conseil d'administration se réunit deux fois l'an.

Le Comité de direction est l'organe supérieur de gestion. Il veille sur l'exécution des décisions du conseil d'administration et sur la gestion des affaires courantes, fixe l'organisation des services et leurs attributions respectives ainsi que le cadre organique du personnel. Il est du ressort du Comité de direction de diriger et de surveiller l'ensemble des services, de préparer le plan stratégique et les plans annuels des organes d'exécution. Il se réunit au moins une fois par semaine.

La Direction administrative et financière comprend le service du personnel, celui des finances et la logistique. Elle coordonne toutes les activités financières. Le service du personnel s'occupe des formations médicales en étroite collaboration avec le service du personnel de l'économat de l'archidiocèse.

La Direction générale assure la coordination de l'ensemble du BDOM. Elle prend contact avec l'extérieur et veille à l'exécution du plan stratégique, dans le respect des orientations du Conseil d'administration.

La Direction médicale coordonne les différents programmes et projets médicaux tels que ceux du VIH/SIDA, de la malnutrition, des soins oculaires, du diabète, du partage des risques et du paludisme. Il a à son actif le service des soins regroupés en pôles de supervision à travers un comité technique de coordination. Il est chargé de :

- 1° Planifier, coordonner, superviser et évaluer les activités de toutes les formations médicales de l'archidiocèse ;

2° Assurer l'approvisionnement en produit pharmaceutiques essentiels, produits de laboratoire et matériel médical courant ;

3° Superviser la gestion administrative et financière des formations médicales en vue d'un autofinancement.

La mission principale du BDOM consiste à contribuer à l'amélioration de la santé de la population de la ville de Kinshasa. Elle s'inscrit dans le cadre de la pastorale sociale de l'archidiocèse à travers la politique des soins de santé primaire prônée par la RD Congo¹³⁹. Cette mission repose aussi bien sur la foi en la dignité de l'être humain que sur son aspiration à promouvoir le bien-être de tous, avec la participation de tous. Ainsi exige-t-elle une double fidélité. Elle obéit tout à la fois à la politique des soins de santé primaire telle que définie par l'État congolais¹⁴⁰ et à la mission évangélisatrice de l'Église. Le BDOM répond aux besoins sanitaires de la communauté de la capitale à travers ses différents services pour :

1° Soigner les malades en assurant des soins curatifs généraux et spécialisés ;

2° Prévenir des maladies par la vaccination, l'éducation pour la santé, etc. ;

3° Promouvoir la santé par la communication en vue de changement de comportement (CCC), les activités de réhabilitation nutritionnelle et de sécurité alimentaire ;

4° Veiller à ce que la pastorale de la santé soit assurée ;

5° Garantir, dans un climat de partenariat sincère la pérennité et l'épanouissement des formations médicales par une gestion saine et rigoureuse¹⁴¹.

C'est donc dans le souci l'améliorer la santé préventive, curative et promotionnelle que le BDOM intervient dans 24 zones de santé (sur les 35 que compte la ville de Kinshasa), en prenant en charge près de 25 % des besoins en soins de santé primaire. Il comprend pour cela :

1 hôpital général de référence, Saint Joseph, avec une capacité de 350 lits ;

¹³⁹ Cf. BDOM, *Rapport annuel 2006*, Kinshasa, [s.n.], 2006, p. 8.

¹⁴⁰ Cf. MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Vade-mecum du partenariat dans le secteur de la santé* ; ID., *Stratégie de renforcement du système de santé* ; ID., *Recueil des normes de la zone de santé* ; ID., *Convention-cadre de partenariat n°1250/CAB/MIN/SP/009/2007 du 20 septembre 2007 entre le Gouvernement de la République Démocratique du Congo et le Comité permanent des Évêques du Congo asbl, portant sur la collaboration dans le domaine de la santé*.

¹⁴¹ BDOM, *Plan stratégique du BDOM-Kinshasa (2004-2009)*, Kinshasa, [s.n.], 2004, p.18.

10 centres hospitaliers, avec une capacité de 30 à 50 lits d'hospitalisation et de 30 à 50 lits de maternité ;

14 maternités et 11 autres subsidiaires qui prennent en charge 17% des accouchements de la ville;

50 centres de santé ;

20 centres nutritionnels thérapeutiques et 57 postes nutritionnels ;

1 centre de santé mentale ;

1 centre de réhabilitation des personnes vivant avec handicap avec 13 succursales (les villages Bondeko) ;

1 centre de conduite de la fécondité ;

1 Institut technique médical (ITM Kintambo) ;

1 centre de formation ophtalmologique appelé *Centre de formation ophtalmologique d'Afrique Central* (CFOAC).

Pour mener à bien sa mission, le BDOM entretient divers contacts avec l'État congolais et avec certains Organismes tant nationaux qu'internationaux œuvrant dans le secteur sanitaire. Il est l'un des plus grands partenaires du Ministère de la santé dans la ville de Kinshasa avec qui, il exécute divers programmes : la TBC, le VIH/SIDA, la malnutrition, le PEV, le diabète, la santé oculaire, etc. Pour cette raison, en 2006, il a signé avec l'État congolais une convention de partenariat consacrant l'intégration de ses formations médicales à la politique nationale dans les zones de santé. Il a participé activement à divers ateliers, entre autres celui de la réforme du système de santé ayant défini la stratégie de renforcement du système de santé et l'élaboration des normes des zones de santé. Il est membre du Comité technique de la ville de Kinshasa et, à ce titre, il participe aux réunions inter-partenaires pour le suivi de différents programmes.

Après cette brève présentation du BDOM, nous donnons à présent l'essentiel du déroulement de notre enquête.

2.2. Déroutement de l'enquête

Nous avons formulé notre projet de recherche à partir de cette question¹⁴² : *Pourquoi les personnes vivant avec le VIH/SIDA abandonnent-elles les soins médicaux ?* Pour tester la clarté de cette question, nous l'avons soumise à quelques collègues pour confronter leurs interprétations à la nôtre. Le constat est tel que la compréhension de cette question par les collègues allait dans le même sens que la nôtre, et par conséquent, nous l'avons retenue comme telle. Cette question de départ est le fil conducteur de notre recherche, car les réponses à celle-ci nous permettront d'étudier les enjeux de l'articulation santé-souffrance-salut.

Dans la recherche des informations relatives à cette question de départ, s'imposait une exploration de terrain¹⁴³ et l'exploitation de la littérature sur le VIH/SIDA. Ce qui nous a permis de comprendre le mode de transmission et de non-transmission du virus, les différentes phases de la maladie et les problèmes auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Notre premier chapitre est indicatif à ce propos. Nous avons également assisté aux réunions hebdomadaires que tiennent les personnes vivant avec le VIH/SIDA et les personnes affectées constituées en groupe appelé *groupement de solidarité*. Elles partagent leurs expériences et se soutiennent mutuellement.

En outre, nous avons accompagné l'équipe chargée du suivi et de l'évaluation du programme VIH/SIDA du BDOM dans ses descentes sur le terrain. Ces visites ont porté surtout sur la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (PTME), le conseil pour le dépistage volontaire (CDV) ainsi que sur les activités génératrices de revenus tenues par les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Nous avons participé à des ateliers organisés par le Conseil Œcuménique des Églises (COE). Ces ateliers se sont penchés sur la nécessité d'intégrer l'enseignement sur le VIH/SIDA dans le cursus du théologien africain. Ces ateliers regroupaient les enseignants de théologie, les associations des personnes vivant avec le VIH/SIDA et celles des personnes affectées. Nous avons également participé à des sessions de formation organisées à l'intention des assistants sociaux du BDOM.

¹⁴² Pour formuler notre question de départ, nous nous référons à Luc VAN CAMPENHOUDT, et Raymond QUIVY, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, 2011, 4^{ème} édition entièrement revue et augmentée, p. 23-36 ; François DÉPELTEAU, *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003, p. 110-125.

¹⁴³ Cf. Luc VAN CAMPENHOUDT, et Raymond QUIVY, *o.c.* p. 39-78.

Nos entretiens avec ces différentes catégories de personnes se sont déroulés d'une manière très ouverte. Car, comme l'affirment Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt :

« D'une manière générale, les méthodes très formelles et structurées telles que les enquêtes par questionnaire ou certaines techniques sophistiquées d'analyse de contenu conviennent moins bien pour le travail exploratoire que celles qui présentent une grande souplesse d'application comme les entretiens semi-directifs ou les méthodes d'observation où un degré de liberté important est laissé à l'observateur. Le motif est très simple : les entretiens exploratoires servent à trouver des pistes de réflexion, des idées et des hypothèses de travail, à écouter et non à poser des questions précises, de découvrir de nouvelles manières de poser le problème et non la validité de nos propres schémas »¹⁴⁴.

Même si les entretiens nous ont permis de nous faire une idée générale sur le VIH/SIDA et ses implications dans la vie quotidienne du patient, ils ne sont pas suffisants pour que nous comprenions les raisons pour lesquelles les patients abandonnent le traitement et pour que nous cernions la posture et les enjeux de l'articulation santé-souffrance-salut. Il nous fallait alors passer à une autre étape, celle de la méthode d'enquête.

Il existe deux grands ensembles des méthodes d'enquête en sociologie, à savoir les approches quantitatives et les approches qualitatives. Les premières consistent à comparer les catégories de réponses et à étudier leurs corrélations¹⁴⁵. Les secondes sont dites qualitatives pour deux raisons :

« D'abord dans le sens que les instruments et méthodes utilisés sont conçus, d'une part, pour recueillir des données qualitatives (témoignages, notes de terrain, images vidéos...), d'une part, pour analyser ces données de manière qualitative (c'est-à-dire en extraire le sens plutôt que les transformer en pourcentages ou en statistiques) ; la recherche est aussi dite qualitative dans un deuxième sens, qui signifie que l'ensemble du processus est mené d'une manière « naturelle », sans appareils sophistiqués ou mises en situation artificielle, selon une logique proche des personnes, de leurs actions et de leurs témoignages »¹⁴⁶.

Point n'est besoin d'entrer dans les détails de ces deux types d'approches. Nous voudrions plutôt expliciter celle que nous utilisons dans la collecte des données. Il s'agit de l'approche qualitative, plus précisément l'entretien semi-directif.

¹⁴⁴ *Ib.*, o.c. p. 58.

¹⁴⁵ Cf., *Ib.*, p. 165.

¹⁴⁶ Pierre PAILLÉ et Alex MUCCHIELLI, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 2010, 2^{ème} édition, p. 9.

Pour comprendre le choix de cette approche, nous faisons nôtre cette pensée de Luc Van Campenhoudt et Raymond Quivy :

« Les méthodes d'entretien se distinguent par la mise en œuvre des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine. Correctement mis en valeur, ces processus permettent au chercheur de retenir de ses entretiens des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés. Les méthodes d'entretien se caractérisent par un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs et par une faible directivité de sa part »¹⁴⁷.

Variées sont les méthodes d'entretiens. Pour notre part, nous recourons à l'entretien semi-directif au sens où l'emploient Luc Campenhoudt et Raymond Quivy :

« L'entretien (...) est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre des questions précises. Généralement, le chercheur dispose d'une série de questions-guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé. Mais il ne posera pas forcément toutes les questions dans l'ordre où il les a notées et sous la formulation prévue. Autant que possible, il 'laissera venir' l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur s'efforcera seulement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écartera et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible »¹⁴⁸.

Nous adoptons cette approche pour deux principaux avantages : d'une part, elle permet d'atteindre un degré de profondeur des éléments d'analyse recueillis. D'autre part, sa souplesse et sa faible directivité permettent de récolter les témoignages et les interprétations des interlocuteurs tout en respectant leurs propres cadres de références¹⁴⁹.

Dans les pages précédentes, nous avons décrit le BDOM de Kinshasa, lieu d'insertion de la pratique à l'étude. De ce fait, nous voulions en même temps souligner que ce lieu constitue notre *population-mère* ou *base de sondage*. Par *population-mère*, il faut entendre « l'ensemble d'éléments constituant un tout »¹⁵⁰. L'idéal serait que nous interroguions tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Mais comme l'affirment Luc Van Campenhoudt et Raymond Quivy, « la banalisation des sondages d'opinion a appris au grand public qu'il est possible d'obtenir une information fiable relative à une

¹⁴⁷ Luc VAN CAMPENHOUDT et Raymond QUIVY, o.c. p. 170.

¹⁴⁸ *Ib.*, p. 171.

¹⁴⁹ Cf., *Ib.*, p. 172.

¹⁵⁰ *Ib.*, p. 147.

population de plusieurs dizaines de millions d'habitants en n'interrogeant que quelques milliers d'entre eux »¹⁵¹. C'est pourquoi nous avons choisi de tirer un échantillon représentatif à partir de la *population-mère*. Toutefois, étant donné que nous faisons appel à l'entretien semi-directif comme technique de collecte des données, notre échantillon est constitué des composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population. Car, il n'est un secret pour personne que « dans le cas où le chercheur envisage une méthode d'entretien semi-directif (...), il ne peut se permettre, le plus souvent, d'interviewer que quelques dizaines de personnes seulement. Dans ce cas, le critère de sélection de ces personnes est généralement la diversité maximale des profils en regard du problème étudié »¹⁵².

Ainsi notre échantillon est composé de personnes vivant avec le VIH/SIDA, d'une part, et de prestataires en ce domaine, d'autre part. Parmi les PVVIH, nous avons interviewé 5 qui avaient abandonné les soins et qui ont renoué avec leurs structures de prise en charge, 11 PVVIH réunies en groupement de solidarité au centre de santé Lunda et 2 prestataires¹⁵³, 7 assistants sociaux du BDOM, 1 infirmier chargé de la prise en charge des PVVIH à l'hôpital saint Joseph et 1 chargé du suivi et de l'évaluation du programme VIH/SIDA du BDOM de Kinshasa. Cette taille de l'échantillon a été guidée par la loi de saturation des réponses. Nous avons réalisé ces entretiens entre décembre 2011 et février 2012.

Dans la récolte des données, nous avons procédé, à l'aide d'un dictaphone, à l'enregistrement des entretiens des *perdus de vue*, des PVVIH et des soignants favorables à la prise de son¹⁵⁴. Sans toutefois négliger les avis des non favorables pour qui nous retenons les verbatims d'entretien comme l'attestent les résultats de l'enquête.

2.3. Présentation de résultats de l'enquête

Nous classons nos verbatims d'entretien dans deux catégories: les propos des PVVIH, d'une part et ceux des soignants, d'autre part.

¹⁵¹ *Ib.*, p. 148.

¹⁵² *Ib.*, p. 149.

¹⁵³ Ces deux prestataires ont donné leur point de vue en tant que PVVIH et aussi en tant qu'accompagnateurs des autres PVVIH. Nous classons leurs propos non pas parmi les verbatims des PVVIH, mais parmi ceux des professionnels de la santé.

¹⁵⁴ Nous employons le mot soignant pour désigner les différents acteurs qui interviennent dans la prise en charge globale de la PVVIH.

2.3.1. Paroles des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Nous avons réalisé deux types d'entretien avec les personnes vivant avec le VIH/SIDA : 5 entretiens individuels avec les *perdus de vue* retrouvés et un focus group avec d'autres. Compte tenu de la sensibilité de ces patients aux questions qui les concernent directement, nous nous sommes entretenus avec eux autour d'un seul point: les raisons de l'abandon des soins médicaux. Avec les autres PVVIH, par contre, l'entretien reposait sur deux questions : les causes qui sont à la base des perdus de vue et l'éradication de ce phénomène.

2.3.2. Entretien avec les perdus de vue retrouvés

L'un des perdus de vue s'abstenant d'avancer les raisons d'abandon du traitement est plutôt resté dans les généralités. Nous ne reprenons pas ses propos, plutôt les 4 autres. Tous les verbatims seront transcrits en gardant leur style oral, avec répétitions et redondances afin de rester le plus proche possible des paroles des personnes que nous avons interrogées.

Intervenant n°1 : « Le jour où j'ai fait le dépistage, je ne pensais pas avoir le VIH. Je me sentais bien. C'est quand mon épouse est allée à la consultation prénatale que le médecin promu à ce poste lui proposa de faire le test du VIH, dans le cadre de la PTME. Elle accepta et fit le dépistage volontaire. Les résultats furent positifs. Elle rentra à la maison en pleurant. Je me mis à la consoler en lui posant certaines questions, elle me répondit qu'elle est VIH positive, alors qu'elle n'a jamais connu d'autres hommes que moi. Je suis allé avec elle faire le test dans un autre centre. Moi aussi je fis le test. Les résultats furent positifs pour nous deux. Nous avons commencé le traitement antirétroviral.

4 ans plus tard, mon épouse mourut. Je me sentais tout seul. Je me disais que c'est moi qui lui ai transmis le virus ; elle est morte et je suis resté en vie. Je ne sais même pas qui m'a transmis le VIH. Je ne connais pas non plus tous les gens à qui je l'ai transmis. Et puis, pourquoi prendre les médicaments pendant que je sais que je ne vais pas guérir ? C'était la révolte qui me prenait. J'ai abandonné les soins et j'ai commencé à boire en désordre. J'ai rechuté et j'étais très malade.

Un jour, un ami vint me rendre visite et il me parla ouvertement. Il me demanda de quoi est morte mon épouse. Je lui dis la vérité. Il me proposa d'aller au dépistage. Je lui répondis que je m'y étais déjà rendu et que je n'attendais plus que ma mort. Quand il m'a posé la question de savoir qui devait s'occuper de mes deux enfants, j'ai commencé à réfléchir. Et j'avais trouvé qu'il fallait prolonger ma vie pour que mes enfants grandissent. Maintenant, j'ai repris les soins et je me porte bien.

Quand vous n'avez pas quelqu'un pour vous soutenir, vous pouvez facilement abandonner. Il faut aussi s'ouvrir aux autres. Après tout, ça reste une maladie à vie. Il faut faire avec ».

Intervenant n°2 :

Cet entretien s'est tenu en lingala, langue parlée par la majorité des kinois. Nous en faisons la traduction littérale :

« Ah ! Papa, c'est une longue histoire. J'avais commencé par tomber régulièrement malade. Aujourd'hui, c'est la malaria ; demain, c'est la fièvre typhoïde, ainsi de suite. À un certain moment, la maladie s'est aggravée. J'avais la tuberculose. Le médecin m'a proposé de passer le test de sida. Quelques jours après, il m'a appelée à son cabinet. Il m'a posé plusieurs questions. C'était un long entretien. Après cette causerie, le médecin m'a annoncé les résultats. C'était difficile. Il m'a dit que j'ai le sida. Il m'a proposé de conseiller mon époux à pouvoir se dépister. Quand je le lui ai annoncé, il m'a fuie me laissant seule à l'hôpital. Il est allé se cacher dans son village, au Bas-Congo. Il m'a abandonnée à l'hôpital. Moi, j'ai continué avec les soins.

Quand je suis sortie de l'hôpital, je prenais régulièrement mes médicaments. Je m'étais bien rétablie. Figurez-vous ! Moi qui pesais 32 kilos, je suis passée à 86 kilos. J'allais toujours à la prière. Mes enfants aussi priaient pour moi. Mais leur papa était toujours en fuite. Il s'informait auprès d'autres personnes à propos de ma santé. À l'Église, le pasteur continuait à prier pour moi. Un jour, il m'a appelée pour me dire que je suis guérie et qu'il ne fallait plus continuer à faire souffrir Dieu. Comme je me sentais

déjà bien, j'ai arrêté les soins médicaux. Je voyageais en Angola pour mes affaires et je revenais. Et là, je suis tombée gravement malade. J'ai été ramenée ici à Kinshasa. J'avais informé mon pasteur que j'étais très malade. Il passait me voir et il priait. Quand la maladie s'est aggravée, il ne passait plus chez moi. Mes enfants m'ont amenée de nouveau à l'hôpital. J'avais repris ma santé. Regardez cette photo. C'est quand j'avais arrêté le traitement. Aujourd'hui, je suis en forme. Personne ne peut croire que j'ai le sida.

J'ai une question à vous poser. Pourquoi mon mari qui n'a jamais fait le test du sida ne tombe-t-il pas malade ? Et puis, cette maladie, c'est pour toute la vie ? Je ne peux pas guérir ? ».

Intervenant n°3 :

L'entretien s'est déroulé en lingala. Nous traduisons littéralement:

« Je prenais les antirétroviraux et j'allais à la prière du renouveau charismatique. Je faisais beaucoup de cauchemars. J'avais fini par me confier à un prêtre orthodoxe. Car une de mes amies m'avait dit que ce prêtre-là prie sur les malades et ils guérissent. Après quelques séances de prière, le prêtre m'a dit que mon sida est causé par des forces maléfiques. Il m'a soumise à une cure d'âme tout en me donnant l'huile qu'il bénissait. Je buvais de cette huile. Comme les cauchemars continuaient, il m'a demandé d'arrêter avec la prise des médicaments pour ne me consacrer qu'à la prière. Quand j'ai arrêté les soins, je devenais de plus en plus malade. C'est ainsi que je me suis décidée de revenir à l'hôpital. J'espère que ça ira ».

Intervenant n°4 :

Ceci est une traduction littérale du lingala :

« J'ai abandonné le traitement parce que je n'avais plus le goût de vivre. Je me disais que j'allais mourir incessamment. Et d'ailleurs, quand j'ai annoncé ma séropositivité à ma famille, tout le monde était triste. C'était le deuil. J'avais mis mon matelas sur le pavement. Je pleurais chaque jour. J'étais très aimée de ma famille et tout le monde me faisait confiance. Du

jour au lendemain, je leur annonce les résultats de l'hôpital. C'était vraiment un deuil. En réfléchissant sur tout cela, je n'avais plus le goût de vivre. Chaque fois que je me mirais, je pleurais, car ce n'était plus moi. Je me suis décidée d'arrêter les soins médicaux et j'ai pris la résolution de ne plus sortir. Je passais toute ma vie dans la maison. Voyant cela, ma famille a enlevé tous les miroirs qui se trouvaient dans ma chambre et me suppliait de reprendre la prise des antirétroviraux. Mais moi, je suis restée ferme dans la décision.

Ce n'est que le jour où un assistant social est venu me voir que j'ai retrouvé mon sourire. Je suis sortie de ma chambre, je l'ai accompagné jusqu'à notre barrière donnant sur l'avenue. J'ai revu le soleil qui m'a manqué pendant des mois. Ce jour-là était pour moi un jour de résurrection ; toute la famille était contente de me voir sortir de ma chambre. Le jour suivant, j'ai été reconduite à l'hôpital et j'ai repris le traitement. Je suis épanouie. Je sais que j'ai telle maladie ; je connais ce que je peux faire et ce que je ne peux pas. Il y a des gens qui n'ont pas le sida et qui sont morts avant moi. Je ne me fais plus beaucoup de soucis ».

2.3.3. Focus group avec les PVVIH

Jeudi 16 février 2012, nous nous sommes entretenus avec un groupe de 11 personnes vivant avec le VIH/SIDA qui tenaient leur réunion hebdomadaire de groupement de solidarité au Centre de santé Lunda, dans la zone de santé de Masina à Kinhasa. La parole était accordée à tout celui qui voulait émettre son point de vue. Ce focus group s'est déroulé en lingala. Nous traduisons littéralement.

a. Les causes qui sont à la base de l'abandon des soins

Répondant à la question « Pour quoi les patients abandonnent-ils les soins » ?, les patients abandonnent le traitement, les PVVIH se sont exprimés en ces termes :

Intervenant n°1 : « Pour moi, ce qui est à la base de perdus de vue, c'est la situation financière de la PVV. Certains malades n'ont pas de gens pour les prendre en charge. Il n'est pas facile de supporter les effets secondaires si vous n'avez pas mangé. En tout cas, si vous n'avez pas mis quelque chose sous la dent et que vous prenez les antirétroviraux, vous sentez la chaleur, les maux d'estomac, le

sèchement de la bouche, etc. Moi, je n'arrive pas à tenir si je n'ai pas mangé. Pouvez-vous imaginer : nous prenons deux fois par jour des comprimés de 500mg chacun. Si vous n'avez pas mangé, vous avez très mal, et vous finissez par abandonner. Car vous vous sentez plus malade qu'avant. Ce qui fait que les gens rompent avec les soins, c'est le manque de finances. Si vous avez votre pain, votre fufou et un verre d'eau, vous prenez très bien les médicaments. Je le dis sur base de mon expérience. C'est depuis plus d'une année que je suis sous traitement antirétroviral. Ce n'est pas facile si vous n'avez pas mangé ».

Intervenant n°2 : « Moi, je voudrais dire ceci : la plupart de nos frères et sœurs qui abandonnent le traitement, le font à cause de leurs Églises. Par exemple notre frère Matou qui est décédé, c'est à cause de son Église. Il priait chez Sikatenda. Son pasteur lui avait dit qu'il a supplié le Seigneur en sa faveur. Et sa prière a été exaucée. Dieu l'a guéri du VIH/SIDA. C'est fini. Matou est allé prendre toutes les boîtes des médicaments qu'il gardait à la maison pour les remettre à son pasteur qui les a brûlées. Quelques jours plus tard, Matou a connu une grande rechute. C'était difficile de le récupérer. Il est mort. Vous comprenez ? Les Églises sont à la base de perdus de vue ».

Intervenant n°3 : « Certains amis abandonnent les ARV à cause de leurs effets secondaires. Ce médicament fatigue. Il est à prendre chaque jour, deux fois par jour. Et pourtant, il ne guérit pas. Il est à consommer toute la vie. S'il faut supporter ces effets non désirables chaque jour et toute la vie, c'est fatigant. Il y a de quoi se décourager et abandonner carrément. Il serait peut-être mieux de mourir maintenant que de continuer à prendre ce médicament qui fatigue, mais ne guérit pas ».

Intervenant n°4 : « Si vous n'êtes pas courageux, vous allez abandonner le traitement. Il s'accompagne de beaucoup d'effets secondaires qui découragent, surtout quand vous savez qu'il ne vous guérit pas ».

Intervenant n°5 : « D'autres sont tout simplement négligents. Quand ils sont grabataires, ils viennent vite suivre le traitement. Lorsqu'ils ont récupéré la santé, ils se

croient guéris. Ils cessent de prendre le médicament et retournent à leur ancienne vie d'ivrogne et de débauché. Ils ne veulent plus que vous leur parliez des soins. Et quand vous en parlez, ils vous répondent méchamment ».

Intervenant n°6 : « Comme madame vient de le dire, nous avons perdu certaines de nos amies à cause de leur négligence. Je voudrais surtout parler des femmes qui n'ont aucun soutien. Quand elles se sentent en bonne santé, elles s'adonnent à la prostitution jusqu'à mener une vie désordonnée. Lorsque le taux de CD4 est en baisse, elles rechutent. Souvent, elles n'ont pas le courage de revenir à leur Centre de traitement. Nous avons perdu un bon nombre d'amies à cause de leur vie désordonnée. Vous pouvez lire dans notre cahier qui est là pour vous en rendre compte ».

Intervenant n°7 : « D'autres abandonnent le traitement parce qu'ils ont perdu l'espoir de vivre, surtout si le counseling post-test n'a pas été bien fait. La personne peut avoir un bon counseling pré-test et elle accepte de se dépister. Lors de l'annonce des résultats, si le counseling n'a pas été bien fait, certains n'acceptent pas les résultats. Ils disent non, c'est faux. D'autres acceptent et commencent le traitement. Après un temps, ils sont découragés. Ils voient leur mort imminente. Alors ils se disent : pourquoi souffrir en prenant des médicaments qui ne guérissent pas ? Il vaut mieux mourir maintenant que d'attendre la mort en prenant des produits qui fatiguent sans nous guérir. Pour moi, cela est l'une des causes d'abandon du traitement ».

Intervenant n°8 : « Les effets secondaires des antirétroviraux sont vraiment insupportables. Il m'est déjà arrivé de marcher pieds nus et de me soulager en public sans m'en rendre compte. J'agissais comme un fou. Il faut avoir du courage pour continuer à prendre ce médicament toute la vie durant ».

Intervenant n°9 : « D'autres ne s'acceptent pas. Ils commencent par contester les résultats. Même si vous arrivez à les convaincre, ils commencent le traitement. Et puis, ils arrêtent parce qu'ils ne s'acceptent pas comme personnes vivant avec le VIH/SIDA ».

À cette première étape de notre entretien, deux participants se sont abstenus de prendre parole.

b. Pistes de solution

À la question de savoir « Comment éradiquer le phénomène de perdus de vue ? », 4 participants seulement ont donné leurs points de vue :

Intervenant n°1 : « Les Églises nous créent beaucoup de problèmes. Écoutez bien ce que nous vous disons maintenant. Les Églises détruisent ce pays. Si ailleurs le taux d'infection à VIH/SIDA est en baisse- j'écoute régulièrement la radio pour m'informer- il est plutôt croissant ici chez nous. Et les Églises y sont pour beaucoup. Les pasteurs eux-mêmes ont le virus. Ils le distribuent comme des cacahuètes. Ils ne disent pas la vérité. Ils mettent Dieu à l'avant - plan et placent le virus en arrière. Ils prêchent le mensonge aux malades en leur faisant croire que Dieu les a guéris du VIH/SIDA. Combien d'amis n'avons-nous pas perdus à cause de ces Églises ? Ces pasteurs donnent du jus aux patients en leur disant que c'est béni afin de les guérir du VIH/SIDA. Ils donnent 5 litres de jus à chaque malade sans tenir compte de leur taux de sucre. Ce jus qu'ils disent avoir béni et qu'ils donnent aux malades, est-ce pour les guérir ou pour les tuer ? Moi, j'en ai l'expérience. Que je boive du jus, est-ce pour me guérir ou pour me tuer ? Le dieu de ces pasteurs est un dieu qui tue ! Il n'est même pas Dieu. C'est Satan qu'ils prêchent. Ils le mettent au centre de leur pratique pour nous tuer. Si toutes les Églises, qu'elles soient catholique, protestante, kimbanguiste, Église de réveil ou que sais-je encore, tenaient conseil pour prêcher la vérité à propos du VIH/SIDA, les choses changeraient. Ces Églises des mabonza¹⁵⁵, qui parlent trop de miracles enseignent le mensonge. Elles disent toujours Nzambe akosala¹⁵⁶. Ce que moi je refuse, c'est le mot Nzambe akosala. Or c'est Dieu qui donne l'intelligence aux hommes pour produire les antirétroviraux afin de vivre tant soit peu. Mais quand ces Églises demandent aux PVV d'abandonner le traitement en promettant la guérison-miracle, est-ce pour nous tuer ou pour nous guérir ? Aussi, je souhaite que toutes les Églises organisent le dépistage du VIH/SIDA et vous verrez combien d'entre elles vont se vider en commençant par leurs pasteurs ».

¹⁵⁵ Mabonza signifie offrande ou collecte.

¹⁵⁶ Nzambe akosala signifie Dieu agira, Dieu délivrera.

Intervenant n°2 :« Que les hôpitaux associent la nutrition au traitement antirétroviral. Quand cette pratique était en vogue, il n’y avait pas beaucoup de perdus de vue. La faim fait fuir les gens ».

Intervenant n°3 :« La sensibilisation pose problème dans nos hôpitaux. Il n’est pas facile de tenir après l’annonce d’un résultat positif. Il serait mieux que les infirmiers et les médecins soient très bien formés en counseling ».

Intervenant n°4 :« Dans cette sensibilisation, qu’il y ait le soutien psychologique. Réconforter une personne qui vient d’être dépistée VIH positive est très important. Surtout quand cela est fait par le témoignage d’autres PVV».

2.3.2. Paroles des soignants

Nous nous sommes entretenus avec des soignants du BDOM et ceux du RNOAC. Avec ceux du BDOM, nous avons réalisé deux types d’entrevue : d’une part, deux entretiens individuels avec le chargé de suivi du programme VIH et un infirmier ; d’autre part, un focus group avec les assistants sociaux. Avec les soignants du RNOAC, nous avons eu deux entretiens individuels. Ces interviews ont tourné autour de trois points : les motifs qui ont conduit la PVVIH à abandonner les soins médicaux, le sentiment du prestataire et les pistes de solution.

2.3.2.1. Les soignants du BDOM

Intervenant n°1 :« Nous pensons que les causes qui sont à la base de *perdus de vue* sont à situer à trois niveaux : la connaissance de l’adhérence au traitement, la dimension culturelle et le niveau spirituel.

Du point de vue de la connaissance, la personne ne s’accepte pas comme séropositive et qu’elle doit prendre le médicament. Et puis, elle ne sait pas que c’est un traitement à vie. Quand ses CD4 augmentent, arrivent à 800 voire 1000, elle pense qu’elle est guérie et abandonne les soins.

Par rapport à la culture, il y a la honte et la culpabilité. La personne ne veut pas que les autres sachent qu’elle est séropositive. Elle se pose des questions sur le regard que la société porte sur elle. Jusqu’à présent, le VIH est considéré comme une maladie honteuse, un mauvais sort. Tout cela fait que les gens fuient, ils ne viennent plus au rendez-vous.

Du point de vue spirituel, le pasteur qui doit expliquer ce qu'est le VIH, est ignorant. Il proclame plutôt des guérisons- miracles. Il rassure la personne qui prenait les médicaments qu'elle est guérie et le patient abandonne le traitement. La PVVIH faisant foi aux paroles du pasteur abandonne les soins. Ceci se passe surtout dans les Églises de réveil.

Les patients qui ont abandonné le traitement nous reviennent très malades, grabataires, voire à la phase 4 du VIH où c'est très difficile de les récupérer. Mais quand nous les prenons de nouveau en charge, ils passent de la première ligne du traitement à la seconde ligne qui est plus coûteuse. La première ligne est un traitement accessible à tous et moins coûteux par rapport aux ONG et aux partenaires qui nous subventionnent. La seconde ligne est très chère. Elle coûte près de 130 dollars américains par patient et par mois alors que la première est dans l'ordre de 30 dollars. Si vous multipliez ce coût par autant des perdus de vue, combien y auront-ils accès ? Ce traitement est non seulement cher, mais aussi rare. Les *perdus de vue* qui nous reviennent à ce stade-là sont presque condamnés à mourir. C'est ce qui est grave pour eux et pour nous. Avec le peu de moyens dont nous disposons, nous arrivons quand même à récupérer certains patients en les soumettant au contrôle biologique et à tous les autres examens. Sinon, ils passent généralement en deuxième ligne de traitement qui coûte très cher.

Notre sentiment par rapport aux perdus de vue : imaginez, vous prenez en charge une personne qui était affaiblie, vous la remontez, elle se sent forte, elle retrouve son sourire, elle reprend ses activités professionnelles et familiales et puis elle abandonne le traitement. Vous lui avez tout donné : votre intelligence, votre foi chrétienne. Que cette personne arrête les soins et qu'elle vous revienne dans un état avancé de la maladie, c'est comme un enfant qu'on a perdu. Avec l'effort que nous avons fourni, nous nous demandons à quoi a servi tout ce travail abattu. C'est vraiment un sentiment de regret !

Ce que nous demandons, c'est l'implication de tous dans cette lutte contre le VIH. Que nous arrivions à changer le comportement. Si on change le comportement, on dira : « plus question de contaminer les autres », « le Sida

s'arrête à moi ». Ce changement conduira aussi à ne pas stigmatiser les personnes vivant avec le virus. On doit aussi veiller à ce que la transfusion se passe en toute sécurité ; qu'il y ait des donateurs bénévoles de sang.

Le mot de la fin c'est de dire que le VIH est un problème de toute la société. Il faut qu'on arrive à réduire le taux d'infection. Je ne sais pas. L'espoir est là ; l'espoir fait vivre ».

Intervenant n°2 : « Pour moi, les causes à la base des perdus de vue sont multiples. Je peux vous en donner quelques-unes qui sont les plus importantes à mon avis.

Tout commence par le counseling post-test. S'il n'est pas bien fait, les PVV n'arrivent pas à accepter les résultats et ils développent un sentiment de honte.

Je peux citer aussi les effets secondaires des médicaments. Si le malade n'en est pas bien informé, il pense qu'il est devenu plus malade qu'avant. En plus, ce n'est pas tout le monde qui sait lire ou qui prend son temps pour parcourir la longue notice sur les ARV.

La durée du traitement est également l'une des causes. Certains patients pensent qu'il y a une période déterminée pour la prise des médicaments. Quand ils se sentent mieux, le taux de CD4 augmente, ils se croient guéris et abandonnent le traitement. Ils ignorent que le traitement antirétroviral est pour toute la vie.

L'autre cause est le rejet de la PVV par sa famille. Certains proches croient dépenser inutilement leur argent pour quelqu'un qui est condamné à mourir. Il en est de même pour celui qui se fait soigner par ses propres moyens. Il se demande pourquoi il doit continuer à dépenser de l'argent alors que sa mort est certaine et imminente.

Depuis que le contrôle biologique est devenu tarifié ici chez nous à l'hôpital saint Joseph, nous enregistrons de plus en plus des perdus de vue. Les gens vont chercher là où ces examens sont gratuits.

Il faut aussi relever les décès non signalés. Quand quelqu'un meurt sans que nous soyons informés, nous le considérons comme perdu de vue.

Les locaux où nous accueillons les malades sont discriminatoires et stigmatisants. Cela décourage les malades. Certains patients n'aiment pas être exposés.

Le changement d'adresse et le voyage sont aussi des causes de perdus de vue. Nous enregistrons des cas des malades qui voyagent sans nous signaler. Et là où ils sont partis, ils ont honte d'aller se présenter dans un centre de traitement. Ils restent là pendant des mois sans soins. Quand ils reviennent, ils sont affaiblis. Et doivent reprendre le traitement à zéro.

Les Églises font partir certains de nos malades. Les pasteurs et parfois des prêtres, déroutent nos patients en leur faisant croire qu'ils sont guéris ou qu'ils peuvent être guéris par la prière. Ils abandonnent ainsi le traitement.

Les tradi-praticiens qui disent soigner tous les maux déroutent aussi nos malades. Ils leurs donnent d'autres produits qui d'ailleurs sont à la base encore d'autres maladies. Aux PVV ayant un problème des reins, par exemple, le tradi-praticien va donner des ponctions qui vont aggraver la complication rénale. Aussi, il demande aux malades d'arrêter avec le traitement antirétroviral.

Un malade qui a un problème psychiatrique n'adhère pas au traitement s'il n'y a pas quelqu'un qui le suis de près. Il abandonne facilement le traitement.

Les patients PVV qui ont abandonné le traitement nous reviennent très malades, très souvent grabataires. Ils perdent tous les acquis d'avant par rapport à leur santé. Quelqu'un qui avait des avancements de santé très positifs vous revient dégradé parce qu'il a abandonné le traitement. Des pareils cas nous donnent un grand travail et ça coûte très cher. Comme ce malade se disait guéri, il doit avoir contaminé beaucoup d'autres personnes ou avoir lui-même la surinfection. Bref, un patient qui a interrompu les soins est un danger public ».

2.3.2.2. Focus group avec les assistants sociaux

Notre entretien avec les assistants sociaux a tourné autour de trois points : les causes de l'abandon des soins, l'état de santé des perdus de vue, le sentiment des assistants sociaux face à ce phénomène.

a. Les causes

Intervenant n°1 : « La cause des deux derniers cas des perdus de vue que j'ai rencontrés est, à mon avis, la situation sociale. Ces patients vivent à leurs propres dépens. Quand ils tombent malades, la situation est vraiment difficile. Souvent, ils doivent se déplacer pour aller chez d'autres membres de famille pouvant s'occuper d'eux. Du moins les deux derniers cas que j'ai rencontrés, la cause était celle-là. Ces malades avaient déménagé. Quand nous sommes allés les chercher, leurs voisins nous ont dit qu'ils ont changé d'adresse. L'un est allé à Ndjili-brasserie et l'autre à Matete.

Tenez, les deux sont des veuves. Elles vivaient dans leurs maisons familiales¹⁵⁷. Comme elles tombaient régulièrement malades, ceux qui les prenaient en charge étaient peut-être fatigués. C'est pourquoi elles étaient obligées de déménager pour aller là où elles pouvaient trouver un soutien. Quand je suis allé m'entretenir avec elles, je suis arrivé à les convaincre de revenir au centre de traitement. Car, elles peuvent y être soignées même à crédit.

Il faudra aussi noter que les membres de famille ne savent pas que leurs sœurs sont séropositives. L'une d'elles me disait que les tenir au courant n'avancerait en rien. Elles sont aussi fatiguées de répondre chaque fois au rendez-vous médical. Comme elles doivent en même temps chercher de quoi vivre, aller régulièrement à l'hôpital apparaît pour elles comme une perte de temps. Quand vous leur posez la question, elles vous disent tout simplement qu'elles sont fatiguées.

¹⁵⁷ La maison familiale est celle qui appartenait aux parents. À leur décès, les enfants héritent de cette maison à titre collectif. Elle n'appartient pas à tel ou tel autre enfant, mais à tous à la fois. Ils y habitent tous ou encore ils se répartissent les appartements ou chambres. Chacun peut soit y loger lui-même, soit y mettre des locataires.

À ces deux derniers cas, je voudrais ajouter celui d'un malade qui a abandonné le traitement et malheureusement il a trouvé la mort là où il est allé. Je ne sais pas pourquoi il a abandonné le traitement. Parce que je n'ai pas eu le temps de le rencontrer après qu'il ait arrêté avec le traitement. Il avait en même temps déménagé. Ce n'est que plus tard que j'apprendrai qu'il est décédé. Une autre cause, c'est la paresse. Les malades sont découragés. Ils disent qu'ils sont fatigués d'aller régulièrement à l'hôpital.

D'autres malades abandonnent les traitements pour que leurs conjoints ne découvrent pas qu'ils sont séropositifs. Nous avons le cas d'une femme qui était sous traitement et que nous accompagnions. Après un temps, elle s'est mariée sans nous informer. Elle venait au centre juste pour prendre son médicament. Elle n'avait jamais dit à son époux qu'elle était séropositive et prenait ses médicaments en cachette. Elle obligeait son mari à pratiquer des rapports sexuels protégés. Pendant les fiançailles, son partenaire acceptait. Quand ils se sont mariés, son mari ne pouvait plus accepter cette pratique. C'est ainsi que l'épouse était dans l'obligation de lui révéler son statut sérologique. Et le mari a demandé le divorce. C'était la fin de leur mariage. Celles qui tiennent à leur mariage ne dévoilent pas leur statut sérologique. Certaines femmes arrivent même à abandonner le traitement par peur d'être surprises un jour en train de prendre les ARV».

Intervenant n°2 : « En plus de ce que le doyen vient de dire, je voudrais préciser quelque chose. La situation sociale dont il s'agit, c'est surtout le manque de nourriture. Même nous qui allons les visiter, nous sommes butés à cette difficulté-là. Vous trouvez que la personne que vous êtes allé visiter n'a rien à manger. Vous-même vous n'avez rien non plus. L'Institution qui vous envoie sur le terrain n'a pas de moyen.

Le plus souvent, le patient est abandonné à lui-même. Il change régulièrement d'adresse sans en informer l'Institution ni l'assistant social. À cela, il faut ajouter le manque d'argent de transport. Par exemple quelqu'un qui habite Livulu, pour aller à l'hôpital saint Joseph,

il lui faut des moyens. Quand il n'a rien, il reste à la maison. À l'hôpital, il est considéré comme perdu de vue. En plus, ces malades ne veulent pas se faire soigner dans les centres les plus proches de peur d'être stigmatisés.

Outre ce problème de transport, il faut mentionner le manque d'habitation fixe. Aujourd'hui, il est à Masina, demain à Ngaba ou dans une Église. Très souvent, ces malades sans domicile fixe sont logés dans des Églises de réveil. À l'heure du culte, ils se déplacent, ils reviennent après et ainsi de suite. Ils se déplacent d'une Église à une autre sans informer. Certains sont contraints d'adhérer à la foi de ces Églises. Chez nous à Livulu, il y a une PVV veuve catholique qui avait été chassée par la famille de son mari qui la traitait de sorcière dans le décès de son époux, pourtant mort du sida. Elle a arrêté le traitement et elle logeait dans une Église de réveil appelée Salem. Ici, elle était menacée de déguerpissement parce qu'elle voulait garder sa foi catholique. Nous en avons parlé à un religieux Jésuite stagiaire et sa communauté lui a trouvé un autre logement.

D'autres malades PVV logent dans des Églises parce qu'ils sont rejetés par leurs membres de famille qui les considèrent comme une charge. Je voudrais ici évoquer un cas récent. Une malade suivait le traitement. Elle était hospitalisée. Quand elle est sortie de l'hôpital, elle a été conduite chez sa sœur. Lorsque celle-ci ainsi que sa famille ont appris qu'elle souffrait du Sida, tout le monde a fui la maison pour la laisser seule. Elle est restée seule, alitée. Les voisins qui savaient aussi qu'elle avait le sida sont allés en informer l'hôpital. Les agents de l'hôpital sont venus la chercher. Ils l'ont emmenée à RNOAC près du pont Kasavubu, c'est là qu'elle a trouvé refuge. Vous voyez, les malades sont rejetés et stigmatisés par leurs propres familles.

Certaines PVV n'acceptent pas leur état sérologique. Elles rejettent tout sur l'oncle, la tante ou quelqu'un d'autre. Elles pensent que c'est de la sorcellerie et abandonnent le traitement pour des prières de délivrance.

La famille devient divisée, même quand le test révèle clairement la séropositivité».

Intervenant n°3 : « Pour moi, je dirais que plusieurs causes sont à la base de perdus de vue. Les amis ont parlé de la stigmatisation, du rejet et de bien d'autres causes. Certains malades sous ARV abandonnent le traitement quand ils se sentent en bonne santé. Ils arrêtent avec le traitement pour reprendre leur ancienne vie. Certains se marient, d'autres vivent dans des couples sans révéler leur état sérologique à leurs partenaires. Ils ne veulent pas dévoiler leur statut sérologique par crainte de perdre leur mariage. D'autres encore se lancent dans la prostitution sans jamais révéler leur statut sérologique.

Il y a des malades qui abandonnent des ARV pour suivre le traitement traditionnel que leur proposent des charlatans qui affirment que leurs produits guérissent le sida. Et les gens les suivent. En plus de ces tradi-praticiens, il y a des pasteurs qui promettent des guérisons miracles. Ils appellent les malades à passer des mois de jeûne afin que Dieu les guérissent. Ces tradi-praticiens et ces pasteurs sont suivis par les malades parce qu'ils rejoignent nos mentalités consistant à croire qu'au-delà de la médecine moderne, il y a autre chose conduisant à la guérison.

Pour terminer, je voudrais parler de l'accueil à l'hôpital. Dans certains hôpitaux, les malades ne sont pas bien accueillis. Ils se découragent et abandonnent le traitement. La durée des soins pose aussi problème. Les gens se fatiguent. Quand ils sont mal accueillis et sachant que c'est un traitement à vie, ils se découragent et abandonnent le traitement.

Ces écarts font que certains malades quittent leur groupement de solidarité ainsi que leur centre de traitement ».

Intervenant n°4 : « Je voudrais, pour ma part, aller dans le sens de ce que mon collègue vient de dire à propos des Églises, surtout des prophéties dans des Églises. Il y a une sœur que nous venons de perdre au mois de décembre.

Elle priait chez ACK¹⁵⁸. Un jour, elle était à l'Église. Une prophétie avait révélé que 7 filles porteuses de virus viennent d'être guéries. Elle faisait partie de ces sept-là. Elle a cru en cette prophétie. Elle a abandonné les médicaments ainsi que la visite au Centre. Et chaque fois que je passais la voir, je lui demandais pourquoi elle a abandonné les médicaments. Elle me disait : *Dieu va agir, moi je prie, je suis allée à prière, la prophétie a montré que Dieu m'a guérie*. Elle me parlait toujours de Dieu et de la prière. Après deux, trois mois, j'ai appris qu'elle était enceinte. Je lui ai demandé si elle avait déjà parlé de son statut sérologique à son partenaire. Non, me dit-elle, en ajoutant : *ça ne fait rien, je suis déjà guérie*. Au mois de décembre dernier, elle a mis au monde. Sa santé a commencé à se dégrader. Elle tombait malade à tout moment. Le 24 du même mois, elle est morte. Ce que je voulais dire par là est que les perdus de vue croient en la prophétie et font foi aux charlatans.

À ces causes, il faut aussi ajouter le fait que certaines PVV arrêtent le traitement à cause de ses effets secondaires. Comme il s'agit d'un traitement à vie, la personne se décourage. Elle se demande : *mais pourquoi prendre des médicaments aux effets indésirables quand on sait qu'on ne va pas guérir ?* D'autres, c'est quand ils se sentent forts, en forme, ils veulent vite reprendre leur vie antérieure, en buvant, en se prostituant. Ils se croient en bonne santé et ils abandonnent les médicaments».

Intervenant n°5 : « Moi, je voudrais avancer trois causes qui sont à la base de perdus de vue. La première concerne surtout les femmes enceintes qui se font dépister à la consultation prénatale. Quand elles attendent famille, elles viennent régulièrement aux soins et elles prennent les médicaments. Quand elles accouchent et que l'enfant est dépisté négatif, elles arrêtent le traitement en disant qu'elles sont en bonne santé. Toujours dans le cadre de la PTME, certaines femmes dépistées positives remettent l'invitation à leurs maris qui refusent de répondre au rendez-vous du

¹⁵⁸ ACK, c'est-à-dire Assemblée chrétienne de Kinshasa, est le nom d'une Église de réveil dirigée par le Pasteur Mukuna.

médecin. Alors ces femmes arrêtent aussi de fréquenter l'hôpital en disant qu'il faut rester et mourir ensemble au lieu d'aller prendre le traitement alors que leurs époux refusent de faire le dépistage. Elles ne dévoilent pas non plus leur état sérologique pour ne pas perdre le mariage.

Deuxièmement, les pasteurs des Églises de réveil disent que le sida est guéri dans leurs Églises. Ils martèlent en disant que personne ne peut contester ce que Dieu opère comme miracle. Les malades qui les écoutent croient en ce qu'ils disent et abandonnent les ARV. C'est seulement quand ils rechutent qu'ils se rendent compte de la gravité de leur état. Or, maintenant, il n'est plus facile que de tels malades soient acceptés à l'hôpital. Les médecins leur disent de rentrer chez les pasteurs pour qu'ils les prennent en charge.

Troisièmement, il y a des malades qui ont retrouvé la force grâce aux ARV. Ils se croient guéris et retournent à leur vie de désordre : débauche, ivresse. Ces gens ne veulent pas changer de comportement. Un jour, dans un bar, j'ai rencontré un monsieur PVV que je connais bien. C'est mon patient que j'accompagne qui ne se présente plus à l'hôpital. Quand il m'a vu entrer dans le bar, il a caché son visage. Quelques minutes après, c'est une femme que je connais aussi. Elle entre, me salue et va se mettre à ses côtés. Ils murmurent entre eux et ils sortent ».

Intervenant n°6 : « Les pasteurs trompent nos malades en leur faisant croire que Dieu les a guéris. Ils abandonnent le traitement. Au moment où je vous parle, nous avons un malade qui a abandonné le traitement. Il dit que son pasteur lui a annoncé une guérison miracle, Dieu l'a guéri. Il ne veut même pas qu'on lui parle des médicaments. Il est en train de faire la diarrhée. Il va certainement mourir. Mais il continue à croire en son pasteur ».

Intervenant n°7 : « Aux causes que les amis viennent de donner, je voudrais ajouter trois : le voyage et le manque d'information. Il y a de ces PVV qui voyagent pour chercher comment vivre. Comme ils sont allés loin de leurs centres de traitement, ils se trouvent en rupture de stock. Lorsqu'ils vont revenir,

ils auront déjà passé plusieurs mois sans traitement. Ils ont voyagé sans informer la structure qui les prend en charge.

Pour d'autres, ce qui leur manque, c'est l'information. Ils ne savent pas très bien comment évolue le traitement antirétroviral. Quand ils se sentent en bonne santé, ils se croient guéris et abandonnent le traitement.

Je voudrais aussi ajouter le counseling et la communication des résultats. Certains infirmiers communiquent mal les résultats. Le malade part avec des idées floues. C'est ce qui fait que lorsqu'ils se sentent forts, ils abandonnent en croyant qu'ils sont guéris et ils rompent avec le traitement ».

b. État de santé des *perdus de vue* qui reviennent et sentiment des assistants sociaux

Intervenant n°1 : « S'il me revient en bonne santé, grande sera ma joie. Mais, s'il revient dans un état de dégradation, là je suis triste et je regrette. Or, souvent, ils nous reviennent très malades. Ils attendent la dernière minute pour nous appeler afin de les ramener à l'hôpital. Souvent, ils reviennent très malades, voire grabataires. Et là, j'ai un sentiment de tristesse. Car, je me dis c'est mon prochain, un humain comme moi qui a eu le moyen de prendre les médicaments et qui les a abandonnés pendant que d'autres sont dans la file d'attente, ils n'ont pas accès au traitement antirétroviral, mais lui gaspille les moyens qui ont été mis à sa disposition. C'est vraiment triste. Mais, que voulez-vous, moi j'ai fait mon travail. Le reste, c'est à Dieu de s'en occuper ».

Intervenant n°2 : « C'est comme la parabole de l'enfant prodigue. Il a reçu son héritage et il est parti le gaspiller dans une vie de désordre. Mais quand il est rentré, son père l'a bien accueilli et même organisé une fête en son honneur. De même pour nous, quand un perdu de vue nous revient, il est comme cet enfant qui revient vers son père. Pour moi, j'ai à la fois un sentiment de joie et de tristesse. La joie de retrouver un perdu de vue et la tristesse pour son état de santé. Nous sommes ici dans le bureau du médecin, et nous savons tous que les ARV ne sont plus une priorité pour nos bailleurs

des fonds. Comment faire pour les remettre sur la ligne ? C'est vraiment triste. Les perdus de vue nous reviennent très malades ».

Intervenant n°3 : « Les perdus de vue se font voir seulement quand ils sont très malades. Mon sentiment est un sentiment de regret. Souvent, quand un perdu de vue me revient, je lui dis clairement qu'il n'a pas d'amour pour lui-même. Tu prends les médicaments gratuitement et tu les abandonnes ! Les perdus de vue ne savent pas combien les autres souffrent à leur place. Nous faisons beaucoup de sacrifices pour eux, mais eux-mêmes ne prennent pas leur santé au sérieux. C'est une déception ».

Intervenant n°4 : « Pour ma part, j'ai un sentiment de colère et de tristesse. Tristesse parce que je me dis qu'un perdu de vue ne sait peut-être pas les efforts que d'autres personnes déploient pour lui obtenir les ARV. Le sentiment de colère parce qu'il néglige sa propre santé. D'un côté, les autres fournissent des grands efforts pour le malade. De l'autre, il y a un patient qui ne comprend pas et qui ne prend pas au sérieux sa propre santé ».

Intervenant n°5 : « Quant à moi, j'ai un sentiment de regret, car malgré les efforts fournis, le malade abandonne le traitement. Il ne comprend pas ce que les autres font pour lui ».

Intervenant n°6 : « J'ai un sentiment de joie et de tristesse. La joie est celle de revoir le perdu de vue. Mais, dans quel état de santé nous revient-il ? C'est vraiment triste. Dans notre pays, il y a des milliers des personnes vivant avec le VIH. Mais très peu sont sous traitement antirétroviral parce que les ARV ne sont pas disponibles pour tout le monde. Or, ces perdus de vue reviennent très malades. Comment les réinsérer sur la liste, peut-être qu'ils ont déjà été remplacés par ceux qui étaient dans la file d'attente. C'est triste. Avec des moyens limités, ça devient difficile de faire quelque chose pour un perdu de vue qui revient très malade ».

Intervenant n°7 : « Pour moi, il y a deux choses : la déception et le regret. Regret parce que le perdu de vue va tout droit vers sa mort. La déception parce que nous faisons beaucoup de sacrifices pour accompagner, aider et soutenir les PVV. Mais

les perdus de vue nous font travailler en vain. Ils nous font travailler comme des chevaux, après ils abandonnent. Nous travaillons en vain ».

2.3.3. Entretien avec des soignants séropositifs du RNOAC

Intervenant n°1 : « L'une des causes des perdus de vue, c'est le leader religieux. Certains perdus de vue PVV que nous avons récupérés étaient là vivants. Mais après, ils ont abandonné le traitement parce que leurs pasteurs ont dit d'arrêter avec les médicaments, ils ont déjà prié pour eux, c'est fini, ils sont guéris. Comme c'est le pasteur, l'envoyé de Dieu qui le dit, la PVV a confiance, elle dit amen, c'est fini, elle va jeter les médicaments. Quant à nous, nous observons deux à trois mois, la personne ne se présente plus. Quand nous allons la chercher, elle nous dit : « bon je ne viendrai plus parce que le pasteur m'a dit qu'il a prié pour moi, c'est fini, c'est parti, je suis guérie ». L'une des causes, c'est le leader religieux qui n'a pas l'information sur le VIH/SIDA. À mon avis, ces pasteurs trompent en disant aux personnes vivant avec le VIH/SIDA qu'elles sont guéries du VIH. C'est ainsi que les gens abandonnent le traitement et ne viennent plus au centre. Ce sont les pasteurs qui sont à la base des perdus de vue. Quand je dis les pasteurs, il s'agit des pasteurs des Églises de réveil.

La deuxième cause d'abandon, c'est la PVV elle-même. Quand elle se sent forte, elle va chercher une activité génératrice de revenu. Elle fait un long voyage et elle peut prendre une réserve des médicaments. Elle pensait faire un mois ou deux, mais le voyage lui prend trois ou quatre mois. Depuis lors, elle n'est plus en contact avec nous. Nous ne savons plus la localiser. Vous allez seulement la retrouver quand elle va revenir. Elle vous dit que c'est depuis trois, quatre mois qu'elle n'a pas pris les médicaments. Vous voyez, la personne s'est rétablie, elle va chercher comment vivre et elle est coupée de son centre de prise en charge.

La troisième cause, c'est la clandestinité des PVV. Il y a certaines PVV, surtout les femmes, qui ne veulent pas révéler leur état sérologique à leurs conjoints. Pour faire voir à son conjoint qu'elle est en bonne santé, la femme prend les médicaments en secret et à un certain moment elle abandonne le traitement. Et si son époux la surprend une ou deux fois en train de prendre

les médicaments et qu'il lui pose la question de savoir pourquoi elle prend des médicaments, la femme peut même prendre tous les médicaments et aller les jeter. En tout cela, elle veut gagner la confiance de son conjoint. Je peux dire que c'est une personne qui n'est pas encore sortie de la clandestinité. Elle n'a pas encore accepté son état sérologique. La personne ne s'accepte pas encore comme personne vivant avec le VIH/SIDA. Elle ne veut pas non plus que les gens sachent qu'elle est sous traitement antirétroviral.

La quatrième cause, c'est la stigmatisation sous toutes ses formes : la stigmatisation de la PVV par elle-même ainsi que la stigmatisation par les autres. La PVV pense qu'en la voyant prendre les médicaments, les gens la pointent du doigt. La stigmatisation vient aussi de l'extérieur. Les gens qui voient la PVV prendre son traitement commencent à se moquer d'elle en lui disant : « toi avec tes médicaments là, il n'y a que toi ? Pourquoi les autres ne prennent-ils pas les médicaments comme toi ? ». Tout cela décourage la PVV. Elle abandonne le traitement.

Il peut y avoir d'autres causes, mais à mon avis, en tant que PVV et à force de vivre dans le réseau des personnes vivant avec le VIH, je pense que les plus courantes sont celles que je viens d'énumérer. Selon les quelques cas des perdus de vue que nous connaissons, si vous suivez de près, vous vous rendez compte qu'il s'agit de ces quatre causes : le pasteur, la conjoncture, la clandestinité ou la stigmatisation.

Il y a une autre catégorie des perdus de vue qui ne sont pas du tout des perdus de vue. Ceux-ci sont des gens qui se font dépister dans plusieurs centres à la fois. S'ils se rendent compte que dans tel centre on paye mieux, c'est-à-dire le traitement est gratuit, ils y restent. Ils ne rentrent plus là où ils contribuaient avec 500FC ou 1000FC. Ils ne sont pas des perdus de vue, ils sont quelque part. Il y a dédoublement. De fois, les gens changent d'identité selon qu'ils se présentent dans tel ou tel autre centre. C'est l'expérience que nous avons, pour avoir vécu longtemps dans ce réseau.

Pour éradiquer le phénomène des perdus de vue, nous, dans notre réseau des personnes vivant avec les VIH, nous avons les groupes d'auto-support. Nous

nous connaissons. Nous faisons le *positiv-living*, l'éducation à une vie positive. Nous donnons l'information pour une vie positive. Par cette information, la personne sort de la clandestinité, accepte son état sérologique, et mène une vie positive. À travers ce groupe, nous organisons des visites à domicile, des activités génératrices de revenus. Nous sensibilisons aussi la communauté pour qu'elle change de comportement. Si les gens stigmatisent les PVV, c'est aussi par ignorance. Le jour qu'ils vont faire le dépistage, peut-être eux-mêmes aussi passeront dans la catégorie des PVV qu'ils stigmatisaient. Nous organisons des sensibilisations de proximité. La sensibilisation est aussi un instrument pour éradiquer le phénomène des perdus de vue.

Il faut aussi amener l'information aux pasteurs parce qu'à mon avis, ce qui leur manque, c'est l'information. Ils n'ont pas d'information sur le VIH. Ils connaissent seulement leur spiritualité. S'ils avaient une bonne information, ils comprendraient qu'on ne peut pas guérir du VIH/SIDA. Pour moi, ce qui manque c'est l'information.

Le sentiment que nous avons vis-à-vis des perdus de vue, c'est d'abord un sentiment de regret, parce que la personne est désormais exposée à une résistance au traitement. Comme elle a suspendu la prise des médicaments, elle a mille chances de connaître un échec thérapeutique. Nous pouvons tout faire pour la remettre sous traitement, mais la personne va connaître un échec thérapeutique. Vous voyez par exemple les deux cas qui sont ici derrière, ils ont abandonné le traitement depuis. On n'attend plus que la mort.

Nous voulons que le religieux soit avec nous. Nous avons besoin de son soutien. Ce qui manque au pasteur, c'est l'information. S'il a l'information, il peut bien nous aider. Quand le pasteur parle, nous les fidèles nous disons *amen*, parce que c'est Dieu qui parle à travers lui. Vous voyez par exemple le pasteur qui disent à leurs fidèles qu'ils sont guéris, il faut abandonner les médicaments, les patients obéissent ».

Intervenant n°2 : L'emploi de temps du deuxième prestataire du RNOAC que nous avons interviewé ne lui a pas permis de répondre à toutes nos préoccupations.

L'unique point que nous avons abordé est celui des causes qui sont à la base du phénomène des perdus de vue. L'entretien s'est déroulé en lingala. Nous en donnons la traduction littérale :

« Le profit est à la base des perdus de vue de notre groupe. Certains ont plusieurs lieux où ils suivent les soins. Ils changent de noms et d'adresse. Ils prennent des produits ici et là. Nous ne savons pas ce qu'ils font avec d'autres. Il nous arrive souvent d'aller chercher un perdu de vue. Quand nous arrivons chez lui, il se cache. En plus, il ne veut révéler son état sérologique à personne, pas même à son entourage. Une fois, je suis allée chercher un perdu de vue, un handicapé. Quand je l'ai trouvé, il m'a dit qu'il est déjà guéri. Selon lui, une révélation a eu lieu dans son Église attestant qu'il est guéri ».

Conclusion

Le premier chapitre nous a permis de comprendre que dans la prise en charge globale de la PVVIH, une *alliance thérapeutique* a été scellée entre le patient et le soignant dès le premier jour de la consultation. En abandonnant les soins, la personne vivant avec le VIH/SIDA rompt cette alliance. Ce n'est que plus tard, lorsqu'elle se rendra compte que sa santé va de mal en pi qu'elle cherchera à la restaurer. Mais restaurer cette alliance qu'elle avait pourtant rompue. Or l'accès au traitement antirétroviral est un véritable parcours de combattant : moins de 10% des PVVIH éligibles bénéficient de cette Denrée rare. Abandonner ce traitement, c'est signer sa propre mort. En effet la plupart de ces patients meurent dans leur isolement, d'autres développent un échec thérapeutique. Le patient et le soignant se sentent ainsi impuissants de trouver solution à cette dégradation de la qualité de la santé qu'ils s'étaient pourtant engagés à améliorer. En plus, tous deux se sentent insatisfaits : d'une part, le prestataire est écartelé entre l'acharnement thérapeutique et l'arrêt de traitement; d'autre part, le patient n'a pas recouvré sa santé ni son image qu'il voulait à tout prix préserver.

Une chose reste cependant évidente : le perdu de vue et le soignant sont tous engagés dans la lutte contre la souffrance causée par le VIH/SIDA et ils cherchent à améliorer la qualité de vie du patient, mais ils y vont différemment. Le premier combat la souffrance en l'augmentant et veut sauver la vie en la détruisant, consciemment ou non. Le second, par contre, propose des voies de sortie que la PVVIH juge moins efficaces. Dès lors, le dialogue santé-souffrance-salut se trouve dans une ambivalence. Analysons à présent le contenu de cette enquête pour en comprendre le sens

TROISIÈME CHAPITRE

ANALYSE DE CONTENU DE L'ENQUÊTE

De verbatims d'entretien que nous venons de présenter au deuxième chapitre découlent divers renseignements qu'il convient de réorganiser afin d'en saisir le sens. Pour mener à bien ce travail, il est impérieux de nous choisir une méthode d'analyse qualitative. Pierre Paillé et Alex Mucchielli en énumèrent sept: analyse contextualisante, analyse structurale, analyse métaphorique, analyse en mode écriture, analyse par questionnement analytique, analyse thématique et analyse à l'aide des catégories conceptualisantes¹⁵⁹. En ce qui nous concerne, nous optons pour l'analyse thématique. Cette méthode permet de poser rapidement le diagnostic qui orientera la suite de notre recherche et posera les jalons des enjeux de l'articulation santé-souffrance-salut. C'est pourquoi, dans le traitement des verbatims, nous recourons aux thèmes, c'est-à-dire à des extraits fournissant des indications sur la teneur des propos¹⁶⁰. Le thème se distingue de la rubrique qui, elle, renvoie à ce dont il est question dans un extrait du corpus à analyser, mais sans pourtant en donner des renseignements¹⁶¹.

À l'aide des thèmes, nous nous efforçons de comprendre les propos recueillis. En d'autres termes, il s'agit là d'un travail systématique de synthèse. De la sorte, nous relevons tous les thèmes pertinents en rapport avec l'objectif général de notre recherche : enjeux de l'articulation santé-souffrance-salut. Ainsi, c'est par des courtes expressions que nous dégageons l'essentiel des propos recueillis.

Pour réaliser ce travail de thématisation, nous nous sommes servis du papier pour la simple raison que ce support traditionnel présente un grand avantage en ce sens qu'il permet un contact physique avec le corpus¹⁶². Nous avons relu plusieurs fois les verbatims afin d'en dégager quelques premiers thèmes dans le but de nous approprier les éléments saillants du corpus. Dans cet effort de thématisation, une attention particulière était accordée au niveau d'inférence, c'est-à-dire à « l'opération logique par laquelle l'analyse passe de l'examen d'une portion de matériaux à l'attribution d'un thème par cet extrait »¹⁶³. Et pour valider nos inférences, nous avons recouru au niveau de correspondance avec le réel tout en ayant à l'esprit l'idée selon laquelle une inférence de faible niveau présente un rapport étroit et direct entre les indices et le thème proposé. Par contre, une inférence élevée présente un rapport éloigné et

¹⁵⁹ Cf. Pierre PAILLÉ et Alex MUCCHIELLI, *o.c.*, p. 99-274.

¹⁶⁰ Cf. *Ib.*, p. 14.

¹⁶¹ Cf. *Ib.*, p. 13-14.

¹⁶² Cf. *Ib.*, p. 164.

¹⁶³ *Ib.*, p. 176.

distant entre les indices et le thème¹⁶⁴. Le tableau suivant indique les différents thèmes qui se dégagent de nos entretiens.

Tableau I : Les raisons qui ont conduit la PVVIH à abandonner les soins

Causes	Effectif	%
Églises proclamant la guérison-miracle	11	14,9
Clandestinité de la PVVIH	9	12,1
Confusion entre santé et guérison chez la PVVIH	8	10,8
Non acceptation de soi	8	10,8
Traitement à vie	7	9,6
Perte d'espoir de vivre	7	9,6
Manque d'argent	6	8,1
Rejet de la PVVIH par ses proches	5	6,8
Effets secondaires des ARV	4	5,4
Stigmatisation de la PVVIH	4	5,4
Culpabilisation de la PVVIH	3	4,1
Tradi-praticiens prétendant guérir le SIDA	2	2,7
TOTAL	74	100

L'interprétation de ce tableau révèle que la PVVIH abandonne les soins médicaux pour les raisons suivantes : guérisons-miracles proclamée par les Églises (14,9%), clandestinité (12,16%), confusion entre santé et guérison (10,8%), non acceptation de soi (10,86%), perte d'espoir de vivre (9,8%), traitement à vie (9,6%), manque d'argent (8,16%), rejet (6,8%), stigmatisation (5,4%), effets secondaires des ARV (5,46%), culpabilité (4,16%), tradi-

¹⁶⁴ *Ib.*, p. 176.

praticiens prétendant guérir le SIDA (2,76%). Ces thèmes peuvent être regroupés afin de cerner davantage leur signification comme l'indique le tableau ci-dessous :

Causes	Effectif	%
Causes psycho-affectives : culpabilité, stigmatisations, non acceptation de soi, clandestinité, perte d'espoir de vivre.	36	48,6
Croyance : Églises, tradi-praticiens	13	17,6
Causes physiques : traitement à vie, effets secondaires des ARV	11	14,9
Causes cognitives : confusion	8	10,8
Causes économiques : manque d'argent	6	8,1
TOTAL	74	100

Ce tableau révèle cinq causes qui sont à la base de l'abandon des soins par la PVVIH: causes psycho-affectives (culpabilité, stigmatisation, non acceptation de soi, clandestinité, perte d'espoir de vivre) (48,6%), croyance (les Églises promettant la guérison-miracle, les tradi-praticiens prétendant guérir le SIDA) (17,6%), causes physiques (traitement à vie, effets secondaires des ARV) (14,9%), causes cognitives (confusion) (10,8%), causes économiques (manque d'argent) (8,1%).

Les différents thèmes qui viennent d'être dégagés donnent à penser le sens : sens du VIH/SIDA et de la souffrance qu'il entraîne, sens de la vie et de la mort, sens de la santé et de la guérison, sens de l'échec. Préalablement à ces questions existentielles, les patients *perdus de vue* donnent à penser l'alliance thérapeutique.

3.1. La notion d'alliance thérapeutique

Nous avons vu qu'avant d'être mis sous traitement antirétroviral, le patient séropositif passe par le counseling aussi bien psychologique que médical. Le but poursuivi par cette pratique, c'est d'amener la PVVIH à participer à sa prise en charge globale et à adhérer aux soins. Voilà pourquoi une série de renseignement lui est fournie afin qu'il comprenne le bien

fondé du traitement antirétroviral. Les effets secondaires de la trithérapie, le risque d'échec thérapeutique lui sont également expliqués. Le counseling de suivi se situe dans la foulée de cet accompagnement. Ceci rejoint l'idée d'*alliance thérapeutique* au sens où Paul Ricœur emploie ce terme dans une perspective clinique¹⁶⁵. Pour cet auteur, en effet, l'*alliance thérapeutique* est une situation dans laquelle le patient individuel est mis en relation interpersonnelle avec un médecin individuel. Dans cette relation, le patient porte au langage sa souffrance en la prononçant comme plainte. Celle-ci comprend deux volets, l'un descriptif et l'autre narratif. Dans le premier, le patient exprime sa préoccupation à travers les symptômes ; dans le second il parle à partir de sa propre histoire qu'il construit et reconstruit. De son côté, le médecin fait l'autre moitié du chemin en formulant le diagnostic et en prononçant la prescription¹⁶⁶. Ainsi, entre les deux parties se tisse un lien par lequel le médecin s'engage à suivre son patient, et celui-ci s'engage à se conduire comme agent de son propre traitement. Ce pacte devient ainsi une sorte d'alliance scellée contre un ennemi commun qu'est la maladie¹⁶⁷.

En commentant ce propos de Paul Ricœur, Dominique Jacquemin écrit :

« Suivre un patient implique l'idée d'un cheminement, d'une marche commune où ni le soignant, ni la personne soignée ne se trouvent en situation d'étrangeté mais souligne également la remise en évidence d'une certaine temporalité, toujours nécessaire lorsqu'il est question de cheminer au rythme de l'autre (...). Quant à la notion d'agent de son traitement pour le patient, elle apparaît tout aussi importante : la personne sujet et objet de soins y engage également une réelle responsabilité »¹⁶⁸.

Prolongeons, autant que faire se peut, la pensée de Paul Ricœur et le commentaire de Dominique Jacquemin en les mettant en lien avec notre problématique. La souffrance causée par le VIH/SIDA fragilise le malade dans toutes les dimensions de sa vie. L'enquête a montré s'en consultant le médecin, certains patients ne s'attendent pas au diagnostic d'une sérologie positive. La nouvelle est pour eux comme une foudre qui frappe à l'improviste. Pour d'autres, ce diagnostic était prévisible, mais leur souhait était que leur sérologie soit négative. Et donc, dans un cas, comme dans un autre, la nouvelle est difficile à porter. L'*alliance thérapeutique* scellée entre les deux parties oblige le médecin et le patient à cheminer ensemble de telle sorte que ni l'un ni l'autre ne se sente étranger. En rompant cette alliance, le patient crée une situation d'étrangeté. Le médecin ne sait plus le suivre. Devenue *perdue de vue*, la PVVIH devient

¹⁶⁵ Cf. Paul RICŒUR, *Le Juste*, t. 2, Paris, Esprit, 2001, p. 227-243.

¹⁶⁶ Cf. *Ib.*, p. 230.

¹⁶⁷ Cf. *Ib.*, p. 230.

¹⁶⁸ Dominique JACQUEMIN, *Quand l'autre souffre : éthique et spiritualité*, p. 95-96.

étrangère à son Institution des soins. Dans son retranchement, elle mène une vie sans issue. Son système immunitaire s'affaiblit de plus en plus. Perdant sa masse corporelle, elle souffre d'infections dues à l'immunodéficience. L'issue est fatale. Ces complications pourraient être évitées si le patient avait tenu ses promesses à se conduire comme agent de son propre traitement. Pour sa part, le soignant qui s'était engagé à suivre le patient est privé d'un partenaire sans lequel l'alliance tombe caduque.

Le résultat de l'enquête révèle que cette rupture de l'*alliance thérapeutique* est la résultante d'un conflit d'interprétation de la maladie et de la souffrance.

3.2. Sens de la maladie et de la souffrance

L'interprétation des données recueillies révèle que le VIH/SIDA et la souffrance qu'il entraîne sont perçus de trois manières : conséquences du péché, cause du péché, et mauvais sort.

3.2.1. Conséquence du péché

Il convient de rappeler que le principal mode de contamination est la transmission du virus par des pratiques sexuelles risquées. Voilà pourquoi, la pandémie fait penser en premier lieu au dévergondage sexuel, et donc au péché. En effet, comme l'affirme Adelin N'Situ :

« La découverte de la maladie donne au malade les sentiments d'avoir mal géré sa sexualité ou d'avoir été roulé par un(e) partenaire (...). Le malade et certains membres de son entourage peuvent établir directement l'équation qui stipule que l'infection VIH/SIDA égale vagabondage sexuel »¹⁶⁹.

D'une part, cette conception conduit à regarder la PVVIH comme un pécheur public. D'où la stigmatisation et le rejet. D'autre part, la PVVIH se considère comme responsable de son comportement sexuel risqué. D'où le sentiment de culpabilité, d'auto-stigmatisation, de clandestinité, etc. Adelin N'Situ ne dit pas autre chose :

« La culpabilité s'observe fréquemment chez les P.V.V., surtout pour ceux qui se reconnaissent l'avoir contracté par un comportement individuel conscient et irresponsable, et aussi ceux qui par ce comportement apportent la maladie aux autres »¹⁷⁰.

¹⁶⁹ Adelin N'SITU, *L'impact psychologique, spirituel et émotionnel du VIH/SIDA*, dans *Maladie et Souffrance en Afrique noire : l'Église interpellée par la pandémie du Sida*, p. 37.

¹⁷⁰ *Ib.*, p. 38.

Pour illustrer nos propos, reprenons ces paroles d'une PVVIH que nous avons interrogée : « Je me disais que c'est moi qui lui ai transmis le virus ; elle est morte et moi je suis resté en vie. Je ne sais même pas qui m'a transmis le VIH. Je ne connais pas non plus tous les gens à qui je l'ai transmis (...). C'est la révolte qui me prenait. J'ai abandonné les soins et j'ai commencé à boire en désordre. J'ai rechuté et j'étais très malade ».

Au fond de cette révolte se cache le sentiment de culpabilité. Le patient se sent pécheur et reproche sa propre conduite. Quelques expressions courantes à Kinshasa renforcent ce sentiment de rapport du VIH/SIDA au péché. Sans être exhaustif, nous nous limitons à deux d'entre elles : « aliaki biloko ya mbwa », ce qui se traduit littéralement par : « il a mangé les choses du chien », pour dire que tel est infecté. La deuxième expression que nous retenons est la suivante : « akota ndako » qui nous pouvons rendre littéralement par « il est entré dans la maison ou il s'est enfermé dans la maison », pour signifier qu'un tel se cache dans la maison parce qu'il est infecté.

Explicitons ces deux expressions. En milieu kinois, le chien est considéré comme le plus « prostitué » de tous les animaux domestiques. Dire que tel a « mangé les choses du chien », c'est affirmer qu'il s'est prostitué ou encore qu'il a eu des rapports sexuels avec une prostituée, et c'est pour cette raison qu'il est infecté. Dès lors, le VIH/SIDA devient une conséquence du péché, une sanction que Dieu inflige aux pécheurs du sexe. Voilà pourquoi, n'arrivant pas à supporter le poids du « péché » qui pèse sur elle, la PVVIH préfère abandonner les soins médicaux pour se recroqueviller. D'où l'expression « akota ndako ». Le patient se cache dans la maison pour échapper à la condamnation sociale et à la stigmatisation. Le regard de l'autre lui apparaît comme « accusateur ».

En ce sens, la PVVIH développe un double sentiment. D'une part, le monde lui apparaît comme dépeuplé ; d'autre part, autrui (autre) lui apparaît comme ne pouvant pas le comprendre ni l'aider¹⁷¹. Ce double sentiment conduit certains patients à développer l'esprit de vengeance ainsi que d'autres comportements conduisant au péché.

¹⁷¹ Cf. Paul RICŒUR, *La souffrance n'est pas la douleur* (http://cges.umn.edu/docs/Ricoeur.La_souffrance_nest_pas_la_douleur.pdf., page consultée le 3 janvier 2012).

3.2.2. Cause du péché

L'enquête a révélé que le VIH/SIDA est aussi considéré comme cause du péché. Nous en voudrions pour preuve ces propos recueillis auprès des personnes que nous avons interrogées :

« Certaines PVV, surtout les femmes, ne veulent pas révéler leur état sérologique à leurs conjoints. Pour faire voir à son conjoint qu'elle est en bonne santé, la femme prend les médicaments en cachette, et à un certain moment elle abandonne le traitement. Et si son époux la surprend une ou deux fois en train de prendre les médicaments et qu'il lui pose la question de savoir pourquoi elle prend ces produits pharmaceutiques, la femme peut même prendre tous les médicaments et aller les jeter. En tout cela, elle veut gagner la confiance de son conjoint. Je peux dire que c'est une personne qui n'est pas encore sortie de la clandestinité. Elle n'a pas encore accepté son état sérologique. La personne ne s'accepte pas encore comme personne vivant avec le VIH/SIDA. Elle ne veut pas non plus que les gens sachent qu'elle est sous traitement antirétroviral ».

Ces propos d'un soignant séropositif vont dans le même sens que ceux d'un assistant social s'exprimant en ces termes :

« D'autres malades abandonnent les traitements pour que leurs conjoints ne découvrent pas qu'ils sont séropositifs. Nous avons le cas d'une femme qui était sous traitement et que nous accompagnions. Après un temps, elle s'est mariée sans nous informer. Elle venait au Centre juste pour prendre son médicament. Elle n'avait jamais dit à son époux qu'elle était séropositive. Elle prenait ses médicaments en cachette. Elle obligeait son mari à pratiquer les rapports sexuels protégés. Pendant les fiançailles, son partenaire acceptait cette pratique. Quand ils se sont mariés, son mari ne pouvait plus tolérer cette pratique. C'est ainsi que l'épouse était dans l'obligation de lui révéler son statut sérologique. Et le mari a demandé le divorce. C'était la fin de leur mariage. Celles qui tiennent à leurs mariages ne dévoilent pas leur statut sérologique. Certaines femmes arrivent même à abandonner le traitement par peur d'être surprise un jour en train de prendre les ARV ».

Le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* de juillet 2013 abonde dans le même sens. En effet, dans son numéro consacré à une enquête portant sur la prise en charge médicale et les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA, ce périodique révèle que 14% des PVVIH n'ont jamais révélé leur statut sérologique à leurs conjoints, tandis que 69% n'en ont pas informé leurs partenaires sexuels¹⁷².

¹⁷² Cf. *Vivre avec le VIH : premier résultat de l'enquête ANRS-VESPA2*, dans *BEH*, 26, 27 (juillet 2013) (http://www.invs.sante.fr/beh/2013/27/2013_26-27_0.html, consulté le 19 août 2013).

Or la loi congolaise portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées stipule que :

« Conformément à l'article 40 de la Constitution, les personnes vivant avec le VIH/SIDA et les personnes affectées ont droit au mariage et à la procréation, moyennant information et consentement éclairé »¹⁷³.

Cet article de la loi congolaise renferme aussi bien des droits que des obligations. À côté du droit de la PVVIH au mariage et à la procréation, se trouve l'obligation de révéler sa sérologie à son partenaire et d'obtenir de celui-ci un consentement éclairé. La notion du consentement éclairé suppose qu'en plus d'une connaissance des risques généraux liés au VIH/SIDA, une transparence concernant le statut sérologique de chaque partenaire au sein du couple. Omettre d'informer son partenaire de sa séropositivité est une faute de la part du partenaire infecté¹⁷⁴. Or, dans le cas de la clandestinité, l'information ainsi que le consentement éclairé font défaut.

En droit canonique, l'on parlerait de vice du consentement¹⁷⁵ et de dol¹⁷⁶. D'un point de vue strictement théologique, il y a lieu de parler du péché. Cacher son statut sérologique à son conjoint ne vient pas de la nature de l'homme et de la femme, ni de la nature de leurs relations, il s'agit plutôt d'une manifestation du péché¹⁷⁷. En effet, le mensonge est une œuvre diabolique¹⁷⁸. Cette longue citation du *Catéchisme de l'Église catholique* est plus qu'éclairante à ce propos:

« Mentir, c'est parler ou agir contre la vérité pour induire en erreur celui qui a le droit de la connaître. En blessant la relation de l'homme à la vérité et au prochain, le mensonge offense la

¹⁷³ RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Loi n°08/011 du 14 Juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées*, Article 8. L'article 40 de la Constitution quant à lui stipule : « Tout individu a le droit de se marier avec la personne de son choix, de sexe opposé, et de fonder une famille. La famille, cellule de base de la communauté humaine, est organisée de manière à assurer son unité, sa stabilité et sa protection. Elle est placée sous la protection des pouvoirs publics. Les soins et l'éducation à donner aux enfants constituent, pour les parents, un droit naturel et un devoir qu'ils exercent sous la surveillance et avec l'aide des pouvoirs publics. Les enfants ont le devoir d'assister leurs parents. La loi fixe les règles sur le mariage et l'organisation de la famille » (ASSEMBLÉE NATIONALE DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Constitution de la République Démocratique du Congo*, dans *Journal officiel de la République Démocratique du Congo*, numéro spécial (février 2006), Article 40).

¹⁷⁴ Cf. Caroline KAMDOUM, *Secret médical et SIDA : l'information du partenaire* (<http://www.maisonmedicale.org/Secret-medica>, page consultée le 03 mai 2013).

¹⁷⁵ Cf. *Code du Droit Canonique* (1983), Can. 125-126.

¹⁷⁶ Cf. *Ib.*, Can. 1321.

¹⁷⁷ Cf. *Catéchisme de l'Église Catholique*, n°1607.

¹⁷⁸ Cf. *Ib.*, n°2482.

relation fondatrice de l'homme et de sa parole au Seigneur. La gravité du mensonge se mesure selon la nature de la vérité qu'il déforme, selon les circonstances, les intentions de celui qui le commet, les préjudices subis par ceux qui en sont victimes. Si le mensonge, en soi, ne constitue qu'un péché véniel, il devient mortel quand il lèse gravement les vertus de justice et de charité. Le mensonge est condamnable dans sa nature. Il est une profanation de la parole qui a pour tâche de communiquer à d'autres la vérité connue. Le propos délibéré d'induire le prochain en erreur par des propos contraires à la vérité constitue un manquement à la justice et à la charité. La culpabilité est plus grande quand l'intention de tromper risque d'avoir des suites funestes pour ceux qui sont détournés du vrai. Le mensonge est une véritable violation faite à autrui. Il l'atteint dans sa capacité de connaître, qui est la condition de tout jugement et de toute décision. Il contient en germe la division des esprits et tous les maux qu'elle suscite. Il sape la confiance entre les hommes et déchire le tissu des relations sociales »¹⁷⁹.

En cachant la vérité à son partenaire, le conjoint infecté peut délibérément contaminer ce dernier. Ce comportement rend perplexe le soignant informé du statut sérologique et de la tromperie du patient. En lui s'ouvre une déchirure entre le vouloir dire et l'impuissance à dire¹⁸⁰. Caroline Kamdoun ne dit pas autre chose lorsqu'elle écrit à propos du médecin:

« Face à un patient qui refuse d'informer son partenaire sexuel de sa séropositivité, le médecin est tiraillé entre sa responsabilité d'assistance à ce partenaire ainsi mis en danger et le respect du secret médical, base de la relation de confiance avec les patients et le devoir d'ordre public»¹⁸¹

En d'autres termes, le soignant se demande s'il faut, oui ou non révéler la sérologie d'un tel patient à son partenaire. La loi congolaise stipule à ce propos :

« Les informations sur le test de dépistage du VIH pratiqué sur une personne ne peuvent être révélées aux tiers qu'avec le consentement exprès de la personne concernée, dans l'intérêt de cette dernière ou sur réquisition des autorités judiciaires (...) »¹⁸².

Par ailleurs, poursuit la Loi :

« Toute personne se sachant séropositive informe aussitôt son conjoint et ses partenaires sexuels de son statut sérologique ou VIH. Toutefois, si le patient s'abstient de faire connaître son statut

¹⁷⁹ *Ib.*, n°2483-2486.

¹⁸⁰ Cf. Paul RICŒUR, *art.cit.* p.2.

¹⁸¹ Caroline KAMDOUM, *art.cit.*

¹⁸² RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées*, art. 40

sérologique à son conjoint, le médecin peut, à titre exceptionnel, déroger au secret professionnel »¹⁸³.

Cette dérogation ne résout cependant pas le dilemme du soignant écartelé entre le respect du secret professionnel et l'obligation d'assistance à personne en danger. Pour certains auteurs, le secret professionnel est absolu et ne peut faire objet d'une quelconque dérogation. Pour d'autres, par contre, lorsqu'une PVVIH ne veut pas révéler son statut sérologique à son conjoint ou à ses partenaires, les soignant a le droit de déroger au secret professionnel. L'étude de Rosane Maumaha et Joël Monzée est éclairante à ce propos. Réfléchissant sur la possibilité de déroger ou non au secret professionnel face à un patient séropositif refusant de révéler sa séropositivité à son partenaire, ces deux auteurs dégagent deux courants: l'un absolutiste et l'autre relativiste¹⁸⁴.

Pour le premier courant, le médecin ne devrait pas révéler la séropositivité d'un patient à son partenaire, car cette divulgation expose le client à la stigmatisation, à la discrimination et au rejet par la population. En plus, une fois que le secret est divulgué, la personne infectée peut se sentir dévalorisée et voir sa dignité remise en question. Dans les mœurs, le patient séropositif est souvent perçu comme responsable de sa maladie et aussi comme un dévergondé sexuel. C'est dans ce sens que ces auteurs préconisent le strict respect du secret thérapeutique en soulignant que la révélation du statut sérologique au partenaire peut également fragiliser le pacte de confiance entre patients et médecins, et favoriser ainsi la méfiance envers sa structure de santé ou le refus de se soumettre volontairement aux tests de dépistage. Pour ces auteurs, la dérogation au secret professionnel constitue une violation des principes éthiques relatifs au respect de la personne, à la dignité humaine et à l'autonomie.

Pour d'autres penseurs, par contre, face à un patient infecté adoptant des comportements irresponsables, le médecin informera le partenaire plutôt que de se retrancher derrière le secret médical. C'est dans sens, leur semble-t-il, que pour contrer l'épidémie, il est moralement juste de révéler le secret thérapeutique du point de vue de la justice qui privilégie l'intérêt de la santé publique.

¹⁸³ *Ib.*, art. 41.

¹⁸⁴ Cf. Rosane MAUMAHA et Joël, MONZÉE, *Le secret thérapeutique : influences socioculturelles et implications pour les professionnels de santé* (<http://ethiquepublique.revues.org/122>, consulté le 03 mai 2013)

Pour sa part, et dans un cadre beaucoup plus large des soins, Axel Liégeois préconise l'ouverture d'un espace confidentiel, c'est-à-dire un cadre dans lequel les soignants peuvent partager les informations en équipe ou en réseau¹⁸⁵.

L'auteur constate d'une part que :

« Les professionnels de soins travaillent de plus en plus en équipe pluridisciplinaire et en réseau de soins. Puisque dans ces équipes et réseaux les professionnels ont une tâche commune de soins, ils ont aussi besoin des informations nécessaires à procurer ces soins. Par ailleurs, les professionnels ont parfois besoin d'informations afin de pouvoir intervenir et garantir la santé ou l'intégrité du patient ou d'autres personnes. Ces deux situations impliquent que les professionnels puissent communiquer certaines informations. Ils attendent des conseillers spirituels qui appartiennent à l'équipe ou au réseau la même ouverture et communication d'informations »¹⁸⁶.

Le secret professionnel partagé implique que les professionnels de soins partagent entre eux les informations nécessaires à propos d'un patient sans lui demander à chaque fois son consentement. Ces professionnels ne divulguent pas les informations hors de l'équipe. Ces informations peuvent cependant être partagées en réseau, c'est-à-dire avec un groupe bien circonscrit et identifiable de professionnels de soins individuels ou issus de différentes unités ou équipes, qui assument une tâche commune dans les soins d'un patient et sont liés par le secret professionnel. Pour plus de précisions, les professionnels de soins d'une équipe appartiennent à une seule unité de soins, tandis que les soignants d'un réseau proviennent de diverses unités de soins¹⁸⁷.

Le partage du secret professionnel en équipe ou en réseau requiert cinq conditions. Premièrement, cette équipe ou ce réseau doit être bien défini comme un groupe de professionnels de soins provenant d'une seule ou de diverses unités de soins ; il doit être clairement circonscrit en tant que groupe de professionnels de soins et clairement identifiable par le patient. Deuxièmement, ensemble, ces professionnels sont responsables de soins du patient. Ceux qui ne dispensent pas de soins au patient ne font donc pas partie de l'équipe ou du réseau. Troisièmement, les professionnels de soins en équipe ou en réseau sont soumis au

¹⁸⁵ Cf. Axel LIÉGEOIS, *Pastoral counseling in care services: between confidential spece and integrated car*, dans *Counseling et spiritualité*, 25 (2006), p. 127-140; ID., *Le conseiller spirituel et le partage d'informations en soins de santé : un plaidoyer pour un secret professionnel partagé*, dans *Counseling et spiritualité*, 29 (2010), p. 85-97.

¹⁸⁶ *Ib.*, *Le conseiller spirituel et le partage d'informations en soins de santé : un plaidoyer pour un secret professionnel partagé* p. 88.

¹⁸⁷ Cf. *Ib.*, p. 90.

secret professionnel qu'ils ne divulgueront pas en dehors de l'équipe ou du réseau. Quatrièmement, lors de la mise en place du processus de soins, les professionnels de soins doivent indiquer clairement au patient quelles personnes appartiennent à l'équipe ou au réseau. Ils expliqueront ce que signifie le secret professionnel partagé et quelles en sont les conséquences. Ils demanderont au patient son consentement éclairé pour la mise en œuvre du secret professionnel partagé au sein de l'équipe ou du réseau. Cinquièmement, le secret professionnel partagé n'autorise pas à communiquer n'importe quelle information à n'importe quel membre de l'équipe ou du réseau. Les professionnels de soins doivent donc appliquer le *filtre de pertinence* lors du partage d'informations, c'est-à-dire qu'ils filtrent les informations, les examinent à base du critère de la pertinence, se limitent à la communication des informations pertinentes et gardent confidentielles les autres informations. Une information est pertinente quand elle sert à procurer les soins et à assumer la responsabilité. Si l'une de ces cinq conditions n'est pas remplie, le secret professionnel partagé ne peut se justifier¹⁸⁸.

Toutefois, il existe des situations où les professionnels de soins partagent des informations sans que le patient ne marque son consentement. Des pareilles situations sont soumises à deux conditions. Premièrement, il faut qu'il y ait une menace de dommage sérieux à la santé ou à l'intégrité physique ou psychique du patient ou d'une autre personne. Deuxièmement, il faut qu'il y ait une proportion raisonnable entre le dommage à éviter et l'atteinte causée à la confiance. Il faut donc que ce dommage sérieux ne puisse être évité autrement que par le partage d'informations. Celui-ci se justifie par la prévention ou par la réparation du dommage¹⁸⁹.

D'autre part, Axel Liégeois est d'avis que :

« Dans la pratique spirituelle, les patients s'attendent à une confidentialité encore plus stricte de la part des conseillers spirituels que les autres professionnels de soins. Il y a plusieurs raisons. D'abord, beaucoup de patients pensent que les conseillers spirituels n'appartiennent pas à l'unité de soins et n'échangent pas les informations comme le font les autres professionnels de soins. Ensuite, le secret de la confession dans l'Église catholique est absolu et inspire les patients à attendre la même confidentialité dans l'accompagnement spirituel aussi bien que dans la confession. Finalement, l'ancienne tradition de refuge dans les églises influence l'attente des

¹⁸⁸ Cf. *Ib.*, p. 91-94

¹⁸⁹ Cf. *Ib.*, p. 95-95.

patients de jouir d'un espace libre où ils peuvent s'exprimer sans crainte de conséquences négatives »¹⁹⁰.

Comme nous pouvons le constater, la réalité du VIH/SIDA touche à des questions d'ordre éthique et déontologique. D'un point de vue strictement théologique, la question se pose en termes de témoignage à la vérité et d'offense à cette même vérité, de péché par omission. En effet, si la médisance et la calomnie détruisent la réputation et l'honneur du prochain, la flatterie et la complaisance encouragent et confirment le menteur dans la malice de ses actes¹⁹¹.

Les verbatims d'entretien révèlent aussi que, non seulement la PVVIH ne veut pas révéler son statut sérologique à son conjoint, elle abandonne aussi les soins afin de gagner la confiance de son partenaire. Une question reste cependant posée : quel intérêt le patient a-t-il à exposer sa vie et celle de son conjoint ? Il semble que c'est pour conserver son mariage et/ou avoir une progéniture. Nous y reviendrons lorsqu'il sera question du sens de la vie et de la mort. Abordons à présent un autre point qui se dégage de l'analyse de contenu de notre enquête, celui de la perception du VIH/SIDA comme effet d'une force maléfique.

3.2.3. Mauvais sort

Les entretiens d'enquête révèlent que le VIH/SIDA est aussi perçu comme un mauvais sort. Ces paroles d'un assistant social nous en disent plus :

« Certaines PVV n'acceptent pas leur état sérologique. Elles rejettent tout sur l'oncle, la tante ou quelqu'un d'autre. Elles pensent que c'est de la sorcellerie et abandonnent le traitement (...). La famille devient divisée, même quand le test révèle clairement la séropositivité ».

Adelin N'Situ ne dit pas autre chose :

« La personne vit la maladie dans ce cas comme un mauvais sort jeté sur lui pour l'empêcher de réaliser sa mission sociale. Et selon la position sociale qu'occupe la personne dans le clan ou la famille élargie, cette conviction peut être renforcée par les membres de ladite famille élargie qui se lancent à la recherche d'un sorcier responsable du mauvais sort. Ceci permet de déculpabiliser la PVV mais tout en déstabilisant le réseau de relations familiales dont il a besoin pour survivre, nécessaire support pour toute personne vulnérable »¹⁹².

¹⁹⁰ *Ib.*, p. 88.

¹⁹¹ Cf. *Catéchisme de l'Église catholique*, n°2480.

¹⁹² Adelin, N'SITU, *art.cit.*, p. 39.

Coincé par ce sens de la maladie et de la souffrance qui pèsent sur lui, le patient se considère comme un « condamné à la peine capitale ». D'où la question du sens de la vie et de la mort.

3.3. Sens de la vie et de la mort

Pour cerner le sens que la PVVIH donne à la vie et à la mort, reprenons ces paroles d'un *perdu de vue* :

« J'ai abandonné le traitement parce que je n'avais plus le goût de vivre. Je me disais que j'allais mourir incessamment. Et d'ailleurs, quand j'ai annoncé ma séropositivité à ma famille, tout le monde était triste. C'était le deuil. J'avais mis mon matelas sur le pavement. Je pleurais chaque jour. J'étais très aimée de ma famille et tout le monde me faisait confiance. Du jour au lendemain, je leur annonce les résultats de l'hôpital. C'était vraiment un deuil. En réfléchissant sur tout cela, je n'avais plus le goût de vivre. Chaque fois que je me regardais dans un miroir, je pleurais car, ce n'était plus moi. Je me suis décidée d'arrêter les soins médicaux et j'ai pris la résolution de ne plus sortir... ».

Ce récit donne un double sens à la vie et à la mort : le sens physique et le sens social. D'une part, conscient d'une infection à une maladie pénible et incurable, le patient voit sa mort imminente et certaine. D'où la question suivante : « pourquoi vivre si l'on sait que ses jours sont comptés ? ». D'autre part, se considérant comme n'ayant aucune valeur dans sa société, la PVVIH vit indexée comme le lépreux de la Bible. En effet, comme l'écrit Adelin N'Situ :

« Le malade va progressivement ressentir au fur et à mesure de l'évolution de la maladie une honte pour son corps à cause de l'incapacité qu'il éprouve dans l'accomplissement de certaines activités habituelles. Ce corps qui se détériore ne valorise plus la personne. L'on se pose même la question de savoir qu'en reste-t-il avant la mort, que pourra-t-on mettre dans ce coffre qui est sensé emporter dans l'au-delà les vestiges d'une vie ? Les Kinois ont suffisamment d'humour pour peindre cette situation : "okokufa lokola makaku" (ton corps sera semblable à celui d'un singe). Humour de mauvais goût mais qui traduit à suffisance le vécu anticipatif de ce corps »¹⁹³.

En plus, quand bien même son état de santé lui permet encore de mener normalement un certain nombre d'activités physiques, le patient ne peut se permettre de procréer pour ne pas contaminer son partenaire et son enfant¹⁹⁴. Il est vrai que la loi congolaise donne à la PVVIH le droit de se marier et de procréer, moyennant information et consentement éclairé. Mais un

¹⁹³ *Ib.*, p. 37.

¹⁹⁴ *Cf. Ib.*, p. 37.

pareil droit ne va pas sans risque tant pour le partenaire de la personne infectée que pour l'enfant à naître. Or, en Afrique, la procréation revêt une importance capitale. La stérilité et toute sorte de forme d'incapacité à procréer - excepté le célibat consacré – font objet de mépris et de stigmatisation. En ce sens, toute personne mise dans une situation où il lui est interdit de procréer est perçue comme morte socialement, voire inutile pour la communauté. En outre, écrit Adelin N'Situ :

« Une personne entêtée qui ne peut donner qu'une progéniture peu valable et représentant une charge supplémentaire pour la communauté ne peut être perçue et se percevoir que comme un damné de la société. Chacun de nous sait comment il réagit quand on lui apprend que telle personne atteinte du VIH/SIDA s'est de nouveau remariée ou a eu un enfant. Et tout le monde sait comment réagit la personne devant une telle condamnation par la communauté. L'interprétation tacite ou express à accorder à cette fonction (...) fait perdre à la personne un des attributs essentiels (...) »¹⁹⁵.

Cette situation confère à la PVVIH un statut de seconde zone. Cette condamnation conduit à une honte qui se manifeste par l'isolement qui est bien connu à Kinshasa sous l'expression *akota ndako*. Voilà pourquoi certaines PVVIH ne veulent pas révéler leur sérologie à leur partenaire. En ce sens, les patients *perdus de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA révèle une image d'homme aux prises avec une souffrance globale.

3.4. Une souffrance globale

Pour comprendre la notion de la souffrance globale, nous recourons à la pensée de Marie-Sylvie Richard qui analyse ce concept dans le cadre des soins palliatifs¹⁹⁶. Selon cet auteur, la souffrance globale comprend : la douleur, l'altération de l'image corporelle, la rupture de l'équilibre, les conséquences psychologiques et morales de la maladie, les humiliations, la vulnérabilité, l'exclusion ou la marginalisation, la mise en question du sens de la vie, la peur, la souffrance de l'entourage.

¹⁹⁵ *Ib.*, p. 37.

¹⁹⁶ Marie-Sylvie RICHARD, *La souffrance globale*, dans Dominique JACQUEMIN et Didier DE BROUCKER (éd.), *Manuel de soins palliatifs*, Paris, Dunod, 2009, 3^{ème} édition, p. 147-158.

a. La douleur

Aiguë, la douleur survient brutalement plus ou moins violemment. Elle inquiète le patient, même si elle permet aussi de poser le diagnostic. Chronique, la douleur ne lâche pas le malade ; lancinante et continue, elle lui rappelle sans cesse sa maladie et absorbe toute son énergie¹⁹⁷.

b. L'altération de l'image corporelle

Par la douleur due à la maladie elle-même qui ravage progressivement son corps ou par les séquelles des traitements, le malade ne se reconnaît plus et se pose des questions sur le regard des autres. Car son corps a dorénavant changé ; il n'est plus celui qu'il avait ou qu'il se représentait. Il est désormais un corps délabré. Ainsi, le malade se replie et se marginalise, ne se sent plus digne de la considération ni de l'estime des autres¹⁹⁸.

c. La rupture de l'équilibre quotidien

Le malade expérimente une rupture de l'équilibre de sa vie quotidienne. Toutes les activités habituelles et simples qu'il accomplissait sans peine requièrent maintenant des efforts considérables et beaucoup de temps¹⁹⁹.

d. Les conséquences psychologiques et morales de la maladie

Le malade ressent une profonde inquiétude. Il se pose des questions du genre : « Vais-je guérir ? Aurai-je des séquelles ? Pourrais-je redevenir comme avant ? Existe-t-il encore des traitements ? Suis-je condamné ? ». Ce cortège de questions difficiles à poser et à entendre altère son équilibre, la maison est désormais cassée, l'avenir devient incertain. Cette inquiétude s'exprime de diverses manières, selon la personnalité et le moment : agressivité, mutisme, demande de présence, déni, questions incessantes, etc. Certains malades souhaitent obtenir les explications sur leur état et l'évolution de leur maladie, tout en les redoutant ; d'autres choisissent le silence, qui devient un jour insupportable²⁰⁰.

e. Les humiliations

Le malade souffre de sa dépendance envers les autres. Il doit se soumettre à une organisation qui ne lui est pas habituelle. Il dépend des horaires de ceux qui le soignent ou qui lui rende

¹⁹⁷ Cf. *Ib.*, p. 150.

¹⁹⁸ Cf. *Ib.*, p. 150.

¹⁹⁹ Cf. *Ib.*, p. 150.

²⁰⁰ Cf. *Ib.*, p. 150-151.

visite. Son corps subit les prescriptions et est parfois planté d'aiguilles, prolongé de tuyau, etc. Le malade se sent ainsi humilié dans son corps quel que le soin ou l'examen qui est pratiqué²⁰¹.

f. La vulnérabilité

Le malade souffre de ne pas pouvoir sauver la face et de devoir abandonner une certaine image de lui-même. Il se rend compte de sa vulnérabilité et quête autour de lui consolation, affection, réconfort²⁰².

g. L'exclusion ou la marginalisation

Le malade éprouve le sentiment d'être exclu et marginalisé, en raison de la contagion réelle ou imaginaire de sa maladie ou de sa grande faiblesse annonciatrice de la mort. Saisi de crainte, son entourage raréfie ses visites, ne sachant comment réagir dans des telles circonstances. Ainsi, le monde du malade devient un monde à part, où les critères habituels de la société (beauté, rentabilité, efficacité) deviennent caducs. Le malade se sent rejeté et mis à part du fait qu'il ne sait plus tenir ses rôles sociaux et familiaux²⁰³.

h. La mise en question du sens de la vie

Le malade est tourmenté par multiples questions existentielles : « Pourquoi moi ? À mon âge, je suis trop jeune pour mourir, qu'ai-je fait pour être malade, en quoi est-ce que je le mérite ? À quoi bon vivre encore ? ». Au fond de ces interrogations se cache la question du sens à donner à leur vie actuelle. La maladie et les questions existentielles qu'elle soulève n'épargnent pas le croyant de douter ou de se révolter²⁰⁴.

i. La peur

Le malade est envahi par des multiples peurs : les circonstances de sa mort, la séparation, inquiétude pour ceux qui restent, être abandonné, étouffement, etc. Il sollicite ainsi autour de lui une oreille attentive et compréhensive. Dans la peur d'un jugement sévère après la mort, le malade attend des paroles de pardon. Le malade qui croit en l'au-delà ne sait très bien comment se réalisera cette vie après la vie²⁰⁵.

²⁰¹ Cf. *Ib.*, p. 151.

²⁰² Cf. *Ib.*, p. 151.

²⁰³ Cf. *Ib.*, p. 151-152.

²⁰⁴ Cf. *Ib.*, p. 512.

²⁰⁵ Cf. *Ib.*, p. 152.

j. La souffrance de l'entourage

Le malade ressent très fortement la souffrance de ses proches. Il aimerait l'atténuer, ou encore il en est accablé²⁰⁶.

Après cette brève description de la pensée de Marie-Sylvie Richard sur souffrance globale, essayons de la mettre en dialogue avec la souffrance des patients perdus de vue telle qu'elle nous est révélée par notre enquête.

Les patients *perdus de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH révèlent l'image d'homme coincé et d'une société qui ne ménage aucun effort pour l'accabler par un regard de rejet, de stigmatisation et de jugement. Entrée par le pôle physique, la souffrance affecte le patient séropositif dans toutes ses dimensions : physique, psychique, éthique, religieuse. Ces quatre dimensions sont en interaction les unes les autres.

Nous avons vu les trois modes de transmission du virus : voie sexuelle, voie sanguine et la transmission de la mère à l'enfant. Ces voies sont physiques. Mais elles sont aussi en lien avec les dimensions psychique, éthique et religieuse de la personne infectée. Nous avons également vu comment le virus se développe dans le corps humain. Ce développement passe par différentes phases dont certaines sont caractérisées par la douleur, les infections opportunistes, la diarrhée et la perte de la masse corporelle. Nous avons aussi souligné les effets secondaires de la trithérapie qui conduisent certains patients à abandonner les soins.

L'augmentation du taux du virus dans le sang et la diminution de celui de lymphocyte CD4 entraîne la perte progressive de la masse corporelle et l'apparition des infections opportunistes. Cette fragilisation du corps conduit à la rupture de l'équilibre quotidienne. Ceci empêche le malade à accomplir certaines activités qui définissaient son identité sociale.

Cette affection du pôle physique a de l'impact sur les trois autres pôles. Nous avons vu les problèmes psychologiques auxquels est confrontée la PVVIH. Ces problèmes sont en majeure partie liés au sens que la société et le patient donnent à la maladie. L'enquête a révélé certaines expressions en vogue qui rendent compte de l'image que la société kinoise a de la pandémie. Cette maladie est considérée comme la conséquence d'une vie dévergondée. D'où la stigmatisation et la culpabilité.

²⁰⁶ Cf. *Ib.*, p. 152.

Coincé par cette souffrance globale, le patient séropositif cherche à tout prix la guérison. Ainsi se tourne-t-il vers les prédicateurs des miracles et les guérisseurs traditionnels qui prétendent soigner toute maladie y compris le VIH/SIDA. En réalité, le *perdu de vue* a une triple grille de lecture de sa maladie : médicale (ou moderne), religieuse, culturelle (ou traditionnelle). Être doué de raison, homme de foi et fils de sa culture, en lui les trois grilles de lecture se côtoient au quotidien. C'est ainsi qu'il passe de l'une à l'autre sans transition.

La grille médicale lui a expliqué le sens de la maladie à partir de la réalité scientifique du virus de l'immunodéficience humaine, de son mode de transmission et de la prise en charge préconisée en milieu hospitalier. Par cette explication, le médecin fait appel à plusieurs disciplines médicales : la pathologie, l'étiologie, la pathogénie, l'ontologie médicale, la sémiologie médicale, la nosologie. La liste n'est pas exhaustive. En effet, comme l'écrit Olivier Nkulu :

« Quand la médecine scientifique est appelée à expliquer la maladie, plusieurs disciplines et actes médicaux entrent en compte. Parmi les actes médicaux associés à l'explication de la maladie, il y a *le diagnostic* c'est-à-dire la réflexion menant à l'identification de la nature d'une maladie à partir des symptômes relevés par les observations ; et *le pronostic* c'est-à-dire la prédiction de la maladie et des chances éventuelles de guérison »²⁰⁷.

Le médecin a posé le diagnostic qui a révélé la présence du virus dans le sang. Il a aussi posé le pronostic selon lequel il s'agit d'une maladie incurable mais qu'on peut stabiliser grâce au traitement antirétroviral. Mais tout cela est resté comme un coup d'épée dans l'eau. Car après tout, le patient ressent un sentiment d'insatisfaction qui le pousse à immigrer vers le registre religieux.

3.5. Quête de guérison-miracle

À Kinshasa, les miracles attirent plus d'un, et tout celui qui s'y oppose est sujet de critique, comme l'écrit Paul-Marie Buetubela :

« Aujourd'hui, les Églises dites traditionnelles sont critiquées parce qu'elles se montrent méfiantes à l'égard du miracle, au moment où les Églises dites indépendantes ou de Réveil font du miracle leur cheval de bataille. Même dans l'Église catholique, on observe une tendance qui semble accentuer le goût du miracle : les messes de délivrance accueilleraient plus de participants que les

²⁰⁷ Olivier NKULU, *La maladie vue par les médecines et les croyances : un regard à partir de la phénoménologie*, Paris, Persée, 2013, p. 68.

célébrations eucharistiques ordinaires ; des célébrants se comportent à l'autel comme des véritables guérisseurs »²⁰⁸.

Dès lors, renchérit Paul-Marie Buetubela :

« Il devient de plus en plus difficile de faire semblant d'ignorer l'enseignement des chrétiens pour les merveilleux ; même ceux qui disent ne pas croire au kindoki (sorcellerie), considéré comme un produit de l'imagination populaire, ne cachent que difficilement leur envie d'adhérer à des mouvements ésotériques desquels ils espèrent obtenir miraculeusement un bonheur immédiat »²⁰⁹.

En outre, poursuit l'auteur, « pour un Africain, la maladie n'est pas seulement physique, elle est aussi et surtout sociale et religieuse (mystique). On peut dès lors comprendre l'engouement pour les miracles qui peuvent rétablir d'une manière instantanée le déséquilibre psychosomatique »²¹⁰.

Prolongeons la pensée de Paul-Marie Buetubela par quelques réflexions personnelles pour essayer de comprendre davantage l'objet de notre recherche. Nous relevons de la pensée du théologien congolais l'engouement des gens pour les miracles et leur conception de la maladie. Les gens sont attirés par la promesse d'un bonheur immédiat. La maladie est dès lors conçue comme un obstacle à la réalisation de ce bonheur. Pour comprendre cette perception dans le contexte du VIH/SIDA, rappelons ce que vient de nous révéler l'enquête : cette pandémie est perçue comme conséquence du péché, mais aussi comme un mauvais sort. Ceci ne fait qu'aggraver la souffrance globale dont il faut à tout prix se débarrasser. Il convient aussi de le rappeler, les deux *Semaines théologiques* qui ont inspiré notre recherche dénonçaient déjà la perception erronée du miracle tant chez les fidèles des Églises que chez certains ministres du culte. En effet, comme l'écrit Gilbert Shimba : l'engouement des africains pour les prières de guérison « reste en grande partie dictée par la lecture magico-religieuse qui considère le monde comme une possibilité illimitée d'énergie, des forces capables d'influencer sa vie en bien ou en mal. Cette perception se présente comme origine lointaine, comme terre fertile de prières de guérison telles que vécues chez nous à Kinshasa »²¹¹. En outre, poursuit le théologien kinois :

« Contrairement à l'opinion largement répandue selon laquelle l'origine des prières de guérison telles que vécues de nos jours à Kinshasa vient de la pauvreté et de la misère (...), l'explication

²⁰⁸ Paul-Marie BUETUBELA, *Les miracles aujourd'hui*, Kinshasa, Médiaspaul, 2002, p. 4.

²⁰⁹ *Ib.*, p. 4.

²¹⁰ *Ib.*, p. 8.

²¹¹ Gilbert SHIMBA, *Guérison par la foi dans l'Église catholique de Kinshasa : approche sociologique*, Paris, Edilivre, 2012, p. 7.

sociologique la situe dans une chaîne de facteurs regroupés en deux : les facteurs endogènes (la culture, la religion traditionnelle, l'anthropologie et la psychologie africaine) et exogènes (l'économie, la politique) »²¹².

Si la souffrance globale révèle l'image d'un homme fragilisé et coincé, la pensée de nos deux théologiens congolais permet de comprendre la perception que les patients *perdus* de vue ont de Dieu. Si le VIH/SIDA est conséquence du péché, le recourt à la prière de guérison révèle l'image d'un Dieu *Tout-Puissant et thaumaturge* avec qui il faut se réconcilier afin d'obtenir de lui la rémission des péchés et la guérison. Selon cette perception, la toute-puissance de Dieu peut aussi libérer du mauvais sort. Mais l'enquête révèle que le perdu de vue n'a pas obtenu la guérison qu'il est allé chercher chez les prédicateurs des miracles. L'image d'un Dieu *Tout-Puissant* se trouve ainsi remise en question et entre dans un conflit d'interprétation avec celle d'un Dieu vulnérable. Comment alors concilier ces deux images de Dieu ? Tel est la question théologique qui se dégage après l'échec d'une guérison miracle.

Les patients *perdus de vue* vont aussi chercher la guérison chez le guérisseur traditionnel appelé aussi tradipraticien.

3.6. Visite chez le guérisseur traditionnel

L'enquête a révélé que les personnes vivant avec le VIH/SIDA abandonnent les soins médicaux parce qu'elles vont consulter les guérisseurs traditionnels. Pour comprendre ce comportement, il faut avoir présent à l'esprit le sens de la maladie dans la culture africaine, le rôle du guérisseur traditionnel et la portée sémantique des médicaments qu'il utilise.

3.6.1. Sens de la maladie

Le registre médical moderne explique le VIH/SIDA à partir des causes comme nous venons de le voir. Le registre religieux l'interprète à partir de l'idée de Dieu, du péché et de la punition. Pour sa part, la grille traditionnelle explique la maladie à partir des causes, en lien avec l'harmonie avec Dieu, les ancêtres et les hommes. En Afrique noire, toute maladie a une cause physique et/ou mystique. La maladie est considérée comme la résultante de la transgression d'une loi sociale ou divine. Elle trouve également son explication dans la sorcellerie. Nous avons vu les différentes interprétations qui sont données à la pandémie de notre siècle. La

²¹² *Ib.*, p.97-98.

guérison réside dans la restauration de l'harmonie brisée. C'est le rôle du guérisseur traditionnel.

3.6.2. Le guérisseur traditionnel

Le guérisseur traditionnel joue un double rôle : médical et divinatoire. En effet, comme l'écrit Lino Di Mattia:

« Même si l'appel à devenir guérisseur peut revêtir plusieurs formes, c'est un fait que personne ne devient guérisseur par un choix personnel. Quand la vie de la tribu ou de l'individu est menacée par des esprits mauvais, le guérisseur peut restaurer l'harmonie et le bien-être. Il est consulté pour toutes sortes de choses et l'on attend de lui qu'il dévoile la cause de ce qui arrive, c'est pourquoi il donne la signification de la maladie dans les termes de leur cosmologie. Il n'explique pas seulement 'ce qui va mal', mais la cause et parfois 'qui en est responsable'. Le guérisseur est le canal entre le malade et l'ancêtre qui aidera à la guérison : il parle donc à l'ancêtre qui à son tour intercède auprès de Dieu »²¹³.

Cette citation permet de penser qu'il ne faut trop séparer médecine et croyance traditionnelles. Les deux sont des faces d'une même monnaie. En ce sens, le guérisseur joue un rôle à la fois médical et religieux. C'est lui qui intercède auprès des ancêtres pour la restauration de l'harmonie brisée et la santé perdue.

3.6.3. Les médicaments utilisés

Les médicaments utilisés par le guérisseur traditionnel sont dans la plupart des cas de nature végétale, et quelques fois animale. Ils sont généralement préparés par le guérisseur lui-même à cause de son rôle de médiateur entre le patient et les ancêtres. La cure médicale a pour but de restaurer l'harmonie entre le malade et le milieu ambiant. La couleur des produits joue aussi un rôle terminant : les médicaments rouges ou noirs sont sensés libérer l'organisme humain de ce qui est mauvais et le renforcent contre de nouvelles attaques, tandis que les médicaments blancs servent à redonner la bonne santé. La purge permet d'expulser de l'organisme tout impur afin que les médicaments agissent avec efficacité²¹⁴. Ce qui est recherché, c'est la santé.

²¹³ Lino DI MATTIA, *Maladie et guérison en Afrique*, dans *Souffrance, maladie et mort en Afrique subsaharienne : perspectives pour l'inculturation*, Nairobi, Mariapolis Piero, 2005, 103-104.

²¹⁴ Cf. *Ib.*, p. 110-111.

Par sa pratique, le guérisseur traditionnel ne s'arrête pas à la seule dimension physique, mais prend en compte l'homme dans sa globalité. La thérapie qu'il propose joue sur la dimension physique, psychique, éthique, religieuse-transcendante. Sa médecine n'est pas compartimentée, mais intégrative afin de restaurer la santé.

3.7. Sens de la santé

Étymologiquement²¹⁵, le mot santé vient du latin *sanitatem* qui est un accusatif de *sanitas* (santé), *sanus* qui signifie sain. Du verbe *sanare* (rendre sain, guérir) provient l'adverbe *sane* (d'une manière saine). Il est parfois employé avec d'autres adverbes comme *sane bene*, *sane sapienter* ou l'adjectif *sane bonus* ou encore des verbes comme *sane aspere*. Le contraire de *sanus* est *insanus* (malsain, malade, qui n'est pas sain d'esprit, fou, insensé) avec des mots qui en dérivent (par exemple *insanitas*). Le verbe *sanare* comprend lui aussi des vérités variées, notamment *sanatio* (guérison), *sanator* (celui qui guérit), *sanativus* (propre à guérir), *sanatorium* (lieu du traitement), *sanescio* (se guérir), *resanescio* (redevenir sensé).

Une autre famille de mots descend de *valere* (être fort, bien portant, efficace, puissant, avoir de la vigueur, de la force, du pouvoir, de l'influence). Une série de termes en est sortie, entre autres *valens* (robuste), *valenter* (fortement), *valentia* (vigueur, courage), *valentulus* (assez bien portant). Du substantif *valor* (valeur) proviennent l'adjectif *validus* (fort, bien portant), le substantif *valetudo* (bonne santé, état de santé bon ou mauvais) et ses dérivés *valentudinarius* (malade), *valentudinarium* (infirmerie, hôpital), *invaletudo* (mauvaise santé).

Paul Robert en donne quatre acceptions du concept de santé²¹⁶ :

- La santé est un bon état physiologique, un fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme humain pendant une période appréciable, indépendamment des anomalies ou des traumatismes qui n'affectent pas les fonctions vitales. En ce sens, la santé n'est pas seulement l'absence de maladies, de symptômes pathologiques, elle suppose également l'absence de menace prévisibles et un certain bien-être physique ;
- La santé est le fonctionnement plus ou moins harmonieux de l'organisme, considéré le plus souvent sur une période assez longue ;
- La santé est l'état d'un équilibre et d'une harmonie de la vie psychique ;

²¹⁵ Pour le sens étymologique du mot santé, on se reportera à Paul ROBERT, *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française : les mots et les associations d'idées*, t. 2, Paris, Société du nouveau lettré, 1966, p. 138-139.

²¹⁶ *Ib.*, p. 139.

- La santé est l'état physiologique d'un groupe social, santé de ses membres ; état de bien-être dans une société.

Pour bien comprendre le sens du mot santé, il faut remonter à l'antiquité grecque. Selon les légendes hellénistiques, Asclépios, fils d'Apollon (le Dieu de la lumière, purificateur et guérisseur) et de la Nymphé Coronis, fut un brillant élève en médecine du Centaure Chiron et un praticien efficace. Il aurait ressuscité un mort. Sur la plainte d'Hadès, Zeus (le père d'Apollon) foudroya Asclépios. La fille de ce dernier, dénommée Hygie restera en vie. La religiosité populaire fit d'elle la déesse de la santé. On adjoint ainsi un personnage féminin de la santé divinisée au culte du dieu médecin, qui n'a plus le droit de vaincre la mort et qui, par décret divin est vaincu par elle en sa propre personne. Ceci voudrait signifier un certain besoin, ambigu, d'une dualité, irréductible à l'unité, aussi bien entre la santé et la maladie qu'entre la vie et la mort²¹⁷.

Selon l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition fait l'objet de critiques.

Aujourd'hui, on se réfère à cette définition de l'OMS bien que limitée. Il lui est reproché d'être trop abstraite et idéelle. L'état de complet bien-être reste ambigu. Il faudra dépasser cette notion de bien-être et donner à la santé une dimension plus large. Cette définition semble statique. La difficulté à laquelle on se heurte tient à ce que la santé ne soit mesurable que par la voie indirecte de ses altérations dénombrées dans les statistiques de mortalité. Il est souvent facile à un médecin de préciser un diagnostic de maladie. Il lui est par contre difficile d'affirmer à son patient qu'il est en bonne santé, que tous ses organes et tous ses métabolismes sont normaux. La notion de normal, d'état optimum de bien-être physique, mental et social qui serait le même pour tous les hommes est une généralisation difficilement acceptable, car la notion de santé varie suivant les individus, les civilisations, les époques, etc. Le normal ne peut exister que par rapport à un échantillonnage effectué dans un groupe de population toujours limité dans le temps et dans l'espace. Trouver la limite entre le pathologique et le normal n'est pas facile. Les fonctions organiques, les activités intellectuelles, affectives et sociales normales varient d'un individu à l'autre.

²¹⁷ Alphonse D'HOUTAUD, *Sociologie de la santé : langage et savoir, environnement et éthique*, Paris, L'Harmattan, 1998, p. 24.

Pour sa part, Hugh Tristram estime que la définition de l'OMS dissimule l'ambiguïté du concept de santé derrière celui de bien-être. Ce dernier concept, suggère l'idée d'un style de vie satisfaisant, comprenant une adaptation réussie à l'environnement. Or le concept d'une bonne adaptation est aussi ambigu comme celui de la santé. En plus, souligne l'auteur, si la santé doit être considérée comme un état de complet bien-être physique, mental et social, personne ne pourra remplir ces critères, et donc personne ne sera dit en bonne santé. Car la santé devient un idéal régulateur que l'on poursuit mais que l'on ne pourra jamais pleinement atteindre. En outre, poursuit Hugh Tristram, si personne n'est vraiment en bonne santé, peut-on conclure que tout le monde est malade ? L'auteur propose de définir la santé comme la capacité à réaliser les fonctions qui permettent à l'organisme de se maintenir dans l'éventail des activités accessibles à la plupart des autres membres de son espèce²¹⁸.

En Afrique subsaharienne, *santé* est très proche de *vie*. Sans vouloir faire référence à l'histoire du continent noir, limitons notre réflexion sur le langage d'aujourd'hui. En Swahili, langue parlée dans la partie Est de la République Démocratique du Congo et dans certains pays de la région, *afya* (santé) est souvent compris comme *uzima* (vie). Quand on parle de quelqu'un qu'il est en bonne santé, on dit « *eko mzima* » ou encore « *iko mzima* ». Michaël Singleton, dans une étude sociologique menée en Tanzanie, affirme avoir rencontré un certain Rashidi Nyumbani, tradi-praticien fondant sa thérapie sur l'expression : « *nataka uzima* ». Se référant au *Dictionnaire swahili-français*, Michaël traduit ces mots par « *je voudrais la santé* »²¹⁹. Cette expression peut aussi se traduire par « *je voudrais la vie* », laquelle vie est à la fois précieuse et sacrée²²⁰, mais aussi fragile.

Il est cependant dommage de constater que la plupart des patients qui abandonnent les soins pour aller chercher la guérison par la prière, par le guérisseur meurent dans leur isolement, d'autres reviennent à l'hôpital plus malade qu'avant comme le révèle le tableau ci-dessous :

²¹⁸ Cf. Hugh –Tristram ENGELHARDT, *Les concept de santé et de maladie*, dans Elodie GIROUX et Maël LEMOINE (éd.), *Philosophie de la médecine : santé, maladie, pathologie*, Paris, Librairie philosophique J. VRIN, 2012, p. 232-233.

²¹⁹ Cf. Michel SINGLETON, *Du salut à la santé : demandes africaines et offres d'Églises*, dans Jean PIROTTE et Henri Derroitte (éd.), *Églises et santé dans le tiers monde hier et aujourd'hui*, Leyde, Brill, 1991, p.141.

²²⁰ *Evangelium vitae* du Pape Jean-Paul II est l'un des documents pontificaux qui aient pu développer la sacralité de la vie humaine en la rattachant à la vie divine. Il renseigne suffisamment dès ses premières pages.

Tableau II : État de santé des perdus de vue.

État de santé des « perdus de vue » reviennent à l'hôpital	Effectif	%
Plus malades qu'avant	10	100
TOTAL	10	100

La lecture de ce tableau révèle que 100% des « perdus de vue » qui reviennent à l'hôpital sont dans un état de santé très dégradée, et la plupart d'entre eux développent un échec thérapeutique. En ce sens, les perdus de vue donnent à penser l'échec.

3.8. Penser l'échec

Pour la compréhension de la notion d'échec, nous nous référons essentiellement à Dominique Jacquemin qui, pour définir ce concept commence par le distinguer de quelques autres concepts qui lui sont proches : le couple *espoir-déception*, l'*erreur*, le binôme *faute-culpabilité*²²¹.

D'abord le rapport de la notion d'échec au couple espoir-déception. Très souvent, l'échec est vécu au regard d'un espoir déçu, sans toutefois se réduire à cette déception. L'échec est à situer bien au-delà du seul rapport à une attente confiante, mais d'une vie ou encore d'un projet de vie qu'il met radicalement en cause en les chargeant d'une négativité perçue et vécue comme insurpassable. En d'autres termes, l'échec conduit à aller plus loin que la simple notion de déception appréhendée comme déconvenue, désillusion, abus, etc²²².

Par rapport à la notion d'erreur, en suite. L'échec se réfère aussi à la notion d'erreur consistant à prendre pour vrai ce qui est faux ou d'une action maladroite et regrettable. Toutefois, lorsque le sujet a l'impression de s'être trompé ou d'avoir emprunté un chemin sans issue, il sait réparer et emprunter un autre chemin. Par contre, cette dimension de changement de cap et de réparation semble étrangère au vécu d'une personne mise en situation d'échec. Car elle se dit sans avenir, sans ouverture possible. Pareil sentiment se trouve souvent renforcé par l'impression d'une immense solitude²²³.

²²¹ Cf. Dominique JACQUEMIN, *Bioéthique, médecine et souffrance : Jalons pour une théologie de l'échec*, Montréal, Médiaspaul, 2002, p. 29-36.

²²² Cf. *Ib.*, p. 31.

²²³ Cf. *Ib.*, p. 32.

Par rapport à la faute et à la culpabilité, enfin. La faute est souvent perçue comme sentiment d'avoir manqué à un idéal, une norme, une règle, une promesse, etc. En d'autres termes, la notion de la faute implique immédiatement des dimensions d'évaluation morale et de responsabilité, dimensions dépassées dans le vécu de l'échec qui va bien au-delà, même si le rapport à la faute peut constituer une partie de sa satisfaction. Quant à la culpabilité, elle se trouve certes présente dans l'échec, mais toujours par rapport à une certaine extériorité, comme si elle ne suffisait pas, par elle-elle, à circonscrire ce qui est en jeu dans l'échec²²⁴. Que faut-il alors entendre par échec ?

Pour Dominique Jacquemin, la notion d'échec renvoie essentiellement à une situation de vie, à un état de vécu plus qu'un phénomène pouvant se rapporter à une théorie²²⁵. En effet, écrit l'auteur :

« La personne en situation d'échec éprouve à tort ou à raison une dimension fatale de l'existence qui semble, a priori, annihiler radicalement tout sens, tout projet de vie. Dans cette perspective, l'échec serait à appréhender comme une clôture de l'existence teinté d'une certaine *irréparabilité* au regard d'un idéal qui la présupposait et donnait au sujet humain l'impression d'avoir en mains sa vie. L'échec peut donc se comprendre par rapport à un passé qui semblait donner corps à l'avenir et à un avenir qui s'expérimente actuellement et radicalement comme impossible : il est donc de l'ordre d'un état où la personne s'expérimente comme étrangère à elle-même et à sa propre histoire réelle, rêvée ou désirée »²²⁶.

L'échec peut être expérimenté par rapport à de catégories de représentation de la santé, de la maladie, de la guérison. Nous venons de voir la conception que le *perdu de vue* a de la santé, de la maladie et de la guérison. Il peut aussi l'être par rapport à soi et à l'image de soi. Dans cette perspective, l'échec est vécu par rapport à des impressions que le patient avait de sa toute-puissance implicitement présentes dans la construction de son existence et lui donnaient l'impression d'une certaine invulnérabilité, etc. L'échec peut également être vécu dans la relation à Dieu. Le patient a le sentiment de faire l'expérience d'un Dieu sourd et impuissant, alors qu'il lui reconnaissait tous les pouvoirs²²⁷.

Le *perdu de vue* vit cet échec à trois niveaux. Sous l'angle médical, il fait l'expérience d'une médecine incapable de le guérir du VIH/SIDA. Lorsqu'il se tourne vers la prière, il expérimente

²²⁴ Cf. *Ib.*, p. 33.

²²⁵ Cf. *Ib.*, p. 34.

²²⁶ *Ib.*, p. 34.

²²⁷ Cf. *Ib.*, p. 36.

un Dieu impuissant. Par rapport à l'image de soi qu'il voudrait préserver, il est confronté à l'irréversible vulnérabilité. La pratique du guérisseur traditionnel ne lui apporte pas non la santé. Le VIH/SIDA a-t-il le dernier mot ?

Conclusion

L'analyse de contenu révèle que la PVVIH abandonne les soins médicaux pour des raisons d'ordre psycho-affectif, religieux, physique, cognitif et économique. En elle se vit une sorte de dialogue conflictuel entre souffrance, santé et salut. Ce conflit est dû entre autres à la question du sens : sens de la maladie et de la souffrance qui en découle, sens de la santé et de la guérison, sens de vie et de la mort, sens de l'échec et sens du salut.

Pour le *perdu de vue*, le VIH/SIDA et son corolaire de la souffrance sont le fruit du péché qui a souillé son corps qu'il ne veut plus habiter. C'est ainsi qu'il se culpabilise, s'auto-stigmatise et vit dans la clandestinité. Pour sauver son image, il se met à la recherche de toutes les voies et moyens qu'il croit lui procurer la guérison. Or ces pratiques nuisent gravement à sa santé qu'il veut à tout prix obtenir. Ce comportement ambigu conduit à poser certaines questions théologiques, éthiques et pastorales: peut-on guérir du VIH/SIDA par la prière ? Celle-ci est-elle incompatible avec les soins médicaux ? Quand bien-même le patient se croirait guéri, pourquoi ne confronterait-il pas ses convictions de « foi » aux examens biologiques afin de confirmer ou d'infirmer ladite guérison-miracle ? Les leaders religieux croient-ils en ce qu'ils proclament ? En outre, jusqu'où le prestataire doit-il garder la confidentialité lorsqu'il sait que son patient ne révèle pas son statut sérologique à son partenaire ? La PVVIH doit-elle dévoiler sa séropositivité au risque d'être rejetée et stigmatisée ? Jusques à quand vivra-t-elle dans la clandestinité ? Pour répondre à ces questions, il sied de nous arrêter un moment sur l'enseignement de l'épiscopat congolais sur le VIH/SIDA

QUATRIÈME CHAPITRE

**SANTÉ-SOUFFRANCE-SALUT DANS LE MAGISTÈRE DE
L'ÉGLISE SUR LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

La pandémie du VIH/SIDA n'a pas laissé indifférent le Magistère tant africain que romain. Son enseignement porte essentiellement sur la nature de la pandémie, la prévention et la prise en charge de la personne infectée. Ce chapitre poursuit un triple objectif. Premièrement cerner dans leur enseignement la place de l'accompagnement spirituel de la personne vivant avec le VIH/SIDA. Deuxièmement chercher à comprendre en quoi cet enseignement peut réaliser une juste rencontre chrétienne avec la PVVIH. Troisièmement repérer des éléments doctrinaux qui pourront conduire à un approfondissement théologique.

Abondante est la littérature du Magistère sur la pandémie du siècle. Nous nous limitons aux textes de la Conférence Épiscopale Nationale du Congo (CENCO), du SCEAM, des Synodes africains et du Magistère romain. Ces textes seront mis en lien les uns les autres afin de repérer leurs enjeux majeurs.

4.1. La Conférence Épiscopale Nationale du Congo

Depuis l'apparition du VIH/SIDA en RD Congo en 1983, l'Église s'est résolument engagée dans la lutte contre ce virus à travers ses structures de santé²²⁸. Cependant, il a fallu attendre deux décennies, plus précisément à partir de 2007, pour que la Conférence Épiscopale Nationale du Congo (CENCO) affiche clairement sa position sur la lutte contre la pandémie et élabore des orientations pastorales claires et distinctes à ce propos. Cette prise de position et ces orientations pastorales sont contenues respectivement dans les deux documents suivants : *Déclaration du Comité permanent de la CENCO sur la lutte contre le VIH/SIDA* et *Orientations pastorales de la CENCO dans la lutte contre le VIH/SIDA en RD Congo*²²⁹.

4.1.1. Lecture de la *Déclaration du Comité permanent de la CENCO sur la lutte contre le VIH/SIDA*

Pour la CENCO, le VIH/SIDA est devenu non seulement un phénomène biomédical, ni un simple problème de santé, mais aussi et surtout un obstacle à la croissance de la vie sociale en frappant de plein fouet la population active du pays²³⁰. En ce sens, il est un défi majeur pour l'Église, le peuple, les services de santé, les Organisations humanitaires. Cette pandémie peut

²²⁸ Sur l'ensemble du territoire national, l'Église catholique compte environs 187 hôpitaux et 1 368 Centres de santé. Ce qui lui permet de couvrir 40 à 45% des services de santé primaire de la population (Cf. CARITAS CONGO, *Rapport d'activités*, Kinshasa, [s.n.], 2008, p. 13).

²²⁹ Cf. CENCO, *Déclaration du comité permanent de la CENCO sur la lutte contre le VIH/SIDA*, Kinshasa, éd. du Secrétariat Général, 2007 ; ID., *Orientations pastorales de la CENCO dans la lutte contre le VIH/SIDA en RDC*, Kinshasa, éd. du Secrétariat Général, 2008.

²³⁰ Cf. CENCO, *Déclaration du comité permanent de la CENCO sur la lutte contre le VIH/SIDA*, n°2.

décimer la population tout entière si on n'y prend garde²³¹. Il était donc urgent que l'épiscopat congolais donne son point de vue sur le VIH/SIDA et sur les moyens mis en œuvre afin de lutter efficacement contre la propagation de ce virus et la maladie qu'il entraîne. Voilà pourquoi, réuni en session ordinaire à Kinshasa, du 5 au 10 février 2007, le Comité permanent de la CENCO s'est prononcé pour la toute première fois sur le VIH/SIDA et sur les moyens mis en œuvre pour lutter contre ce fléau dévastateur.

Outre le préambule rappelant la solidarité des évêques envers le peuple congolais en général et ceux qui souffrent, en particulier, la déclaration rendue publique le 11 février 2007 s'articule en trois parties : analyse du contexte, point de vue de la CENCO, exhortation finale.

4.1.1.1. Analyse du contexte

La CENCO constate que depuis son apparition, le VIH/SIDA est en nette progression sur le sol congolais. Cette expansion est due à plusieurs causes, notamment : la contagion par le contact sanguin avec des objets tranchants souillés, la transmission de la mère à l'enfant, la transfusion sanguine, l'ignorance sur la nature de ce fléau et ses modes de contamination, l'accès difficile aux soins appropriés, les pratiques sexuelles désordonnées et irresponsables résultant d'une éthique minimaliste et d'un hédonisme licencieux²³².

Tout en reconnaissant les immenses espoirs soulevés tant par les efforts d'éducation de la masse que par le traitement antirétroviral, la CENCO relève quelques défis majeurs. Elle constate que les antirétroviraux ne sont pas accessibles à tous les malades éligibles. En plus, le manque de précautions nécessaires dans la transmission du virus de la mère à l'enfant, la rareté quasi généralisée de centres de dépistage et l'insuffisance de précautions hygiéniques dans la transfusion sanguine ne favorisent nullement la prévention de l'infection à VIH.

En outre, la précarité de la paix dans le pays ne fait qu'accroître les rangs des victimes de ce fléau. La conception selon laquelle le VIH/SIDA est un châtiment divin affecte la foi des fidèles du Christ. En plus, la discrimination et la stigmatisation dont les PVVIH sont victimes ainsi que leurs difficultés de réintégration sociale ne peuvent créer que consternation et désolation²³³.

²³¹ Cf. *Ib.*, n°1.

²³² *Ib.*, n°3-4.

²³³ Cf. *Ib.* n°5.

La CENCO relève également d'autres facteurs favorisant l'expansion du virus, à savoir: la pauvreté de la population, certaines pratiques coutumières comme le lévirat et les tatouages, la distribution et l'utilisation des préservatifs, la marginalisation de certaines provinces du pays dans la lutte contre la pandémie, la mauvaise gestion et le détournement des fonds par certains hauts responsables, les violences sexuelles, l'insuffisance de formation des prestataires, l'inconduite morale (prostitution, pédophilie, drogue)²³⁴.

De l'analyse contextuelle de la pandémie du VIH / SIDA et la lutte contre elle, les évêques se prononcent.

4.1.1.2. Position des évêques

Pour la CENCO, le VIH/SIDA est une maladie comme toutes les autres. Il traduit la fragilité de la nature humaine, son impuissance, ses limites et sa finitude. Il est aussi le chemin de conversion et l'inauguration d'une guérison plus profonde grâce au pardon de Dieu et participe ainsi au mystère de la passion et de la résurrection du Christ²³⁵. Voilà pourquoi cette pandémie est à vivre en ayant les yeux fixés sur la croix et la résurrection du Christ. L'invitation de Jésus à compatir avec ceux qui souffrent, à les aider à porter leur croix et les inciter à l'espérance doit toucher le cœur de chacun. La nouvelle signification donnée par le Christ à la maladie et à la souffrance humaine doit être comprise à la lumière de la foi, de l'espérance et de la charité.

Pour ce faire, les évêques affirment que le SIDA n'est pas une punition, ni un châtiment, ni une malédiction de Dieu envers l'humanité pécheresse. Ils dénoncent tout discours et tout comportement tendant à considérer cette pandémie comme une maladie fictive et imaginaire. Ils fustigent ceux qui croient que le VIH/SIDA est un mauvais sort qu'un sorcier jette sur sa victime, une possession démoniaque ou encore une fatalité. Ils condamnent toute forme de culpabilisation et de stigmatisation à l'endroit des victimes du fléau²³⁶.

Parmi les moyens de prévenir la pandémie, la CENCO privilégie l'abstinence avant le mariage et la fidélité au sein du couple. Les évêques rendent cette idée en ces termes:

« Pour ce qui est du combat contre cette pandémie, conformément à la foi catholique et à l'enseignement du Magistère en la matière, qui fonde cette lutte sur la sacralité de la vie, une saine éthique humaine responsable, la transcendance et la chasteté, de l'intégrité, de la maîtrise de soi, de

²³⁴ Cf. *Ib.*, n° 5-6.

²³⁵ Cf. *Ib.*, n°7.

²³⁶ Cf. *Ib.*, n°8.

l'abstinence hors – mariage et de la fidélité au sein du mariage (...). En vertu de ce principe d'ordre éthique et pour répondre à l'obligation morale de ne pas se surinfecter ou de ne pas contaminer une tierce personne, les personnes séropositives doivent s'abstenir de toute relation sexuelle. Pour le couple dont l'un des conjoints se trouverait en pareille situation de séropositivité, l'abstinence totale est non seulement la seule possibilité sûre de ne pas contaminer l'autre, mais aussi l'expression la plus belle de l'amour réciproque (cf. 1 Co 13, 4-7). Cette abstinence d'amour pourrait même signifier maîtrise amoureuse, expression d'une capacité intérieure d'aimer »²³⁷.

Les évêques condamnent avec la dernière énergie l'usage du préservatif. Ils affirment, en effet, que :

« Dans le cadre de cette lutte, contrairement à la propagande préconisant les rapports dits “protégés”, nous disons non à l'utilisation du préservatif ! Cette pratique constitue non seulement un désordre sur le plan éthique, mais aussi et surtout une preuve de la banalisation de la sexualité dans notre société. Au lieu de freiner la maladie, et sans être une sécurité totale, elle exacerbe l'égoïsme humain, aggrave le fléau, favorise le laisser-aller et dépouille de ses fonctions symboliques et religieuses, et, à la longue, elle détruit la santé reproductive des adolescents, leur santé émotionnelle, mentale et spirituelle »²³⁸.

En outre, la CENCO entend collaborer avec ses partenaires par des accords de partenariat respectueux de la dignité humaine et de l'éthique²³⁹. Aussi, elle veut entourer de sollicitude pastorale ceux qui souffrent afin de traduire en actes la figure de l'Église entendue comme Mère et Éducatrice, qui console, soigne et annonce l'espérance. À cet effet, les évêques invitent tous les diocèses, toutes les paroisses et toutes les communautés ecclésiales vivantes de la RD Congo à s'impliquer davantage et de manière systématique dans une pastorale engageante et engagée de lutte contre le VIH/SIDA, par un effort d'éducation systématique. En ce sens, les communautés ecclésiales vivantes (CEV) doivent devenir pour toutes les personnes infectées et/ou affectées par la pandémie, de vraies communautés d'accompagnement dans la foi, des foyers de guérison et d'espérance. Les diocèses devront également s'équiper en centre de dépistage volontaire et exhorter la population à se faire dépister massivement pour que chacun connaisse son statut sérologique et se comporte en conséquence²⁴⁰.

²³⁷ *Ib.*, n°9.

²³⁸ *Ib.*, n°11.

²³⁹ Cf. *Ib.*, n°10.

²⁴⁰ Cf. *Ib.*, n° 12.

Par ailleurs, selon l'épiscopat congolais :

« Cette lutte, qui doit se faire essentiellement dans le cadre d'une éducation à la hauteur des enjeux, doit également être tournée vers des actions de plaidoyer, en vue de l'acquisition des outils permettant une meilleure sécurisation transfusionnelle, un meilleur accès aux soins et l'accès à une saine information sur les véritables modes de prévention et de lutte contre le VIH/Sida »²⁴¹.

En ce qui concerne le domaine des traitements et des soins, la CENCO s'engage à assurer l'élargissement progressif du plan de couverture aux antirétroviraux, à leur administration gratuite sur toute l'étendue de la République et à développer une politique de soutien alimentaire des PVVIH sous traitement antirétroviral, en vue d'améliorer leur qualité de vie. Elle s'engage également à assurer le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre la pandémie, à renforcer le partenariat avec l'État congolais et à promouvoir une politique de consolidation de la réconciliation nationale et de la paix²⁴².

Dans le domaine du soutien psychosocial, l'épiscopat congolais entend intensifier la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH, en développant la collaboration entre le service pastoral et les réseaux des personnes vivant avec le virus. La sollicitude épiscopale s'étend également aux orphelins, aux enfants vulnérables, aux veuves et aux veufs du SIDA. Avant de clore sa déclaration, la CENCO adresse une exhortation finale.

4.1.1.3. Exhortation finale

Les évêques exhortent les agents pastoraux et tous les fidèles à ranimer chez les malades l'espérance ainsi que le sens chrétien de la vie et de la souffrance humaine. En même temps, ils invitent à poursuivre l'éducation des personnes, spécialement les jeunes, à la maîtrise de soi, à la fidélité, à l'abstinence, vertus éminemment évangéliques²⁴³.

L'épiscopat congolais assure aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, et particulièrement des couples en difficulté, l'attention particulière de l'Église à leur égard. Et demande aux agents de la pastorale d'accompagner spirituellement les PVVIH en faisant preuve d'ouverture, de patience, de discernement et de leur témoigner le visage du *Christ Médecin* qui aime, console, libère et conduit l'homme à son plein épanouissement et à sa réalisation intégrale.

²⁴¹ *Ib.*, n°13.

²⁴² Cf. *Ib.*, n°14.

²⁴³ Cf. *Ib.*, n° 16.

Ne se limitant pas à une simple déclaration, la CENCO élabore aussi quelques orientations pastorales.

4.1.2. Lecture des *Orientations pastorales de la CENCO dans la lutte contre le VIH/SIDA*

Un an après sa déclaration, soit en septembre 2008, la CENCO a publié un deuxième document intitulé *Orientations pastorales de la CENCO dans la lutte contre le VIH/SIDA en RDC*. Subdivisé en quatre chapitres, ce document analyse le contexte de la RD Congo, donne les fondements doctrinaux et éthiques de l’agir de l’Église, cible quatre orientations pastorales et livre les intuitions de la CENCO sur la coordination et le leadership organisationnel de l’action à mener.

Ce document est l’aboutissement d’un long processus des consultations que les évêques ont menées auprès des structures de santé tant ecclésiales que laïques et d’une profonde analyse du contexte de la RD Congo. En effet, en 2006, la CENCO avait initié des consultations dans les six provinces ecclésiastiques du pays ; lesquelles lui ont permis d’entrer en contact direct avec diverses structures de santé catholiques et leurs principaux acteurs d’une part ; les autorités sanitaires et ses partenaires au développement, de l’autre.

Engagée à analyser minutieusement les données scientifiques disponibles sur le VIH/SIDA en RD Congo, la CENCO a recouru au PNMLS, au PNLS et aux recherches de l’École de Santé Publique de l’Université de Kinshasa. Celles-ci lui ont permis de documenter les déterminants et l’évolution des tendances sur le plan des valeurs, des connaissances et des comportements de la population vis-à-vis du VIH/SIDA et partant, grâce aux rencontres de validation, la CENCO a eu à peaufiner ses analyses pour en dégager des enjeux majeurs.

Ceci a permis à l’épiscopat congolais, en juillet 2007, lors de son Assemblée Plénière élargie aux Ministres de la Santé, de l’Information et de l’Enseignement Primaire et Secondaire, de discuter de la possibilité d’élaborer des orientations pastorales qui seraient en même temps une contribution de l’Église au plan stratégique national à venir. Pour le PNMLS, en effet, le plan stratégique national 1999 - 2008 était tombé en désuétude eu égard aux changements notables intervenus à la fois dans l’environnement international et national et qu’il fallait organiser une riposte multisectorielle élargie dans un processus participatif fondé sur une analyse approfondie de la situation de l’épidémie du VIH/SIDA²⁴⁴. L’urgence s’imposait, en effet, d’élaborer un nouveau plan stratégique national susceptible d’orienter les interventions de différents secteurs

²⁴⁴ Cf. PNMLS, *Plan Stratégique National de lutte contre le Sida (2010-2014)*, Kinshasa, [s.n.], 2009, p. 10.

et acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA en RD Congo pour la période allant de 2010 à 2014. Cette « élaboration a connu une forte participation des principaux acteurs, et parties prenantes des structures de l'État, des entreprises publiques et privées, de la société civile, des confessions religieuses, des personnes vivant avec le VIH, des jeunes et des femmes ainsi que des partenaires au développement tant au niveau central que provincial »²⁴⁵. Par ce nouveau Plan stratégique, l'État congolais voudrait contribuer au développement du pays en freinant la propagation du VIH/SIDA et en réduisant son incidence socio-économique sur l'individu, la famille et la communauté dans le cadre global de la stratégie de la croissance et de la réduction de la pauvreté²⁴⁶. Les éléments recueillis lors de ces larges consultations ont permis à la CENCO à analyser minutieusement la complexité de la problématique du VIH/SIDA en contexte congolais.

4.1.2.1. Analyse du contexte

Ce deuxième document officiel de la CENCO est produit dans un contexte de révision des stratégies nationales et de prise de conscience de l'ampleur du défi de l'heure. Ce contexte est aussi celui de la sortie d'une crise multiforme que traverse la RD Congo depuis une décennie : guerre, conflit armé, crise politique, crise économique, la liste n'est pas exhaustive²⁴⁷. Ce contexte est également celui de crise socio-économique, de pauvreté, de manque d'opportunités sociales et autres pour les jeunes. La vulnérabilité des femmes et des enfants, l'impunité des violences sexuelles ne sont pas en reste. Certaines pratiques culturelles (sororat/lévirat, etc.), l'accroissement de la mobilité suivant la fin des conflits armés, la faible accessibilité aux services de base (éducation, protection sociale, etc.) viennent compléter le décor²⁴⁸.

Ainsi, constate la CENCO, bien que la RD Congo soit classée parmi les pays où la riposte au VIH/SIDA a été relativement précoce, les indicateurs du progrès dans cette lutte restent stagnants tant en ce qui concerne l'évolution de la prévalence de l'infection que dans le comportement, la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services (test VIH, médicaments antirétroviraux, etc.). Les activités de prévention contre le VIH/SIDA, quant à elles, ne touchent

²⁴⁵ *Ib.*, p. 7.

²⁴⁶ *Ib.*, p. 8.

²⁴⁷ Cf. CENCO, *Orientations pastorales de la CENCO dans la lutte contre le VIH/SIDA en RDC*, p.8. Ce contexte est le même que celui qui a vu naître le plan stratégique de 2010 à 2014. Selon le PNMLS, la RD Congo est dans une situation de post-conflit faisant suite aux deux guerres successives qu'elle a connue entre 1996 et 1997 d'une part, et entre 1998 et 2003 d'autre part. Ces guerres ont conduit à l'effondrement des infrastructures sociales et économiques (cf. PNMLS, *o.c.*, p.16-17).

²⁴⁸ Cf. CENCO, *Orientations pastorales de la CENCO dans la lutte contre le VIH/SIDA en RDC.*, p. 9.

que les grandes villes du pays, les milieux ruraux étant presque abandonnés à leur triste sort²⁴⁹. La couverture nationale des activités d'accompagnement psychologiques, spirituel et socio-économique est faible.

D'un point de vue médical, les évêques sont d'avis que :

« La sécurité transfusionnelle n'est assurée qu'à environ 40%. La prise en charge des patients ayant des infections sexuellement transmissibles (IST) dans les centres de soins n'est assurée qu'à 36% de cas. L'utilisation des services de conseil et dépistage volontaire du VIH est estimée à 5% et le traitement antirétroviral aux femmes enceintes vivant avec le VIH pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant n'est assurée qu'à 3% des cas (...). Lorsque les ARV sont offerts gratuitement, leur accès est conditionné par les bilans biologiques de base qui ne sont pas toujours gratuits. L'observance du traitement est un défi à anticiper pour prévenir l'émergence des résistances du virus aux traitements »²⁵⁰.

Quant à la gestion de vie sexuelle chez les jeunes, les évêques constatent que :

« L'âge au premier rapport sexuel est précoce et environ 18% des enfants de moins de 15 ans ont déjà eu un rapport sexuel. Le manque de sensibilisation des stratégies actuelles pour protéger la tranche d'âge de 5-14, qui représente la cuvette de l'espoir, livre les jeunes aux solutions de facilité largement préconisées par les campagnes sélectives des promotions de l'utilisation des préservatifs comme solution unique à la prévention du VIH/SIDA dont les déterminants sont variés et complexes »²⁵¹.

En ce qui concerne les adultes, l'épiscopat congolais constate que cette catégorie d'âge a tendance à attribuer l'infection du VIH/SIDA à la sorcellerie et à l'empoisonnement. Pareil comportement prouve à suffisance l'ignorance des populations sur cette pandémie. De facto, cette attitude de déni de la réalité du VIH/SIDA renforce la vulnérabilité des populations qui se retrouvent ainsi sans leadership, repères moraux ni valeurs de référence²⁵².

Après cette analyse du contexte, la CENCO fait une autocritique en quatre points :

Premièrement : « Les Bureaux Diocésains des Œuvres Médicales (BDOM) constituent un atout important dans le système de santé congolais. Le réseau de dispensaires et d'hôpitaux catholiques améliore de façon significative l'offre de services dans le

²⁴⁹ Cf. *Ib.*, p.8.

²⁵⁰ Cf. *Ib.*, p.8.

²⁵¹ *Ib.*, p.9.

²⁵² Cf. *Ib.*, p.9.

domaine médical. Un partenariat avec l'État donne aux BDOM la responsabilité de l'offre en services classiques (éventail minimum de services) dans la majorité des aires et zones de santé du pays. L'État congolais reste le garant de la régulation »²⁵³.

Deuxièmement : « La majorité des BDOM ne développent pas encore des stratégies conséquentes en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Par exemple, la sécurité transfusionnelle dans la majorité des BDOM est très insuffisante et le don de sang se fait souvent par des donneurs familiaux ou par des volontaires rémunérables. Tous les BDOM ne sont pas au même niveau de développement et un petit nombre seulement reçoit un appui technique. La majorité de BDOM n'a pas les capacités managériales requises par une gestion autonome des activités qui dépendent alors des éconômats handicapant énormément l'exécution des différents projets. Finalement, les BDOM sont caractérisés par une grande instabilité du personnel »²⁵⁴.

Troisièmement : « L'Église dispose de ressources non encore exploitées dans la lutte contre le VIH comme les réseaux d'établissements scolaires, les agents pastoraux, les Communautés Ecclésiales Vivantes de Base qui sont présentes à tous les niveaux du pays et qui pouvaient s'impliquer davantage pour relever les défis posés par le VIH/SIDA »²⁵⁵

Quatrièmement : « Les faiblesses des efforts de concertation et dialogue, dans la recherche ou la dissémination des résultats de la nature et la dynamique du VIH/SIDA en RD Congo. Ces faiblesses expliquent également les limites dans le développement de stratégies susceptibles d'assurer l'accès à la prévention, au traitement et au soutien, et, ce faisant, de réduire la propagation et les effets négatifs potentiels de ladite maladie »²⁵⁶.

À la lumière de cette analyse contextuelle, l'épiscopat congolais est convaincu de la complexité de la pandémie du VIH/SIDA. La réponse à ce fléau va au-delà de la biomédecine pour prendre en compte toutes les dimensions de l'existence humaine. La CENCO ne va pas vite en besogne dans la réponse à ce défi. Elle prend une distance provisoire en vue du ressourcement doctrinal afin d'éclairer davantage son analyse.

²⁵³ *Ib.*, p. 9.

²⁵⁴ *Ib.*, p.9.

²⁵⁵ *Ib.*, p. 9.

²⁵⁶ *Ib.*, p. 9-10.

4.1.2.2. Fondements doctrinaux et éthiques

Dans le but d'éclairer son analyse en vue des orientations pastorales pertinentes et efficientes, la CENCO s'appuie sur le Magistère universel, notamment : *Gaudium et Spes* n° 1, *Evangelii nuntiandi* n°5, *Salvifici doloris* n° 28-30, *Deus Caritas est*. Explicitons ces références doctrinales et éthiques.

Gaudium et Spes n°1 affirme que :

« Les joies et les espoirs, les tristesses et les angoisses des hommes de ce temps, des pauvres surtout et de tous ceux qui souffrent, sont aussi les joies et les espoirs, les tristesses et les angoisses des disciples du Christ, et il n'est rien de vraiment humain qui ne trouve écho dans leur cœur »²⁵⁷.

Pour mieux comprendre cette note du concile Vatican II, il est nécessaire de la situer dans le contexte général de *Gaudium et Spes*. Cette Constitution pastorale sur l'Église a connu plusieurs étapes avant d'aboutir à sa forme finale. En effet, la commission antéconciliaire établie par le pape Jean XXIII en 1959 avait élaboré un schéma sur la morale chrétienne intitulé *De l'ordre moral*. Ce schéma fut rejeté par la majorité de l'assemblée conciliaire comme trop inspiré de la morale des manuels et comme étant trop raide²⁵⁸. Lors des débats, il se fit sentir le besoin d'écrire un *message au monde*, en vue de toucher les cœurs de celles et ceux qui regardaient vers l'Église réunie en concile et de favoriser le dialogue entre l'Église et la société. Cette résolution fut butée à certaines questions doctrinales et canoniques. Ainsi, un document plus développé qu'un simple message fut élaboré en 1963 conjointement par la commission théologique et par la commission pour l'apostolat des laïcs. En janvier 1964, le schéma dit de *Zürich* avait mis de l'ordre dans ce document en suivant une méthode inductive. À partir de faits sociologiques, le schéma se proposa de présenter d'une manière renouvelée et plus accessible à tous, la vision de l'homme et de la morale chrétienne, pour conclure sur le Christ. En février 1965, un autre schéma, appelé *schéma d'Arícia*, considérant l'anthropologie comme fil conducteur, fut proposé aux pères conciliaires. Ce schéma préconisait une méthode inductive, en remontant des faits concrets, perceptibles par tous, à la foi. Mais l'accueil de ce document en commission fut peu favorable. Car aux jeux des pères conciliaires, il comportait des confusions entre nature et grâce, et était jugé trop optimiste, manquant de prendre en compte

²⁵⁷ *Gaudium et Spes*, n°1.

²⁵⁸ Cf. Régis MOREAU, *Guide de lecture des textes du Concile Vatican II : Gaudium et Spes 1965*, Perpignan, Artège, 2012, p. 5.

le péché de l'homme. Il dut donc être réaménagé. Le vote du texte final eut lieu le 8 décembre 1965²⁵⁹.

Par *Gaudium et Spes*, le concile Vatican II a voulu prendre en compte l'homme dans sa réalité concrète, avec ses joies et ses angoisses. L'Église est constituée de ces hommes vivant dans le monde, faisant l'expérience de joie et d'angoisse. En ce sens, ces joies et ses angoisses sont aussi celles de l'Église. Puisque le VIH/SIDA touche l'homme dans son existence, il touche aussi l'Église.

Evangelii nuntiandi n°5 rappelle que l'évangélisation n'est pas pour l'Église une mission facultative. Elle est plutôt un devoir qui lui incombe, par le mandat du Seigneur Jésus, afin que les hommes puissent croire et soient sauvés. C'est donc le salut de l'homme qui est en cause. Nous comprenons dès lors que l'agir de la CENCO s'inscrit dans la mission de l'Église consistant à sauver tout homme et tout l'homme²⁶⁰. *Salvifici doloris* affirme que cet homme à sauver est la *route de l'Église*. Il le devient particulièrement quand la souffrance entre dans sa vie. Dès lors, l'Église, qui naît du mystère de la Rédemption dans la croix du Christ, a le devoir de chercher la rencontre avec l'homme d'une façon particulière sur le chemin de sa souffrance. C'est dans cette rencontre que l'homme devient la *route de l'Église*, et cette route-là est l'une des plus importantes²⁶¹.

Les n°28-30 de *Salvifici doloris* auxquels la CENCO fait allusion, se rapportent à la parabole du bon Samaritain. En évoquant cette parabole dans son exhortation apostolique, le pape Jean-Paul II rappelle ce que doit être la relation de chacun avec le prochain en état de souffrance. En ce sens, le bon Samaritain est toute personne qui s'arrête auprès de la souffrance d'un autre homme, quelle qu'elle soit. S'arrêter ainsi n'est pas faire preuve de curiosité mais de disponibilité. Celle-ci est comme une certaine disposition intérieure du cœur qui s'ouvre et qui est capable d'émotion. Il est toute personne qui s'émeut du malheur de son prochain. L'agir du bon Samaritain invite à la sensibilité du cœur, au témoignage de la compassion pour le prochain en situation de souffrance. Cette sensibilité devient pour celui qui la ressent un stimulant conduisant à agir concrètement et à porter secours à l'homme blessé.

Le monde de la souffrance ne cesse donc d'appeler celui de l'amour du prochain. De la sorte, personne ne peut se sentir indifférente devant la souffrance des autres. Et, la parabole

²⁵⁹ Cf. *Ib.*, p. 6-9.

²⁶⁰ Cf. PAUL VI, *Evangelii nuntiandi*, n°5.

²⁶¹ Cf. JEAN-PAUL II, *Salvifici doloris*, n° 3.

s'étend à tous ceux qui se dévouent avec désintéressement au service du prochain qui souffre, en s'engageant de leur propre gré dans des activités secourables et en leur consacrant tout le temps et toutes les forces dont ils disposent. Cette activité peut être appelée activité sociale ; elle peut aussi être définie comme un apostolat toutes les fois qu'elle est entreprise pour des motifs clairement évangéliques, surtout lorsque cela se produit en lien avec l'Église ou avec une autre communauté chrétienne.

Dans la première partie de sa Lettre encyclique *Deus Caritas est*, le Pape Benoît XVI aborde la notion de l'amour envers Dieu et envers le prochain en posant quelques questions de fond auxquelles il tente de répondre :

« Est-il vraiment possible d'aimer Dieu alors qu'on ne le voit pas ? Et puis, l'amour peut-il se commander ? (...) En effet, personne n'a jamais vu Dieu tel qu'il est en lui-même. Cependant, Dieu n'est pas pour nous totalement invisible, il n'est pas resté pour nous simplement inaccessible (...) En fait, Dieu se rend visible de multiples manières. Dans l'histoire d'amour que la Bible nous raconte, Il vient à notre rencontre, Il cherche à nous conquérir- jusqu'à la dernière Cène, jusqu'au Cœur transpercé sur la croix, jusqu'aux apparitions du Ressuscité et aux grandes œuvres par lesquelles, à travers l'action des Apôtres, Il a guidé le chemin de l'Église naissante. Et de même, par la suite, dans l'histoire de l'Église, le Seigneur n'a jamais été absent : il vient toujours de nouveau à notre rencontre- par des hommes à travers lesquels il transparaît, ainsi que par sa Parole, dans les sacrements, spécialement dans l'Eucharistie »²⁶².

À la lumière de ces fondements doctrinaux et éthiques, la CENCO fixe quelques priorités pastorales.

4.1.2.3. Quelques priorités pastorales

Pour lutter vigoureusement contre le VIH/SIDA, la CENCO propose l'éducation et la prévention ; l'accompagnement spirituel, psychologique, médical et socio-économique ; l'éthique et la promotion de l'assistance juridique ; la communication et le plaidoyer comme priorités pastorales.

La CENCO entend donner une éducation systématique afin de prévenir le risque d'infection, de réinfection et de surinfection. Cette éducation est traduite dans un certain nombre d'actions stratégiques, à savoir : le témoignage chrétien, sensibilisation, éducation pour

²⁶² BENOÎT XVI, *Deus Caritas est*, n° 16-17.

le changement de comportement pour une sexualité responsable, renforcement des services de conseil et dépistage volontaire (CDV).

Le témoignage chrétien consistera à accompagner les couples à travers l'organisation ou la redynamisation des rencontres pour échange d'expériences sur la vie de couple. Il sera aussi question de renforcer la coordination des groupes des jeunes afin de les stimuler à créer, au niveau des paroisses, leurs associations de lutte contre le VIH/SIDA. La CENCO entend aussi promouvoir la sensibilisation et l'éducation de la communauté sur la lutte contre les attitudes de discrimination et de stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Un des aspects importants de cette approche sera l'implication des PVVIH et des PAVIH dans les activités de sensibilisation et de gestion des projets de lutte contre la pandémie. Cette implication sera accompagnée d'un appui à la formation de Groupes d'autosupport pour une bonne observance du traitement antirétroviral²⁶³.

Quant à l'éducation pour le changement de comportement, il s'agira entre autres d'organiser des séances d'information sur le VIH/SIDA à travers des groupes de théâtre-forum et vidéo-forum sur des thèmes relatifs à l'amour, à la sexualité, aux vertus chrétiennes (virginité, chasteté, abstinence, fidélité, respect de son corps, etc.). Ces activités cibleront les adolescents, les adultes jeunes et les couples. Par ailleurs, le service de l'éducation à la vie travaillera avec l'Université catholique du Congo, le PNMLS, le Catholic Organization for Relief and Development Aid (CORDAID), et le Royal Tropical Institute pour le développement de matériels de formation susceptibles de faciliter l'acquisition de compétences de vie courante.

En ce qui concerne l'accompagnement spirituel, psychosocial et médical, l'épiscopat congolais affirme avoir pris la ferme résolution d'intensifier la lutte contre toutes formes de discrimination et de stigmatisation des PVVIH, en développant davantage la collaboration avec les réseaux des personnes infectées et affectées. La CENCO s'engage à faciliter l'accès gratuit aux ARV et à mettre en œuvre un plan national de couverture en antirétroviraux²⁶⁴. Pour ce faire, les actions stratégiques suivantes sont préconisées :

²⁶³ Cf. CENCO, *Orientations pastorales de la CENCO dans la lutte contre le VIH/SIDA en RDC*, p.12-13.

²⁶⁴ Cf. *Ib.*, p. 13.

1° Le renforcement des ressources humaines, la formation et l'accréditation des prestataires du réseau des BDOM de prise en charge médical, spirituel, psychosocial et communicationnelle des PVVIH²⁶⁵.

2° Le renforcement du système de santé et de partenariat (constructif et durable) avec le PNLS et autres partenaires en vue de créer un environnement favorable à l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et aux conseils en matière du VIH²⁶⁶.

3° La promotion de la recherche-action et du développement d'une politique de soutien aux PVVIH sous traitement antirétroviral, en vue d'améliorer l'observance des soins et la qualité de vie²⁶⁷.

4° Redynamiser et renforcer la pastorale des malades en général et celle des personnes vivant avec le VIH, en particulier²⁶⁸.

Par ailleurs, la CENCO réaffirme son engagement dans la défense et dans la promotion de la dignité des PVVIH et PAVIH en leur assurant une attention affective et effective afin de soulager tant soit peu leur souffrance. En ce sens, elle réitère sa volonté de mettre à contribution les valeurs qui fondent la dignité de l'homme créé à l'image de Dieu (Cf. Gn 1,26) et appelé en Jésus-Christ à une vie abondante (Cf. Jn 10,10). Sous cet angle, l'amour, la sexualité et le mariage sont perçus dans une perspective chrétienne. Ce qui leur donne un sens nouveau fondé sur le rapport de fidélité de l'Église au Christ, son Époux. La dignité humaine, quant à elle, est mise en exergue en tant qu'une valeur inaliénable et non négociable²⁶⁹. Dès lors, les évêques s'engagent à promouvoir les droits des PVVIH en affirmant l'identité catholique et la morale chrétienne dans toutes les formes de partenariat. Ils plaident pour l'élaboration et l'application des textes juridiques relatifs aux droits des veuves et des orphelins, en cas d'héritage.

La communication et le plaidoyer consisteront d'abord à faire connaître à travers les médias toutes les interventions de l'Église dans la lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agira ensuite de contribuer au dialogue constructif avec les autres intervenants dans ce combat, et cela de manière décentralisée vers les structures diocésaine et paroissiales. L'Église entend dire clairement et de façon audible ce qu'elle croit en matière de la pandémie. Il s'agira enfin de

²⁶⁵ Cf. *Ib.*, p.14.

²⁶⁶ Cf. *Ib.*, p.14.

²⁶⁷ Cf. *Ib.*, p.14.

²⁶⁸ Cf. *Ib.*, p.14.

²⁶⁹ Cf. *Ib.*, p. 14.

stimuler et approfondir les réflexions sur les stratégies et l'organisation de la réponse nationale et discuter de la cohérence entre les programmes de réduction de la pauvreté, de consolidation de la paix, de l'État de droit, les facteurs de vulnérabilité des populations²⁷⁰.

La CENCO entend traduire en actes cette communication et ce plaidoyer à travers une série d'activités. Concernant les informations sur les interventions de l'Église dans le domaine de la lutte contre le VIH, les évêques préconisent l'inventaire des ressources de l'Église en matière de communication : agence de presse, radio, télévision, site internet, réseaux associatifs catholiques, communicateurs catholiques et stars de la musique locale et du théâtre, etc. Il s'agira également de mettre sur pieds un mécanisme de collecte et de diffusion d'informations tels que les bases de données, des articles, des revues et documents essentiels sur le VIH/SIDA et la religion. Il faudra en même temps faciliter la production, l'échange, la circulation et/ou la traduction des programmes pour différentes radios et télévisions. Ces actions seront complétées par la publication et la diffusion de supports audiovisuels de l'Église, la création des liens entre sites internet de l'Église, le renforcement et la remise à niveau des Bureaux diocésains des œuvres médicales non fonctionnels, etc²⁷¹.

Quant aux actions de plaidoyer, la CENCO entrevoit la sensibilisation et la mobilisation des responsables diocésains, et en particulier les évêques sur les vrais enjeux du VIH/SIDA, afin de s'assurer que tous les diocèses s'engagent dans une pastorale d'ensemble. Cet engagement commun contribuera énormément au dialogue avec les autres intervenants dans la lutte et de mobiliser des ressources à travers les contacts avec les programmes gouvernementaux et la mise en place d'un mécanisme de contact direct avec les Organisations internationales engagées dans la lutte²⁷². Toutes ces actions ne peuvent aboutir aux résultats escomptés sans une coordination et un leadership organisationnel.

Eu égard à l'approche multisectorielle de la lutte, la coordination des activités sera assurée de manière intégrée. Le but d'une pareille coordination est celui de favoriser la cohérence et la circulation de l'information entre différents programmes de manière harmonisée et synergique. Pour ce faire, les structures existantes et fonctionnelles du Secrétariat Général de

²⁷⁰ Cf. *Ib.*, p. 16.

²⁷¹ Cf. *Ib.*, p. 16.

²⁷² Cf. *Ib.*, p. 16-17.

la CENCO, des diocèses et celles des paroisses serviront des points focaux pour la planification et la mise en œuvre des actions concrètes de la lutte²⁷³.

La coordination de ces actions se déroulera à trois niveaux : national, diocésain et paroissial. Au niveau national, le Secrétariat Général de la CENCO coordonnera les activités de différentes Commissions de la Conférence épiscopale en matière de combat contre ce fléau dévastateur ; tandis que le leadership technique sera assuré par le Service de promotion de la santé de la même Conférence. Au niveau diocésain, chaque évêque ou son délégué est responsable de la lutte contre la pandémie au sein de son diocèse; le BDOM, quant à lui assurera le leadership technique. Chaque curé ou son délégué est responsable du combat au sein de sa paroisse, alors que la Commission paroissiale de la santé sera chargée du leadership technique²⁷⁴.

À chaque niveau de coordination seront organisées des actions concrètes relatives à l'élaboration d'une cartographie des acteurs et des activités, au renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles, à la planification et à la mise en œuvre d'une filière d'actions de lutte multisectorielle, à la mobilisation des ressources, au renforcement de la synergie d'action et de suivi et d'évaluation avec l'appui des structures gouvernementales²⁷⁵.

4.1.3. Quelques éléments de réflexion en vue d'un approfondissement

Prolongeons à présent l'enseignement de l'épiscopat congolais en le mettant en lien avec les éléments de nos trois premiers chapitres et avec l'enjeu majeur de notre recherche : l'articulation santé-souffrance-salut. Quatre niveaux de réflexion nous guiderons dans cet approfondissement : le dialogue avec les sciences médicales, la prévention, l'accompagnement spirituel ainsi que l'articulation science médicale, croyance religieuse et culture traditionnelle africaine.

4.1.3.1. Le dialogue avec les sciences médicales

En parcourant les deux documents de l'épiscopat congolais, l'on se rend compte que les évêques recourent à la rationalité médicale pour comprendre et expliquer la réalité de la pandémie. La CENCO travaille ainsi en concertation avec des structures spécialisées dans ce domaine : PNMLS, PNLS, École de Santé Publique de l'Université. La liste n'est pas

²⁷³ Cf. *Ib.*, p. 18.

²⁷⁴ Cf. *Ib.*, p. 18.

²⁷⁵ Cf. *Ib.*, p. 19.

exhaustive. La rationalité médicale permet de comprendre le VIH/SIDA avec sa singularité comme une maladie infectieuse au même titre que les autres. Les modes de transmission et de non-transmission, les statistiques épidémiologiques, les bienfaits des antirétroviraux, l'accès à la trithérapie sont clairement exprimées grâce à la rationalité médicale.

En outre, l'épiscopat congolais reconnaît et loue les efforts fournis par la recherche médicale et pharmacologique dans le but de trouver un remède à ce fléau. La mise sur pied du traitement antirétroviral a considérablement amélioré la qualité de vie des patients qui y ont adhérents.

Par ailleurs, la CENCO insiste sur l'importance d'une action concertée entre l'Église et l'État afin de lutter efficacement contre la pandémie. À ce niveau de notre réflexion, force nous est de constater que l'articulation santé - souffrance - salut se révèle en termes de dialogue entre la raison et la foi. Pour ne pas gober ce que lui fournit la rationalité médicale, la CENCO analyse tout à la lumière de la foi en vue de s'exprimer avec lucidité.

4.1.3.2. La prévention

Dans le domaine de la prévention, la CENCO prend une distance critique par rapport à la politique nationale. La question de fond n'est pas l'usage ou non du préservatif, mais l'efficacité et l'éthique de ce mode. L'épiscopat congolais insiste ainsi sur l'abstinence et la fidélité comme moyens qui respectent la dignité humaine. L'enjeu est donc d'ordre éthique. Nous ne nous y appesantirons pas puisque notre recherche s'inscrit dans l'univers de la pastoral de la santé. En ce sens, il faut passer de la dimension éthique à la dimension destinale de la problématique du VIH/SIDA. Car c'est la destinée de l'homme qui est en jeu.

4.1.3.3. L'accompagnement spirituel

Ce troisième pôle concerne au plus haut point l'agir pastoral. Car il permet d'établir le lien avec les deux approches d'accompagnement spirituel mentionnées au premier chapitre et le défi que lancent les patients *perdus de vue* dont il était question aux deuxième et troisième chapitres.

La CENCO invite à une pastorale engageante et engagée et promeut un accompagnement spirituel de la PVVIH. Il faut donc réaliser une juste rencontre chrétienne avec la personne qui souffre dans son corps, dans son âme et dans son esprit. Mission non pas facile à réaliser. Elle nécessite une bonne articulation entre la raison et la foi.

L'enseignement du Magistère congolais renferme un paradoxe apparent qu'il convient d'élucider. D'une part, la CENCO considère que le virus de l'immunodéficience humaine et le

syndrome de l'immunodéficience acquise traduisent la fragilité de la nature humaine, il faut soulager la souffrance. D'autre part, les évêques de la RD Congo considèrent que le VIH/SIDA est le chemin de conversion et d'inauguration d'une guérison plus profonde grâce au pardon de Dieu. En ce sens, la PVVIH participe au mystère de la passion et de la résurrection du Christ. Ce paradoxe suscite une délicate question : comment soulager la souffrance si elle est une participation au mystère de la passion et de la résurrection du Christ ? En réalité, les deux affirmations ne s'opposent pas, car la passion conduit à la résurrection.

En outre, la CENCO fait de l'accompagnement spirituel l'une de ses priorités pastorales. Les évêques de la RD Congo insistent sur l'importance de cette mission de l'Église qui consiste à marcher avec le patient sur ce chemin en faisant preuve d'ouverture et de discernement. Mais aussi de ranimer chez la PVVIH l'espérance, le sens chrétien de la vie et de la souffrance.

À ce niveau, l'articulation santé-souffrance-salut peut se comprendre en termes de dialogue entre la foi et la raison à l'intérieur de la prise en charge globale de la PVVIH.

4.1.3.4. Articulation science médicale, croyance religieuse et culture traditionnelle africaine

La CENCO recourt aux sciences médicales pour comprendre scientifiquement la pandémie du VIH/SIDA. Cette rationalité lui permet de fustiger certaines croyances religieuses et certaines pratiques traditionnelles. En même temps, les évêques de la RD Congo reconnaissent certaines valeurs religieuses et traditionnelles à promouvoir dans la lutte contre ce fléau dévastateur. En ce sens, l'articulation santé-souffrance-salut peut être comprise en termes de dialogue entre la raison, la foi et la culture. Ces trois axes ne sont pas étrangers à la PVVIH. Nous avons vu qu'ils constituent les grilles de lecture du patient perdu de vue. Parce qu'ils sont au-dedans de lui-même, le patient séropositif passe d'un registre à l'autre sans transition. L'enjeu est celui de les articuler de façon fructueuse.

Comme nous pouvons le constater, ces deux documents de la CENCO ont certes le mérite de rompre le silence qui a longtemps caractérisé l'épiscopat. Ils donnent une base qui permet d'avancer dans la réflexion et dans la pratique. Comme la méthode de la théologie pratique exige de prendre provisoirement distance de son propre contexte, nous nous tournons vers les écrits du Symposium des Conférences Épiscopales d'Afrique et de Madagascar (SCEAM) pour analyser leurs points de convergence et de divergence par rapport à Magistère congolais.

4.2. Le Symposium des Conférences Épiscopales d'Afrique et de Madagascar

Deux textes importants traduisent le point de vue Symposium des Conférences Épiscopales d'Afrique et de Madagascar. Il s'agit notamment de la *Déclaration dite de Gorée* et du *Message suivi du plan d'action de la lutte contre le VIH/SIDA*. Nous présentons leur contenu en le confrontant à l'enseignement de la CENCO.

4.2.1. Déclaration de Gorée

Alors que s'ouvrait le procès qui opposait les firmes pharmaceutiques d'Afrique du Sud au gouvernement dudit pays, le Comité permanent du Symposium des Conférences Épiscopales d'Afrique et de Madagascar, réuni à Dakar du 19 au 25 mars 2001, a tenu à soutenir le gouvernement sud-africain par une déclaration dite « de Gorée »²⁷⁶. En effet, en 2001, l'Association des fabricants de médicaments d'Afrique du Sud avait intenté un procès contre le gouvernement sud-africain pour sa proposition d'une loi permettant au pays d'importer des médicaments génériques au lieu des produits brevetés. Par cette loi, le gouvernement entendait permettre aux populations pauvres de se procurer les antirétroviraux à un prix abordable. De son côté, le plaignant faisait valoir que cette loi transgressait le Traité sur les droits de propriété intellectuelle qui protège les licences d'exclusivité concernant les médicaments brevetés.

Réagissant à cette attitude des firmes pharmaceutiques, le gouvernement sud-africain avait accusé ces dernières de n'avoir pas tenu leur promesse de médicaments à bas prix. C'est donc sur ce fond de polémique que le Comité permanent du SCEAM a voulu faire entendre sa voix.

Préoccupés par les souffrances des personnes vivant avec le VIH/SIDA, conscients de la mission de l'Église dans le monde d'aujourd'hui, les membres du Comité permanent du SCEAM ont soutenu la cause des personnes vivant avec le VIH/SIDA en ces termes :

« Nous ne pouvons pas rester indifférents et passifs alors que le virus du Sida décime nos communautés, spécialement les jeunes (...). Se retrancher derrière de prétendus droits de la propriété individuelle protégée par les brevets de découvertes et de fabrication pour refuser de prodiguer des traitements contre les maladies liées au VIH est une position indéfendable (...). Le fait pour ces industries pharmaceutiques de refuser l'accès à un traitement gratuit aux pauvres et, de surcroît, les plus affectés par le virus du Sida, est un acte criminel. Parmi les millions de personnes séropositives qui vivent aujourd'hui en Afrique du Sud et dans les autres pays d'Afrique, seule une infime

²⁷⁶ Le texte intégral de la *Déclaration de Gorée* est repris dans *La Documentation catholique*, 2249 (juin 2001), p. 529.

minorité a les moyens de s'acheter les médicaments qui maintiennent en survie les malades du Sida dans les pays riches »²⁷⁷.

Ce soutien du SCEAM au gouvernement d'Afrique du Sud et aux PVVIH trouve son fondement dans le commandement divin exprimé en ces termes par les évêques:

« Priver ces malades de l'accès gratuit aux médicaments ou refuser de les leur céder à des prix abordables, n'est-ce pas les abandonner cyniquement à la mort à laquelle ils sont déjà condamnés certainement par le Sida ? Si le cinquième commandement – “tu ne tueras pas”- défend d'ôter la vie, il interdit aussi d'abandonner à la mort un être humain »²⁷⁸.

Par sa déclaration, le SCEAM exprime sa solidarité avec la personne vivant avec le VIH/SIDA. Cette solidarité est réitérée avec une acuité particulière dans le document de 2003 que voudrions à présent explorer.

4.2.2. Message et plan d'action du SCEAM contre le sida

Réuni à Dakar au Sénégal pour la XIIème Assemblée, du 1^{er} au 12 octobre 2003, le SCEAM avait consacré deux jours aux ateliers de réflexions et d'échange d'expériences pastorales sur la pandémie du VIH/SIDA. Étant donné l'urgence et la gravité du fléau, l'Assemblée plénière avait décidé de préparer un message et un plan d'action à publier lors de la journée mondiale du sida (1^{er} décembre 2003).

4.2.2.1. Message

Par son message, le SCEAM met en exergue la solidarité, la fidélité, le changement de comportement sexuel et le sens de responsabilité. Tout en rappelant les propos de saint Paul à la communauté de Corinthe (1 Co 12, 12), les évêques d'Afrique et de Madagascar insistent sur la solidarité envers les PVVIH. Selon eux, étant donné que c'est la vie humaine qui est en jeu, la lutte contre ce fléau est une affaire de tous. L'engagement de chacun est donc nécessaire afin d'éradiquer cette pandémie²⁷⁹. Tout en gardant sa spécificité dans l'éradication de la pandémie, l'Église a besoin du soutien des bailleurs de fonds, comme l'expriment les membres du SCEAM:

²⁷⁷ SCEAM, *Déclaration de Gorée*, dans *La Documentation catholique*, 2249 (juin 2001), p. 529.

²⁷⁸ *Ib.*, p. 529.

²⁷⁹ Cf. SCEAM, *Notre prière est pleine d'espérance. Message et plan d'action du SCEAM contre le sida*, dans *La Documentation catholique*, 2307 (février 2004), p. 136.

« Ouverts au partenariat avec eux, nous ferons place à leurs ressources dans notre lutte, mais sans rien perdre de nos convictions évangéliques (...). Cette morale que nous enseignons au nom de Dieu est enracinée dans la dignité humaine, ce don inaliénable de notre Père qui crée chaque être humain et appelle chacun à la plénitude de vie. C'est ainsi que abstinence et fidélité ne sont pas seulement les meilleurs moyens d'éviter d'être infecté ou de contaminer les autres, mais encore la meilleure voie pour cheminer vers un bonheur durable et un épanouissement parfait »²⁸⁰.

Par ailleurs, le SCEAM entend promouvoir une éducation susceptible de conduire au changement de comportement sexuel aboutissant à la maîtrise de soi avant le mariage et à la fidélité au sein du couple. Pour ce faire, les évêques d'Afrique et de Madagascar veulent investir dans l'éducation à la vie affective et sexuelle pour que les jeunes et les couples découvrent la merveille de leur sexualité et de ses mécanismes de fécondité. Pareille éducation ne peut être efficace sans une sincère collaboration de tout le peuple de Dieu. Les laïcs, par exemple, ne parlent pas seulement de principes moraux, mais témoignent aussi dans leur vie dans le monde, sans être du monde. De la sorte, les principes moraux conduisent à une vie affective et sexuelle humanisante. Cette éducation conduit aussi à promouvoir des familles saines et stables qui sont la meilleure prévision contre le sida²⁸¹.

Étant donné l'ampleur de la riposte contre le VIH/SIDA en Afrique et au Madagascar, le SCEAM invite à la responsabilité. Pour déployer l'importance de cette tâche, écoutons les évêques :

« Solidaires, nous nous voulons aussi responsables, car nous avons pris la mesure du caractère global du défi qui nous est lancé. Longues ou récurrentes, les guerres africaines ne finissent pas d'ensanglanter nos communautés. En plus, que nous réservent-elles pour l'avenir quand elles instaurent le viol comme arme, non seulement psychologique mais physiquement destructrice par le sida ? Nous voyons aussi comment la pauvreté va de pair avec le sida. Nos économies déjà fragiles sont affaiblies encore par la perte des plus vigoureux de leurs artisans et d'une main-d'œuvre formée, mais diminuée par le sida. La pauvreté facilite la transmission du sida, rend impossible l'accès au traitement adéquat, accélère la mort par les maladies liées au sida et accentue l'impact sociale de la pandémie »²⁸².

²⁸⁰ *Ib.*, p. 136.

²⁸¹ *Ib.*, p. 136.

²⁸² *Ib.*, p. 136-137.

Cet appel à la solidarité, à la fidélité dans la foi, cette volonté de changer de comportement sexuel et d'assumer ses responsabilités avec un esprit évangélique sont concrétisés dans le plan stratégique décrit brièvement ci-dessous.

4.2.2.2. Plan d'action

Pour rendre effective la solidarité envers les PVVIH, le SCEAM entend utiliser et accroître les ressources humaines et matérielles que les diocèses et les conférences épiscopales nationales mettent au service de la lutte contre le sida. Cet effort consistera aussi à identifier des points focaux dans chaque Église locale où se fera la collecte d'informations et où s'élaboreront les stratégies de lutte contre le sida. Sur cette lancée, les évêques d'Afrique et de Madagascar s'engagent à coordonner leurs efforts à l'échelle continentale dans la lutte contre la pandémie. Ils assurent que les services de santé de l'Église, les services sociaux, les établissements d'éducation répondent effectivement de façon adéquate aux besoins des personnes infectées par le virus. Dans leur démarche, les évêques mettent un accent particulier sur la vulnérabilité des filles et sur le lourd fardeau que portent les femmes ; lancent un appel pathétique à devenir de vaillants avocats pour l'accès au traitement de ceux qui en sont éloignés par la pauvreté et les injustices structurelles. Dans la recherche des moyens de lutte contre le sida, le SCEAM propose que soient associés les experts traditionnels en plantes médicinales²⁸³.

Aussi, le SCEAM s'engage à développer des programmes d'enseignement qui intègrent le thème du sida dans le cursus théologique et religieux. Ces programmes devront également intégrer les principes moraux et les compétences pratiques afin de promouvoir les relations saines et une sexualité intègre. Les évêques d'Afrique et de Madagascar invitent les théologiens à approfondir la réflexion sur la pandémie. Ils s'engagent à organiser des ateliers et des séminaires au niveau régional, national, diocésain et paroissial, ayant pour but d'accroître la connaissance précise et la sensibilité à tous les aspects pertinents du sida pour l'Église. Il sera également question de motiver les personnes infectées ou affectées à s'engager activement comme personnes ressources dans la lutte contre les effets de la pandémie au niveau des communautés locales²⁸⁴.

Face à la gravité de la menace de la pandémie, le SCEAM met un accent particulier sur le changement de mentalité, d'attitude et de comportement sexuel. En ce sens, il s'engage à travailler sans répit pour faire disparaître les discriminations et les stigmatisations. Il conteste

²⁸³ Cf. *Ib.*, p. 137.

²⁸⁴ Cf. *Ib.*, p. 137.

les normes sociales, religieuses, culturelles et politiques ainsi que les pratiques qui perpétuent ces discriminations et stigmatisations. Pour supprimer les clichés sociaux de discrimination et de stigmatisation, les évêques d'Afriques et de Madagascar s'engagent à jouer un rôle primordial dans la promotion du dépistage volontaire du VIH/SIDA afin que les personnes infectées accèdent aux soins et bénéficient du soutien qu'il faut. Cette stratégie permettra de mieux contrôler la transmission du virus de mère à l'enfant. Ainsi s'avère-t-il urgent de promouvoir à tous les niveaux des gouvernements et des organismes gouvernementaux, l'établissement de priorités politiques qui soutiennent de manière adéquate les personnes infectées ou affectées par le virus, de manière à leur ouvrir l'accès aux soins, et de faire respecter leur dignité humaine et, par ailleurs, mettre en œuvre les engagements pris lors des diverses réunions intergouvernementales²⁸⁵.

Le défi lancé par la pandémie concerne toutes les confessions religieuses. Voilà pourquoi, le SCEAM s'engage à collaborer avec les autres Églises chrétiennes ainsi que les autres religions travaillant dans leurs communautés respectives à soigner et à soutenir les personnes infectées et/ou affectées par le virus. Il s'engage également à promouvoir des partenariats plus élargis avec les gouvernements, les Nations-Unies, les Agences internationales et intergouvernementales, le monde des affaires, la société civile, pour apporter davantage de soins et de soutien aux personnes concernées, sans rien abandonner de ses convictions évangéliques²⁸⁶.

Le SCEAM veut former le clergé, les religieux, les religieuses, les laïcs engagés, à accompagner les personnes les PVVIH dans la prière et le conseil spirituel ; à assumer une formation doctrinale, spirituelle, sociale, et la plus professionnelle possible, à tous ceux qui veulent s'engager dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes infectées et/ou affectées. Les évêques d'Afrique et de Madagascar veulent favoriser un accueil digne et compatissant des PVVIH, donner les sacrements et sacramentaux appropriés et requis aux catholiques vivant avec le virus²⁸⁷.

Après avoir présenté succinctement la vision du SCEAM sur le VIH/SIDA, confrontons-la à celle de la CENCO pour en dégager le point de convergence, de divergence ou d'accentuation.

²⁸⁵ Cf. *Ib.*, p. 137-138.

²⁸⁶ Cf. *Ib.*, p. 138.

²⁸⁷ Cf. *Ib.*, p. 138.

La *Déclaration de Gorée* corrobore quelques idées déjà présentes dans la prise de parole des évêques de la CENCO : dialogue entre la raison, la foi et la culture. En effet, s'appuyant sur la rationalité médicale, SCEAM témoigne de sa solidarité indéfectible avec le patient séropositif. À l'instar de la CENCO, le Symposium des Conférences Épiscopales d'Afrique et de Madagascar reconnaît le bienfait du traitement antirétroviral. C'est pourquoi il se bat bec et ongle pour que chaque patient ait accès à la trithérapie. Par cette déclaration, le SCEAM se range du côté de ceux qui luttent pour sauver une vie menacée. Cette solidarité est reprise dans le message de 2003.

Par ailleurs, le SCEAM insiste sur l'importance de la formation des agents pastoraux sur les enjeux réels de la pandémie. Il va jusqu'à penser la possibilité d'introduire le cours sur la pandémie dans le cursus du théologien et du religieux africain avec un accent particulier sur l'accompagnement spirituel du patient séropositif. Cette formation permettra au théologien africain d'approfondir la réflexion sur la pandémie.

Dans le dialogue avec la culture africaine et les confessions religieuses, le SCEAM fustige, lui aussi, les pratiques qui favorisent l'expansion de la pandémie et invite à une franche collaboration. Il faut néanmoins souligner l'insistance des évêques d'Afrique et de Madagascar sur la nécessité d'inviter les experts traditionnels en plantes médicinales à s'impliquer résolument dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Au demeurant, préoccupés par la pandémie, les évêques d'Afrique et de Madagascar ménagent aucun effort pour débattre de la question pendant les synodes africains tenus à Rome en 1994 et 2009.

4.3. Synodes africains

Absente des *Lineamenta*, la question du VIH/SIDA est évoquée dans l'*Instrumentum laboris* du premier Synode spécial des évêques pour l'Afrique²⁸⁸. Dans la proposition 51 des Pères synodaux, le VIH/SIDA est perçu comme une épidémie due en partie aux conditions de pauvreté et de misère qui existent sur le continent africain. Pour cette raison, les évêques prient

²⁸⁸ Cette réflexion de René LUNEAU est éclairante à ce sujet: « Curieusement, ni le texte des *Lineamenta* (juillet 1990) préparatoire aux travaux du Synode, ni le questionnaire qui l'accompagnait n'évoquent la question du Sida. Et c'est sans doute parce que nombre d'Églises ont répondu à une question qui ne leur avait pas été posée, et qu'elles disaient leur inquiétude croissante face à cette maladie, que le *Document de travail* (février 1993) concède, comme en passant, que "récemment le Sida a créé un problème social et médical en ce lieux" » (René LUNEAU, *Paroles et silences du Synode africain (1989-1995)*, Paris, Karthala, 1997, p. 198).

pour les scientifiques du monde entier afin que leurs efforts louables dans la recherche scientifique puissent atteindre au plus vite le but désiré.

Les Pères synodaux exhortent tous les hommes, et surtout les familles et le personnel de la santé, à offrir aux PVVIH le soin et l'affection qu'elles attendent. L'amitié, la joie, le bonheur et la paix apportés par le mariage chrétien et la fidélité, ainsi que la sécurité que donne la chasteté, doivent, par ailleurs, être sans cesse proposées en exemple aux fidèles, surtout aux jeunes²⁸⁹.

Par son Exhortation apostolique post-synodale *Ecclesia in Africa*, le pape Jean-Paul II reprend la proposition 51 des Pères synodaux. Il partage leur position qui voit dans la pauvreté, la précarité des services médicaux et les pratiques sexuelles irresponsables, les principales causes de la propagation de la pandémie. Le Saint-Père exhorte ainsi tous les agents pastoraux à s'engager résolument dans la lutte contre ce fléau, et demande aux hommes de sciences et aux responsables politiques de ne lésiner sur aucun moyen susceptible de mettre fin à ce fléau²⁹⁰.

La question du VIH/SIDA a fait également partie des préoccupations du deuxième Synode africain. Contrairement aux documents préparatoires de la première Assemblée spéciale pour l'Afrique, les *Lineament* du deuxième Synode cite déjà le VIH/SIDA parmi les situations préoccupantes de l'Église en Afrique²⁹¹. Par contre, le questionnaire qui accompagne ce document préparatoire interroge la situation générale de la santé dans chaque diocèse. C'est probablement la réponse à cette question qui a conduit l'*Instrumentum laboris* de reprendre la problématique du VIH/SIDA²⁹².

La proposition 51 du deuxième Synode africain considère le VIH/SIDA comme une des grandes pandémies qui déciment des populations du continent noir et compromettent gravement leur vie socio-économique. Les Pères synodaux estiment que cette maladie n'est pas à considérer simplement comme un problème médico-pharmaceutique, ou uniquement comme une question de changement de comportement humain. Il s'agit plutôt d'une question de développement intégral et de justice nécessitant une réponse globale de la part de l'Église.

²⁹⁰ Cf. JEAN-PAUL II, *Ecclesia in Africa*, n°116.

²⁹¹ Cf. *Lineamenta de la deuxième Assemblée spéciale pour l'Afrique*, n°8, dans *La Documentation catholique*, 2365 (octobre 2006), p. 834.

²⁹² Cf. *Instrumentum laboris de la deuxième Assemblée spéciale pour l'Afrique du Synode des évêques*, dans *La Documentation catholique*, 2422 (avril 2009), p. 405-431.

La deuxième Assemblée spéciale constate que les PVVIH vivant en Afrique sont victimes d'injustice parce que, ne bénéficiant pas de la même qualité de traitement que celles sous d'autres cieux. Elle demande aussi que les fonds alloués aux personnes vivant avec les virus soient réellement utilisés à cet effet et que les malades africains reçoivent le traitement de qualité comme ceux d'autres continents. Le Synode condamne fermement toute tentative, de la part d'individus ou de groupes, de disséminer le virus, soit comme arme de guerre, soit par leur style personnel de vie.

Le Synode encourage les Institutions et les mouvements ecclésiaux œuvrant dans le domaine de la santé et spécialement du VIH/SIDA et plaide pour leur reconnaissance par les agences internationales. Il recommande l'accélération des recherches thérapeutiques en cours pour l'éradication du fléau. Aussi propose-t-il d'éviter tout ce qui peut contribuer à la diffusion de la pandémie, notamment la pauvreté, la dissolution de la vie familiale, l'infidélité maritale, la promiscuité, le style de vie vide de valeurs humaines et évangéliques. Il recommande et encourage un service pastoral qui prodigue à ceux qui vivent avec le VIH/SIDA l'accès équitable au traitement médical, la nourriture, l'accompagnement pour le changement de comportement et une vie sans stigmatisation sociale ni discrimination. Il propose un service pastoral qui prodigue aux orphelins, aux veuves et aux veufs une authentique espérance de vie sans stigmatisation sociale ni discrimination, et un soutien pastoral qui aide les couples vivant avec un conjoint infecté à s'informer et à former leurs consciences, afin qu'ils choisissent ce qui est juste, en toute responsabilité pour le plus grand bien de l'un et l'autre, de leur union et de leur famille.

Le deuxième Synode demande au SCEAM de rédiger un manuel pastoral sur le VIH/SIDA. Ce qui permettra aux agents pastoraux de s'imprégner des enjeux de la pandémie²⁹³.

Les deux Synodes africains apportent un plus à l'enseignement de la CENCO et du SCEAM. La question de la pandémie est envisagée dans une perspective beaucoup plus large : le développement intégral de l'homme. La participation de chacun dans la lutte est une contribution pour le développement de l'homme dans toute son intégralité.

Pour l'efficacité de l'action et pour permettre à chacun d'apporter le meilleur de lui-même dans une vision chrétienne, les deux Synodes apportent une nouveauté significative lorsqu'ils envisagent la possibilité d'un manuel pour une prise en charge pastorale de la PVVIH.

²⁹³ Cf. Proposition 51, dans *La Documentation catholique*, 2434 (15 novembre 2009), p. 1053.

Ce document qui manque cruellement à l'Église d'Afrique est envisagé dans une perspective interdisciplinaire dans laquelle interviennent différents acteurs impliqués dans la lutte contre ce fléau dévastateur.

Les documents du Magistère africain que nous venons de parcourir nous ont fourni des renseignements sur la perception et les priorités pastorales. Qu'en est-il du Magistère romain ?

4.4. Le Magistère romain

Le Magistère romain s'est sans cesse prononcé sur la pandémie du VIH/SIDA. Nous retenons de lui ce qui touche directement notre sujet de recherche. Dans le but d'éclairer notre problématique sur les enjeux de l'articulation santé-souffrance-salut auxquels doit se rapporter une juste rencontre chrétienne avec la PVVIH, trois éléments sont à retenir : le recours à la connaissance scientifique sur le virus de l'immunodéficience humaine et sur le syndrome de l'immunodéficience acquise, la prévention de la contamination et les soins de la personne infectée.

4.4.1. Recours aux sciences biomédicales

Le Magistère romain salue les recherches biologiques, médicales et pharmacologiques menées dans le but d'éradiquer la pandémie. Lors la conférence internationale organisée par le Conseil pontifical pour la pastorale des services de la santé, dans son adresse aux 120 participants dont Gallo et Montagnier reconnus par leur découverte du virus, le Pape Jean-Paul II loue les prouesses des sciences biomédicales en ces termes :

« Il est juste de reconnaître que, depuis le début, le Sida a provoqué un sérieux engagement de la recherche dans des équipes guidées par d'éminents savants, dont beaucoup sont présents ici : je leur exprime bien volontiers ma plus vive estime. Grâce à leur effort, les différents aspects de cette maladie complexe et diffuse se clarifient de plus en plus. En moins de dix ans, un important chemin a été parcouru : les études de biologie moléculaire ont presque conduit à la connaissance du fonctionnement du virus, des interactions virus-cellule et des modifications ont été aussi découverts et le rôle que ces agents peuvent jouer dans le Sida, ainsi qu'en d'autres maladies, est étudié de manière active »²⁹⁴.

Réfléchissant sur le propos du Pape, nous nous rendons compte que la rationalité biomédicale est un partenaire incontournable pour toute théologie qui se prétend crédible et

²⁹⁴ JEAN-PAUL II, *L'Église face au défi du Sida : discours aux participants à la Conférence internationale organisée par le Conseil pontifical pour la pastorale des Services de la santé*, n°2.

audible dans le contexte du VIH/SIDA. Caractérisée par un va- et-vient entre la pratique et la doctrine, la théologie pratique ne peut pas se dérober aux sciences qui ont fait preuve de leur rationalité dans ce domaine. Les paroles du Magistère romain doivent interpeller les pasteurs d'Églises, ceux qui par ignorance, induisent la PVVIH en erreur en lui proposant d'abandonner les soins et de s'en remettre à Dieu par la prière. Les éléments de l'enquête que nous avons menée ont montré que ces pasteurs n'ont pas de connaissance scientifique suffisante sur la pandémie.

Au cours du même discours, le Pape Jean-Paul II ajoute :

« Aux scientifiques et aux chercheurs, avec ma pleine approbation pour leur louable effort, va mon invitation à développer et à coordonner leur travail, source d'espérance pour les malades du Sida et pour toute l'humanité (...). Aujourd'hui, manquent encore des vaccins et des médicaments suffisamment efficaces contre le virus du Sida ; il faut souhaiter que la recherche scientifique et pharmacologique puisse atteindre le niveau souhaité. À la porte de votre compétence et de votre sensibilité, illustres scientifiques et chercheurs, frappe une humanité implorante, qui attend une réponse de vie surtout de votre collaboration et dévouement »²⁹⁵.

Ces paroles du Pape Jean-Paul II mettent en lumière la valeur de la rationalité biomédicale. Par leur recherche indéfectible, les hommes de science s'emploient infatigablement à maîtriser et à vaincre cette grave maladie. Ils contribuent à l'espérance et à la restauration vie de la personne infectée.

Par ailleurs, les données épidémiologiques permettent au Pape Jean-Paul II d'affirmer :

« Les statistiques montrent que la jeunesse est majoritairement touchée par le Sida. La menace qui pèse sur les jeunes générations doit attirer l'attention et entraîner l'engagement de tous : en effet, humainement parlant, l'avenir du monde est fondé sur les jeunes, et l'expérience enseigne que le seul moyen de prévoir le futur, c'est de le préparer »²⁹⁶.

Comme nous pouvons le constater, la rationalité biomédicale permet au Pape Jean-Paul II d'entrer en dialogue avec les hommes des sciences et de tenir un discours lucide sur la pandémie. Les données scientifiques qu'il évoque balayent toutes les idées trompeuses sur la nature de la maladie que certains considèrent comme imaginaire ou un mauvais sort du sorcier. Elle est une maladie comme toutes les autres.

²⁹⁵ *Ib.*, n°12.

²⁹⁶ *Ib.*, n°4.

4.4.2. La prévention

Dans le domaine de la prévention de la transmission du virus d'une personne à l'autre, le Magistère romain s'inscrit dans une perspective éthique. Ces paroles du Pape Benoît XVI sont éclairantes à ce sujet :

« Le problème du sida, en particulier, exige certes une réponse médicale et pharmaceutique. Celle-ci est cependant insuffisante car le problème est plus profond. Il est avant tout éthique. Le changement de comportement qu'il requiert-par exemple : l'abstinence sexuelle, le refus de la promiscuité sexuelle, la fidélité dans le mariage-, pose en dernière analyse la question du développement intégral qui demande une approche et une réponse globales de l'Église. Car pour être effective, la prévention du sida doit s'appuyer sur une éducation sexuelle elle-même fondée sur une anthropologie ancrée dans le droit naturel, et illuminée par la Parole de Dieu et l'enseignement de l'Église »²⁹⁷.

Cette prise de position est fondée sur le mode de transmission du virus. Le Magistère romain n'ignore pas les trois modes de transmission du virus par voie sanguine, par voie sexuelle et par transmission de la mère l'enfant. Mais, il sait pertinemment que la voie sexuelle reste le principal moyen d'infection. C'est dans cette optique que s'inscrivent ces paroles du Pape Jean-Paul II :

« Les caractéristiques particulières du surgissement et du développement du Sida, ainsi qu'une certaine façon d'aborder la lutte contre cette maladie révèlent (...) une crise préoccupante des valeurs. On n'est pas très éloigné de la vérité en affirmant que, parallèlement au développement du Sida, s'est manifestée une sorte d'immuno-déficience sur le plan des valeurs essentielles, qui ne peut manquer d'être reconnue comme une vraie pathologie de l'esprit »²⁹⁸.

Pour ce faire, le Pape Jean-Paul II pense qu'une prévention ne peut être véritablement efficace si elle ne prend pas place dans une vision constructive de la dignité de la personne humaine et de son destin transcendant. Elle doit informer d'une façon adéquate et éduquer à la maturité responsable. Correcte et complète devra être cette information. En ce sens, le Magistère romain croit qu'il est illicite de soutenir une prévention fondée sur des moyens qui violent le sens authentiquement humain de la sexualité.

²⁹⁷ BENOÎT XVI, *Africae munus*, n°72.

²⁹⁸ JEAN-PAUL II, *L'Église face au défi du Sida*, n°4.

4.4.3. Soins à la personne infectée

Les soins globaux prodigués à une personne vivant avec le VIH/SIDA impliquent plusieurs acteurs: personnel médical, agents pastoraux, familles, patients.

S'adressant au personnel médical, le pape Jean-Paul II déclare : « vous êtes l'expression vivante de la parabole du Bon Samaritain »²⁹⁹. Se tournant vers les agents pastoraux, le souverain pontife affirme : « devenez les hérauts de l'évangile de la souffrance dans le monde contemporain »³⁰⁰. Que signifient au juste ces deux affirmations du pape ? Ne s'agit-il pas la définition de deux missions distinctes, mais complémentaires ? Pour s'en rendre compte, il faut se référer à l'exhortation apostolique *Salvifici doloris* qui a consacré son sixième chapitre à la notion de l'évangile de la souffrance et le septième à celle de la parabole du bon Samaritain³⁰¹.

²⁹⁹ *Ib.*, n°13.

³⁰⁰ *Ib.*, 14.

³⁰¹ Cf. JEAN-PAUL II, *Salvifici doloris*, n°25-30.

Conclusion

La pandémie du VIH/SIDA constitue un défi pour l'Église en Afrique subsaharienne qui voit dans chaque personne infectée un membre souffrant du corps du Christ. Dans tous les coins du continent, les évêques ont brisé le tabou et se sont ouvertement et publiquement exprimés à cet effet. Les interventions des uns et des autres se sont focalisées sur la nature de la maladie, les causes de son expansion dans la société, les modes de prévention de l'infection et la prise en charge du patient.

Dans leur prise de position, les évêques d'Afrique et des îles avoisinantes sont restés sur la ligne de l'enseignement de l'Église universelle sur les causes de l'infection et sur la diffusion de ce fléau dévastateur³⁰². Selon eux, en effet, la principale cause de la pandémie réside dans le comportement humain. La quasi-totalité des prélats catholiques du continent noir pensent que le VIH/SIDA n'est pas l'œuvre du châtement divin, à l'exception des évêques Zambiens qui semblent affirmer le contraire. Les textes collégiaux du SCEAM et des Synodes sont restés silencieux à ce propos. En outre, les évêques africains n'expliquent pas clairement le rapport entre cette maladie et le péché. Ils se contentent plutôt à dénoncer le désordre humain. Veulent-ils par-là dire qu'il s'agit d'un péché de l'homme ? La question reste posée et pourtant, elle est très présente dans les raisons qui conduisent la PVVIH à abandonner les soins médicaux.

Quant aux recommandations des évêques africains, force est de constater qu'elles s'orientent dans deux directions. La première insiste sur la solidarité avec les personnes infectées, et sur la nécessité de traiter ces personnes dans le respect de leur dignité. La seconde indique la voie d'une prévention qui passe par la réintégration des valeurs morales³⁰³. Il est donc clair que le VIH/SIDA et la souffrance qu'il entraîne sont à combattre vigoureusement

³⁰² L'enseignement de l'Église universelle sur la nature de la pandémie du VIH/SIDA relève deux caractéristiques de la pathologie. La première est que cette maladie est révélatrice d'un désordre profond de la personne et de la société. En ce sens, l'infection à VIH ne peut être réduite à la seule pathologie somatique immunitaire. Elle est aussi, et surtout, une maladie sociale et morale, qui est liée à des types déterminés de rapports interpersonnels et qui touche la personne humaine à tous les niveaux. Elle révèle aussi un désordre profond, anthropologique et moral qui se manifeste dans les comportements qui sont responsables de sa diffusion. Cette épidémie diffère donc de tant d'autres que l'humanité a connues du fait que des comportements humains délibérés jouent un rôle dans sa propagation. La deuxième spécificité du VIH/SIDA est que, contrairement à ce qui se passe pour d'autres épidémies, ses modes de transmission sont connus et documentés, et que l'infection peut être parfaitement évitée (Cf. Jacques SUAUDEAU, *Le magistère de l'Église sur le traitement et la prévention du VIH/SIDA*, dans *Dolentium hominum*, 2 (2011), p. 36.

³⁰³ Selon le magistère universel, « le fait de prendre soin de la personne atteinte par le VIH/SIDA se situe dans sa mission comme elle l'a fait depuis des siècles (...). Le sujet principal d'attention et de préoccupation de l'Église en matière de VIH/SIDA n'est donc pas la maladie en elle-même, mais le malade infecté par le VIH, spécialement lorsque ce malade se trouve isolé, discriminé, rejeté par ses concitoyens, et, souvent, par sa famille » (Cf. Jacques SUAUDEAU, *art.cit.* p. 37).

partout et par tous. Il en va du salut intégral de l'homme. Notons toutefois que les évêques africains mettent en exergue la santé et la vie et parlent peu du salut. Mais cela ne veut pas dire qu'ils l'escamotent de leur discours. La santé et la vie qui constituent leur cheval de bataille sont ordonnées au salut intégral de l'homme. Le troisième chapitre nous a renseigné combien ces trois concepts sont proches, mais sans se confondre à l'un ou à l'autre.

Cet enseignement peut être regroupé en des thèmes théologiques suivants : une juste rencontre chrétienne avec une personne aux prises avec la souffrance humaine, le sens chrétien de la souffrance, sens chrétien de guérison et du salut, la sacralité de la vie. Nous nous efforcerons d'approfondir ces thèmes, tout long du cinquième chapitre consacré à l'approche chrétienne de la vulnérabilité.

CINQUIÈME CHAPITRE

LA SOUFFRANCE HUMAINE : UN LIEU THÉOLOGIQUE

Les chapitres précédents sont revenons à mainte reprise sur la souffrance à laquelle est confronté la personne vivant avec le VIH/SIDA. Il importe à présent de voir en quoi la souffrance, en générale et celle causée par le virus de l'immunodéficience, en particulier, peut être considérée comme lieu théologique. La réponse à cette question demande que soit explicitée la notion même de lieu théologique pour en découvrir le sens avant de l'appliquer au concept de souffrance et soit élucidé le sens chrétien de celle-ci. La souffrance humaine ne donne-t-elle pas à penser l'homme devant Dieu dans le monde d'aujourd'hui ? Dans son déploiement dans l'histoire de la théologie, la notion de lieu théologique ne contient-elle pas en filigrane cette idée d'homme devant Dieu ?

Inhérente à l'existence humaine, la souffrance est avant tout une question anthropologique. Elle concerne de façon particulière l'anthropologie chrétienne que le pape Jean-Paul II n'hésite pas à considérer comme un chapitre de la théologie³⁰⁴. Au fond de ce questionnement anthropologique, se trouve l'idée de Dieu. Comment affirmer ensemble et sans contradiction que Dieu est bon, Il est tout-puissant et que la souffrance existe ? L'idée de Dieu dans la souffrance appelle celle de la sotériologie.

Depuis des lustres, des théologiens de tout bord se sont penchés sur la question de la souffrance comme énigme de l'existence humaine. D'aucuns l'ont abordée à partir de la notion métaphysique du mal, d'autres l'ont approchée sous l'angle anthropologique de la vulnérabilité, d'autres encore se sont limités à la dimension physique de la douleur. Certains par contre, emploient indistinctement les mots souffrance, mal et douleur. Du coup, la souffrance apparaît comme un concept teinté d'imprécision et d'ambiguïté. Il importe de préciser ce qu'il faut entendre par ce concept et de voir son rapport au mal, à la vulnérabilité et à la douleur.

Certes, dans ce chapitre, même si nous étudions la souffrance dans sa dimension fondamentale, nous ne perdons pas de vue que l'objet principal de notre étude est la souffrance causée par le VIH/SIDA. Ce qui suppose un-va-et-vient entre la dimension fondamentale et la dimension spéciale. La déplorable situation du patient *perdu de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH révèle que la maladie et ses corollaires sont un lourd fardeau à porter. Ce qui laisse dire au Magistère que la pandémie dévastatrice du VIH/SIDA traduit la fragilité de la nature humaine, son impuissance, ses limites et sa finitude. Il voit aussi dans ce fléau dévastateur un chemin de conversion et d'inauguration d'une guérison plus profonde grâce au pardon de Dieu. L'Église enseigne également que cette maladie participe au mystère de la

³⁰⁴ Cf. JEAN-PAUL II, *Centesimus annus*, n°55.

passion et de la résurrection du Christ. Elle exhorte ainsi le patient à l'espérance, car estime-elle, la maladie et la souffrance trouvent une signification nouvelle dans le Christ.

En posant la question du sens de la souffrance, on pose en même temps celle d'un Dieu au cœur du souffrir. En clair, c'est la destinée de l'homme dans la relation à soi, au monde et à Dieu qui est en jeu. D'où la question de sotériologie.

Le présent chapitre se penchera sur l'approfondissement théologique des considérations issues de la situation réelle du patient séropositif. Il sied, cependant, d'introduire une précision terminologique du concept de lieu théologique. Cette notion permet de situer au cœur de la souffrance humaine la question théologique exacte à discuter, pour ne pas lui attribuer les certitudes qu'elle ne comporte point.

5.1. Le concept de lieu théologique

Dans la conception théologique catholique, la notion de lieu théologique désigne les divers domaines à partir desquels la connaissance théologique peut élaborer son savoir³⁰⁵. En d'autres termes, cette expression renvoie aux sources de la connaissance théologique³⁰⁶. La première élaboration systématique de cette notion est essentiellement l'œuvre du théologien dominicain Melchior Cano (1509-1560) dans son célèbre ouvrage *De locistheologicis*, paru en 1563 à Salamanque. Par la suite, le concept a connu un déplacement épistémologique.

Partant, nous présentons en premier lieu la notion de lieu théologique chez Melchior Cano. En second lieu seront abordés son déplacement et l'émergence de lieux nouveaux, avant d'exposer en dernier lieu la conception de la Commission Théologique Internationale.

5.1.1. La notion de lieu théologique chez Melchior Cano

Le *De locistheologicis* de Melchior Cano a vu le jour dans un contexte historique du concile de Trente (1545-1563) et du renouveau de la théologie catholique résultant de l'affrontement entre divers courants comme le thomisme, le scotisme, le nominalisme, l'augustinisme, et du défi que représentait la réforme protestante³⁰⁷. C'est donc dans un contexte d'une scolastique décadente que Melchior Cano entend élaborer une théorie de la méthode de la doctrine sacrée.

³⁰⁵ Cf. Cyrille MICHON et Gilbert NARCISSE, *Lieux théologiques*, dans Jean-Yves LACOSTE (éd.), *Dictionnaire critique de théologie*, Paris, Cerf, 1998, p. 790.

³⁰⁶ Cf. Karl RAHNER et Herbert VORGRIMLER, *Petit dictionnaire de théologie catholique*, Paris, éd. du Seuil, 1970, p. 258.

³⁰⁷ Cf. *Ib.*, p. 790.

À cette période, effet, la théologie scolastique devenait de plus en plus décadente du fait de trop négliger les vrais problèmes de la vie concrète des hommes et de la pensée chrétienne au profit de pures spéculations. Cette théologie ne partait plus du donné révélé à exploiter, à approfondir, à défendre ; mais plutôt des questions inextricables et volontairement compliquées dans lesquelles un dialecticien consommé trouvait les plus belles occasions de déployer son savoir-faire. En outre, cette pensée théologique se caractérisait par une accentuation exagérée de différences d'écoles, par les distinctions logiques et les analyses de notions poussées jusqu'aux plus minimes détails, par la manie effrénée et insatiable de poser des questions, par le goût déréglé de la spéculation qui ne se soucie plus de la Révélation et de la doctrine des Pères de l'Église, etc³⁰⁸. D'où, penser et repenser la théologie s'avérait plus que nécessaire.

L'aurore du renouveau théologique date de 1526, du retour à Salamanque de François de Vitoria après une vingtaine d'années d'étude et d'enseignement à l'historique couvent Saint-Jacques, de Paris. Avec François de Vitoria s'installait petit à petit, à Salamanque, une scolastique renaissante caractérisée par le goût de la rhétorique, le souci du retour aux sources (théologie positive) et la fidélité à saint Thomas d'Aquin³⁰⁹. En d'autres termes, les maîtres salmantins tenaient à l'élégance et à la forme du discours, signe manifeste de leur temps. Ils recherchaient aussi dans la Bible et dans la Tradition, les substantielles et vivifiantes vérités de la foi que la scolastique décadente, trop occupée de la dialectique et de subtilité, ne pouvait ou ne voulait plus donner aux esprits et aux cœurs. L'étude poussée des langues anciennes, principalement du grec et de l'hébreu, l'étude impartiale de l'histoire de l'Église et de l'histoire profane, l'étude des Pères de l'Église et des grands théologiens prenaient une place toujours croissante dans la formation des nouveaux maîtres, pour leur permettre d'interpréter selon leur sens littéral le plus authentique, les textes sacrés restitués par de sérieux travaux de paléographie et de philologie. Dans la constellation de grands docteurs de la scolastique, les salmantins accordaient à saint Thomas d'Aquin une prédilection sans partage ; ils lui donnaient une place de choix, bien au-dessus de saint Albert, de saint Bonaventure, de Scot et des nominalistes. De plus en plus, la *Somme théologique* s'imposait dans l'Université de Salamanque et y supplantaient les *Sentences* de Pierre Lombard, alors couramment étudiées³¹⁰.

³⁰⁸ Cf. Eugène MARCOTTE, *La nature de la théologie d'après Melchior Cano*, Ottawa, éd. de l'Université, 1949, p. 33-34.

³⁰⁹ Cf. *Ib.*, p. 36-37.

³¹⁰ Cf. *Ib.*, p. 37-39.

Après sa mort, la relève est assurée par Melchior Cano, brillant disciple, qui assigna trois tâches à la théologie : expliquer les conclusions théologiques, défendre la foi contre les hérétiques, et faire servir les connaissances humaines à illustrer et à confirmer la parole de Dieu³¹¹.

Selon Melchior Cano, le grand problème de la théologie scolastique décadente réside dans le choix et la qualification des questions théologiques, le choix et le maniement des arguments, la méthode d'exposition et la forme littéraire. Il faudra donc déterminer la note théologique exacte de la question à discuter, pour ne pas attribuer à celle-ci plus ou moins de certitude qu'elle n'en comporte. D'après lui, la scolastique décadente perd beaucoup trop de temps et d'efforts à discuter des questions obscures et difficiles, et, par ailleurs, d'aucune nécessité théologique. En plus, explicite le nouveau maître de Salamanque, la scolastique décadente ne puise pas assez aux vraies sources d'arguments théologiques. Elle n'y puise pas non plus avec le soin voulu pour donner à chaque argument sa valeur propre. Il manque l'ordre et la méthode dans la discussion théologique. Dès lors, le *De Locistheologicis* a pour but d'apprendre au théologien quel usage faire de ses sources d'argument.

Melchior Cano distingue dix lieux théologiques : l'Écriture sainte, les traditions des apôtres, l'Église catholique, les conciles, l'Église romaine (le pape), les Pères de l'Église, les théologiens scolastiques, la raison humaine, les philosophes et l'histoire humaine. D'après leur autorité, Melchior Cano distingue deux grands types de lieux théologiques : les lieux propres, c'est-à-dire celles qui font appel à l'autorité divine et les lieux annexes (ou non explicites), qui font appel à la raison. Dans les lieux propres, Cano relève les lieux fondamentaux (ou lieux constituants) que sont l'Écriture Sainte et la Tradition apostolique contenant toute la Révélation, et les lieux déclaratifs (ou lieux interprétatifs) à valeur de conservation du dépôt, d'interprétation du donné révélé et de le transmettre. L'Église catholique, les conciles, le magistère du pape, les Pères de l'Église, les théologiens scolastiques (et canonistes) sont des

³¹¹ Cf. *Ib.*, p. 42. Pour élaborer sa théorie, Melchior Cano puise ses matériaux dans deux sources du savoir : la théologie et la philosophie. La première source se rapporte au théologien dominicain saint Thomas d'Aquin qui, dans la somme théologique posait cette question : « cette doctrine (la théologie révélée) argumente-t-elle ? ». Pour le docteur angélique, si cette science devait argumenter, ce serait soit par autorité, soit par raison. Mais prouver par autorité ne semble pas convenir la dignité de la science sacrée. Quant aux preuves rationnelles, elles ne correspondent pas à sa fin. Par conséquent, la doctrine sacrée n'utilise pas d'argument. La source philosophie se réfère au topique d'Aristote

lieux déclaratifs. La raison humaine (raison naturelle), les philosophes (et les juristes), l'histoire humaine (et les traditions humaines) se rangent dans les lieux annexes³¹².

Comme le montre Marie-Dominique Chenu, l'épistémologie de Melchior Cano « est toute dominée et réglée par l'autorité, dans une foi définie comme consentement à la Parole de Dieu, autorité absolue pour l'Écriture et la Tradition, autorité probable pour les Pères, les théologiens, les canonistes. La lumière intérieure du croyant n'entre pas comme telle en ligne de compte, ni l'expérience vécue ; il s'agit de propositions. Ainsi, s'opère une disjonction entre la référence aux documents historiques de la tradition, test de la fidélité objective, et le fait que cette tradition ne se réduit pas à des documents, mais inclut sa propre vie de foi, guidée par le Saint-Esprit. De sorte que la fermentation interne de la foi, dans la tradition vécue, et développée en *intellectus fidei* guidé par le même Esprit, n'est pas prise en compte comme "lieu", c'est-à-dire le *sensus Ecclesiae* qui, tout en faisant référence aux documents dans sa fidélité obédientielle, comporte une certaine autonomie, dans sa subjectivité même »³¹³.

La crise moderniste n'était pas sans conséquences. En effet, les traditionnels lieux théologiques du maître de Salamanque n'avaient plus la même pertinence. Ce qui conduit à leur déplacement.

5.1.2. Déplacement des lieux théologiques

Parler du déplacement des lieux théologiques aujourd'hui est, selon Claude Geffré, plancher sur le passage d'une théologie au savoir constitué à une théologie entendue comme interprétation plurielle ou encore le passage de la théologie dogmatique à la théologie herméneutique³¹⁴. Pour essayer de comprendre ce déplacement, Claude Geffré évoque l'approfondissement théologique de la notion de Révélation et le défi que lance le problème herméneutique à la théologie. Selon l'auteur, la Parole de Dieu ne s'identifie ni à la lettre de l'Écriture, ni à la lettre des énoncés dogmatiques. Dogme et Écriture sont des témoignages partiels rendus à la plénitude de l'Évangile qui est d'ordre eschatologique. Quant à la Révélation, elle n'est pas la communication à partir d'en haut d'un savoir fixé une fois pour toutes. Elle désigne tout à la fois l'action de Dieu dans l'histoire et l'expérience croyante du

³¹² Cf. Marie-Thérèse DESOUCHE, *L'histoire comme lieu théologique et fondement de la théologie pastorale*, dans *NRT* 116 (1994), p. 397 ; Hans WALDENFELS, *Manuel de théologie fondamentale*, Paris, Cerf, 1997, p. 725.

³¹³ Marie-Dominique CHENU, *Les lieux théologiques chez Melchior Cano*, dans Jacques AUDINET e.a., *Le déplacement de la théologie* (Le point théologique, 21), Paris, éd. Beauchesne, 1977, p. 47-48.

³¹⁴ Cf. Claude GEFFRÉ, *Du savoir à l'interprétation*, dans Jacques AUDINET e.a., *Le déplacement de la théologie*, p. 51.

Peuple de Dieu qui se traduit dans l'expression interprétative de cette action. Entendue comme telle, la Révélation n'atteint sa plénitude, son sens et son actualisation que dans la foi qui l'accueille. Dès lors, comprendre la théologie comme herméneutique, c'est prendre au sérieux l'historicité de toute vérité, y compris la vérité révélée et prendre au sérieux l'historicité de l'homme comme sujet interprétant³¹⁵.

Par ailleurs, l'attitude des théologiens à l'égard des lieux théologiques constituants et interprétatifs n'est pas restée sauve. D'une part, l'Écriture n'est plus considérée comme un donné au sens d'un contenu de vérité à s'appropriier, mais comme une certaine interprétation croyante, irrémédiablement historique, c'est-à-dire relative. Le théologien, quant à lui, reçoit l'Écriture de l'Église. Ainsi, d'après Claude Geffré, la lecture croyante de l'Écriture est toujours une herméneutique. La référence à l'origine du sens (celle de l'événement fondateur) est certes essentielle, mais la transmission du message n'est pas la répétition d'un savoir constitué une fois pour toutes³¹⁶.

D'autre part, le théologien ne fait plus appel à l'Écriture simplement pour justifier ou pour confirmer l'enseignement du Magistère. La lecture de l'Écriture le conduit à une réinterprétation des énoncés dogmatiques en tenant compte de la situation de question et de réponse qui fut l'occasion de leur formulation. Le langage dogmatique devient l'expression d'une prise de conscience par l'Église de ce qu'elle vit à un moment donné³¹⁷. Dès lors, explicite Claude Geffré :

« De même qu'on ne peut identifier l'Église et le Royaume de Dieu, de même on ne peut parler d'une identité pure et simple du langage dogmatique de la foi et de la Parole de Dieu. Si on évite d'identifier soit l'Écriture, soit le Dogme avec la Parole de Dieu, on comprend alors leur complémentarité dans l'appropriation progressive par l'Église des richesses du Mystère du Christ. Concrètement, la fonction herméneutique de la théologie est mesurée par l'articulation réciproque des confessions de foi dogmatiques et de l'Écriture »³¹⁸.

Les dogmes doivent donc être interprétés en tenant compte de ce qui est visé par leur définition dogmatique et de ce qui relève de la mentalité et des représentations spontanées d'une époque³¹⁹.

³¹⁵ Cf. *Ib.*, p. 52-53.

³¹⁶ Cf. *Ib.*, p. 58.

³¹⁷ Cf. *Ib.*, p. 59.

³¹⁸ *Ib.*, p. 59-60.

³¹⁹ Cf. *Ib.*, p. 60.

Comme nous pouvons le constater avec Claude Geffré, le déplacement des lieux théologiques consiste en un déplacement de l'acte théologique comme *intellectus fidei* (intelligence de la foi) :

« L'*intellectus fidei* ne s'identifie plus avec un acte de la raison spéculative qui se meut selon le schéma du sujet et de l'objet et qui cherche à expliquer ce qui nous est donné à comprendre dans la révélation à partir d'un certain nombre de raisons métaphysiques. L'*intellectus fidei* peut être assimilé à un 'comprendre herméneutique', c'est-à-dire autre chose qu'un simple acte de connaissance, un mode d'être où la compréhension du passé est inséparable d'une interprétation de soi »³²⁰.

Cette nouvelle manière de pratiquer la théologie fait émerger de lieux nouveaux. D'une part, il y a l'émergence des sciences humaines qui constituent non pas des lieux nouveaux en tant que tels, mais des rationalités nouvelles. D'autre part, la pratique chrétienne devient à la fois un lieu de production du sens du message chrétien et un lieu de vérification de ce message³²¹.

Pour Joseph Moingt, la question des lieux théologiques se pose de plus en plus au singulier. De ce fait, le lieu théologique au singulier se définit comme l'articulation de deux histoires vivantes, celle qui a produit le texte que la théologie est chargée d'interpréter, et celle qui a produit les séries de lectures de ce texte. Et, le théologien fait la théologie du lieu qu'il occupe ; voilà pourquoi, l'auteur préfère parler du lieu du théologien à la place de lieu théologique³²².

5.1.3. La Commission théologique internationale

La Commission théologique internationale (CTI) parle des lieux théologiques en termes des points de repère fondamentaux pour le travail théologique. Ces lieux sont l'Écriture, la Tradition apostolique, le *sensus fidelium*, le Magistère, la communauté des théologiens et le dialogue avec le monde³²³.

5.1.3.1. L'Écriture

La théologie réfléchit sur la vérité révélée par la Parole de Dieu. Celle-ci renseigne que la création et l'histoire constituent le lieu et le temps dans lesquels Dieu se révèle, et que

³²⁰ *Ib.*, p. 60.

³²¹ Cf. *Ib.*, p. 62.

³²² Cf. Joseph MOINGT, *Perte du lieu-Rapt du lieu*, dans Jacques AUDINET e.a., *Le déplacement de la théologie* (Le point théologique, 21), Paris, éd. Beauchesne, 1977, p. 152-153.

³²³ Cf. COMMISSION THÉOLOGIQUE INTERNATIONALE, *La théologie aujourd'hui : perspectives, principes et critères*, Paris, Cerf, 2012.

l'Incarnation du Fils est le point culminant de cette Révélation en ce sens que, la Révélation de Dieu comme Père qui aime le monde se réalise dans la révélation de Jésus-Christ crucifié et ressuscité³²⁴.

La foi découle de l'écoute de la Parole de Dieu, laquelle Parole atteint les oreilles des hommes par la médiation de ceux qui ont été envoyés pour la Proclamer et susciter la foi. Par la foi, l'homme ouvre ses oreilles pour écouter la Parole de Dieu et aussi sa bouche pour lui offrir prière et louange. Par la foi, l'homme ouvre son cœur pour recevoir l'amour de Dieu qui est répandu en lui grâce au don de l'Esprit saint. En tant que telle, la foi à la fois un acte de croyance ou de confiance (*fides qua*) et ce qui est cru ou confessé (*fides quae*) ; les deux aspects vont inséparablement de pair puisque la confiance est adhésion à un message qui possède un contenu intelligible, et que la confession ne peut se réduire à un hommage des lèvres, mais doit venir du cœur³²⁵. De la sorte, l'acte de foi comme réponse à la Parole de Dieu ouvre l'intelligence du croyant à de nouveaux horizons³²⁶. Ainsi, la démarche de l'intelligence de la foi (*intellectus fidei*) se comprend comme chemin qui part de la foi, qui est sa source et son principe permanent, et va vers la vision dans la gloire dont l'*intellectus fidei* est une anticipation. Dans la vie de l'Église, l'*intellectus fidei* revêt diverses formes, telles la *lectio divina*, la méditation, la prédication, la théologie en tant que science, etc. Il ne devient théologie au sens strict du terme que quand le croyant entreprend de présenter le contenu du mystère chrétien d'une manière rationnelle et scientifique³²⁷.

Bref, « la théologie sacrée s'appuie sur la Parole de Dieu écrite, inséparable de la sainte Tradition, comme sur un fondement permanent ; en elle aussi elle se fortifie, s'affermir et se rajeunit toujours, tandis qu'elle scrute, sous la lumière de la foi, toute la vérité qui se puise cachée dans le mystère du Christ. Les Saintes Écritures contiennent la Parole de Dieu et, puisqu'elles sont inspirées, elles sont vraiment cette Parole ; que l'étude de la Sainte Écriture soit donc pour la théologie sacrée comme son âme »³²⁸. Et lorsque la Constitution *Dei Verbum* affirme ainsi, explicite la CTI, « elle a en vue chacune des disciplines théologiques. Cet enracinement dans la Parole de Dieu révélée, attestée par l'Écriture et par la Tradition, est

³²⁴ Cf. *Ib.*, n°6.

³²⁵ Cf. *Ib.*, n°12-13.

³²⁶ Cf. *Ib.*, n°16.

³²⁷ Cf. *Ib.*, n°18.

³²⁸ Cf. *Dei Verbum*, n°24

essentiel pour la théologie. La tâche primordiale de celle-ci est d'interpréter la vérité de Dieu comme vérité salvifique »³²⁹. Qu'en est-il de la Tradition ?

5.1.3.2. La Tradition apostolique

La Tradition apostolique est cette transmission fidèle de la Parole de Dieu, attestée dans le Canon des Écritures par les prophètes et les apôtres et dans la *leiturgia* (la liturgie), la *martyria* (le témoignage) et la *diakonia* (le service) de l'Église³³⁰. Cette Tradition a pour aspects essentiels la *lex orandi* (la règle de la prière), la *lex credendi* (la règle de la croyance) et la *lex vivendi* (la règle de vie)³³¹.

En ce sens, la Tradition est quelque chose de vivant et de vital, un processus continu dans la vérité des langues et la diversité des cultures. Cet héritage apostolique se transmet et se réalise dans la puissance de l'Esprit saint qui introduit l'Église dans la vérité tout entière en maintenant fermement la mémoire de Jésus lui-même, en gardant l'Église fidèle à ses origines, en permettant une sûre transmission de la foi, et en suggérant une présentation toujours nouvelle de l'Évangile sous la direction des pasteurs, qui sont les successeurs des apôtres. Les composantes vitales de la Tradition apostolique sont : une étude toujours renouvelée de la sainte Écriture, le culte liturgique, l'attention à ce qu'ont enseigné au cours des âges les témoins de la foi, une catéchèse qui favorise la croissance de la foi, l'amour concret de Dieu et du prochain, un ministère ecclésial structuré et le service que rend le Magistère à la Parole de Dieu³³². Ainsi, parce que les Pères de l'Église ont une place de choix dans la transmission et l'approfondissement fidèle de la vérité révélée, leurs écrits constituent un *locus* pour la théologie catholique³³³.

5.1.3.3. Le *sensus fidelium*

Par *sensus fidelium*, il faut entendre non seulement l'opinion majoritaire à un moment donné ou dans une culture donnée et /ou une simple réaffirmation secondaire de ce qui est d'abord enseigné par le Magistère ; mais plutôt le *sensus fidei* du peuple de Dieu pris dans son entier, et qui obéit à la Parole de Dieu et est conduit sur les sentiers de la foi par ses pasteurs. Il est le

³²⁹ COMMISSION THÉOLOGIQUE INTERNATIONALE, *o.c.*, n°23.

³³⁰ Cf. *Ib.*, n°7.

³³¹ Cf. *Ib.*, n°25.

³³² Cf. *Ib.*, n°26.

³³³ Cf. *Ib.*, n°27.

sens de la foi profondément enraciné dans le peuple de Dieu qui reçoit, comprend et vit la Parole de Dieu au sein de l'Église³³⁴.

Le *sensus fidelium* constitue un fondement et un *locus* pour le travail théologique. D'une part, le théologien est relié au *sensus fidelium* parce que la foi qu'il scrute et explique vit dans le peuple de Dieu. Et en ce sens, le théologien lui-même prend une part active à la vie de l'Église pour en avoir une vraie connaissance. D'autre part, le ministère du théologien au sein du peuple de Dieu consiste à expliquer la foi de l'Église telle qu'elle se trouve dans les Écritures, la liturgie, les symboles de foi, les dogmes, les catéchismes et le *sensus fidelium* lui-même. Le travail théologique consiste à découvrir, à présenter et à clarifier ce que les fidèles catholiques croient et vivent³³⁵.

5.1.3.4. Le Magistère

Il est du ressort du Magistère d'interpréter la foi de façon authentique. Le théologien est appelé à approfondir sa réflexion sur la vérité que proclame le Magistère, en chercher les implications pour la vie chrétienne et pour le service de la vérité. Ainsi, le Magistère devient un *locus* qui permet d'élaborer une théologie qui repose sur des présupposés de foi ecclésiale³³⁶.

À la lumière de ce parcours sur la notion de lieu théologique, en quoi la souffrance humaine en fait-elle partie ? Certes, la souffrance n'est pas du même ordre que les dix lieux théologiques répertoriés par Melchior Cano, mais elle fait partie de vrais problèmes de la vie concrète des hommes et de la pensée chrétienne. Elle n'est donc pas une pure spéculation. Le drame que vivent la PVVIH et le patient perdu de vue est une réalité vérifiable. Le résultat de l'enquête l'a bien montré. La souffrance causée par la contamination au virus de l'immunodéficience humaine pose à la théologie l'épineuse question de crédibilité et d'audibilité auprès de ceux qui en sont infectés et/ou affectés. Le discours du Magistère sur la pandémie et l'accompagnement spirituel basé sur les rites rencontrent-ils le patient séropositif ? Le défi est là : malgré l'enseignement officiel de l'Église et la présence du service d'aumônerie en milieu hospitalier catholique de Kinshasa, on dénombre des malades qui abandonnent les soins. Ce phénomène n'est-il pas un aéroportage pour l'Église et sa pastorale ? Bien que les lieux théologiques répertoriés par Melchior Cano aient connu un déplacement épistémologique, le contexte qui les a vus naître doit interpeller la théologie pratique dans le domaine de la santé. Doit-on tenir à la

³³⁴ Cf. *Ib.*, n°34.

³³⁵ Cf. *Ib.*, n°35.

³³⁶ Cf. *Ib.*, n°43.

forme du discours et à l'élégance rhétorique sans une réelle rencontre chrétienne avec l'homme aux prises avec la souffrance ?

Le souci de Melchior Cano pour les lieux théologiques ne devra-t-il pas inspirer les discours ecclésiaux dans le domaine du VIH/SIDA ? L'enquête a révélé que certains pasteurs d'Église ignorent la réalité biomédicale de la pandémie. Ceci biaise leur discours et leur prédication, et par le fait-même le choix et la qualification des questions à traiter. La réalité des patients perdus de vue est avant tout une question destinale, sans bien sûr minimiser les questions éthiques. Ce qui importe, c'est de cibler de vraies questions, la manière de les argumenter et les pratiques à promouvoir. Faut-il continuer à discourir sans mettre sur pied un accompagnement spirituel allant au-delà des rites ? Faut-il continuer à se dédouaner de cette pratique pastorale pour la reléguer au service social ? Les vrais enjeux théologiques ne résident-ils pas dans une juste articulation entre santé, souffrance et salut ? Découvrons le sens du concept de souffrance pour mieux le mettre en corrélation avec celui de lieu théologique.

5.2. Le concept de souffrance

La souffrance n'est ni la douleur, ni la vulnérabilité, ni le mal, mais elle entretient un rapport étroit avec chacun des trois. C'est cette relation que nous aimerions cerner.

5.2.1. Souffrance et douleur

Plus que tout autre phénomène, la douleur est au cœur de l'histoire de la médecine, car elle est le point même où se noue un rapport serré entre patient et soignant³³⁷. Mais, qu'est-ce que la douleur ? Quel rapport entretient-elle avec la souffrance ?

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une atteinte tissulaire réelle ou éventuelle³³⁸. À en croire Jean-Philippe Pierron, un corps douloureux se distingue d'un sujet souffrant, mais la frontière entre les deux est poreuse. Car si la douleur est toujours, en un sens, douleur du corps, le corps souffrant n'est pas ou pas seulement l'organisme. La douleur n'est donc pas une simple addition d'une sensation et d'une émotion

³³⁷ Cf. Isabelle BASZANGER, *Douleur*, dans Dominique LECOURT (éd.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, p. 356.

³³⁸ Cf. Dominique JACQUEMIN, *Douleur/souffrance*, dans Laurent LÉMOINE, Eric GAZIAUX et Denis MÜLLER (éd.), *Dictionnaire encyclopédique d'éthique chrétienne*, Paris, Cerf, 2013, p. 640-648 ; Isabelle BASZANGER, *Douleur*, dans Dominique LECOURT (éd.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, p. 356-361 ; Jacques LATARGET, *Porter sur la douleur un regard nouveau*, dans Catherine PERROTIN et Michel DEMAISON (éd.), *La douleur et la souffrance*, Paris, Cerf, 2002, p. 23-25 ; Serge BLOND, *Physiopathologie de la douleur*, dans Dominique JACQUEMIN et Didier DE BROUCKER (éd.), *Manuel de soins palliatifs*, Paris, Dunod, 2009, 3^{ème} édition, p. 195-203.

désagréables, mais une altération générale de la présence au monde³³⁹. Paul Ricœur abonde dans le même sens, en affirmant sans ambages que « la douleur n'est pas la souffrance »³⁴⁰.

Il importe de nous arrêter un moment sur cette pensée de Paul Ricœur, pour la simple raison que ce philosophe français est l'un de ceux qui ont su aller au fond de la question du rapport douleur-souffrance. D'après cet auteur, la douleur se réfère à des affects ressentis comme localisés dans les organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier, tandis que la souffrance se rapporte à des affects ouverts sur la réflexivité répartie sur l'axe du rapport *soi-autrui* et de l'*agir-pâtir*³⁴¹. Dans le rapport *soi-autrui*, le phénomène du souffrir se donne conjointement comme altération du *rapport à soi* et du *rapport à autrui*. Ce qui est atteint dans le *rapport à soi*, c'est l'intentionnalité visant quelque chose d'autre que *soi*. Cette atteinte conduit à l'effacement du monde comme horizon de représentation. Le *soi* apparaît comme rejeté sur lui-même, et vit une sorte de déchirement dans son rapport au corps habité par la douleur. Dans le *rapport à autrui*, la souffrance s'exprime en termes de crise de l'altérité. L'*autrui* se présente à *soi* comme quelqu'un qui ne peut ni le comprendre, ni l'aider ; il est cet ennemi qui le fait souffrir. Dans cette tension *soi-autrui*, le sujet souffrant se reçoit comme un être élu pour la souffrance³⁴². Et c'est ici que naissent les multiples questions du genre *pourquoi : pourquoi moi ? Pourquoi en ce moment ?*

Sur l'axe de l'*agir-pâtir*, la souffrance se caractérise par le sentiment d'une double impuissance : *impuissance à dire* et *impuissance à faire*. Alors que la douleur se dit et se localise dans le corps, la souffrance, elle, se somatise de façon élective au niveau de la mimique et plus particulièrement dans l'espace du visage. Le sujet souffrant ressent ainsi une déchirure entre le vouloir dire et l'impuissance à dire. Le vouloir dire se forge néanmoins le chemin d'une plainte adressée à *autrui* comme demande et comme appel à l'aide. Cependant, cette plainte ne rencontre pas d'interlocuteur, car *autrui* a revêtu le visage de celui qui ne peut ni comprendre ni aider.

L'écart entre vouloir et pouvoir est, pour ainsi dire, commun à la douleur et à la souffrance. Mais, en situation de souffrance, le sujet se sent victime de quelque chose ou de quelqu'un. Ce sentiment se trouve exacerbé par les effets de la violence subie, que celle-ci soit physique ou

³³⁹ Cf. Jean-Philippe PIERRON, *Douleur, souffrance et mal*, dans *Médecine palliative*, 8 (2009), p. 40-41.

³⁴⁰ Cf. Paul RICŒUR, *La souffrance n'est pas la douleur*

(http://cges.umn.edu/docs/Ricoeur.La_souffrance_nest_pas_la_douleur.pdf, page consultée le 27 décembre 2012).

³⁴¹ Cf. *Ib.*

³⁴² Cf. *Ib.*

symbolique, réelle ou fantasmée³⁴³. Toutefois, estime Paul Ricœur, la douleur pure, purement physique, reste un cas limite, comme l'est peut-être la souffrance supposée purement psychique. Ce chevauchement explique les hésitations dans l'usage courant de ces deux concepts. Il n'est pas rare d'entendre parler de la douleur à l'occasion de la perte d'un être cher. Il est aussi fréquent que quelqu'un dise qu'il souffre d'un mal de dents. Il ne faut donc pas trop séparer souffrance et douleur, ni les confondre³⁴⁴.

Il est clair, la souffrance n'est pas synonyme de la douleur. Mais, les deux sont dans un rapport étroit. Il ne doit donc y avoir ni confusion, ni séparation radicale. Il ne faut pas non plus confondre souffrance et vulnérabilité.

5.2.2. Souffrance et vulnérabilité

Il y a bien des façons de définir la vulnérabilité, d'un point de vue anthropologique. Dominique Lambert la comprend comme *plasticité*, c'est-à-dire la possibilité de subir une déformabilité cohérente³⁴⁵. Guillaume Le Blanc la définit en termes de *précarité*, entendue comme la possibilité d'être blessé³⁴⁶. Michel Dupuis la conçoit comme *facticité*, c'est-à-dire la possibilité d'être affecté³⁴⁷. La liste n'est pas exhaustive. Même s'il n'y a pas de véritable consensus autour de la définition, il se dégage néanmoins une unanimité : la vulnérabilité renvoie à cette possibilité ontologique qui s'exprime à la fois comme limite et comme ouverture à l'altérité.

Dans le registre strictement théologique, la vulnérabilité peut trouver son fondement anthropologique dans cet ordre divin : « de tous les arbres du jardin, manger tu mangeras. Mais de l'arbre du connaître bien et mal, tu n'en mangeras pas, car le jour où tu en mangeras, mourir tu mourras » (Gn 2, 16-17). Double est cette instruction, écrit André Wénin :

« La même parole divine offre tout à la jouissance de l'humain et inscrit une limite dans ce tout en le frappant d'un manque, d'un en-moins qui "laisse-à-désirer", aux sens littéral et figuré de l'expression. Que cet ordre soit lié au don de la nourriture est sans doute un signe de ce que le

³⁴³ Cf. *Ib.*

³⁴⁴ Cf. *Ib.*

³⁴⁵ On se reportera à Dominique LAMBERT et René REZSÖHAZY, *Comment les pattes viennent au serpent : essai sur l'étonnante plasticité du vivant*, Paris, Flammarion, 2004 ; ID., Dominique LAMBERT, *Risques et espoirs d'un discours sur la vulnérabilité*, dans Bernard Ars (éd.), *Fragilité, dis-nous ta grandeur ! Un maillon clé au sein d'une anthropologie postmoderne*, Paris, Cerf, 2013, p. 13-30 ; ID., *Faut-il se libérer de la fragilité ? Questions posées par une robotisation des activités humaines*, dans Bernard Ars (éd.), *Fragilité, dis-nous ta grandeur ! Un maillon clé au sein d'une anthropologie postmoderne*, Paris, Cerf, 2013, p. 101-118.

³⁴⁶ Guillaume LE BLANC, *Que faire de notre vulnérabilité ?* Paris, Bayard, 2011.

³⁴⁷ Michel DUPUIS, *Le soin : une philosophie*, Paris, éd. Seli Arslan, 2013.

consentement au manque est aussi essentiel à l'humain que le manger (...). Mais le Seigneur n'ordonne pas seulement l'humain selon ce double manque. Il ajoute que le non-respect de la limite signifie pour lui la mort »³⁴⁸.

Cependant, cette limite n'est pas à considérer comme un interdit dont la transgression est punie de mort³⁴⁹. Pour en saisir l'intelligence, il faut avoir présente à l'esprit l'idée selon laquelle celui qui pose cette limite est un Dieu dont la douceur est source de vie et de paix, un Dieu qui offre à l'homme de pouvoir s'accomplir en œuvrant de concert avec lui. En ce sens, cette limite est à comprendre comme un conseil suggérant à l'homme une manière de recevoir le don qui ne conduit pas à la mort. Par contre, le chemin de la mort serait de ne pas consentir à cette limite ouvrant pourtant un espace à l'altérité³⁵⁰. Dans le dessein de Dieu, la vulnérabilité est un espace où doit surgir le désir et la tension vers la rencontre et la reconnaissance³⁵¹.

La souffrance naît du rapport que l'homme entretient avec sa vulnérabilité. Dans ce récit de la Genèse, l'homme ressent la vulnérabilité comme une limite qu'il faut à tout prix supprimer. Il est affecté. C'est cet affect qu'il convient d'appeler souffrance. Une autre question difficile consiste à distinguer la souffrance du mal.

5.2.3. Souffrance et mal

Dans ses *Essais de théodicée*, Leibniz distingue trois niveaux du mal : mal métaphysique, mal physique et mal moral. Le mal métaphysique consiste dans la simple imperfection ; le mal physique dans la souffrance, et le mal moral dans le péché³⁵². Jean-Philippe Pierron va dans le même sens, mais en ne prenant en compte que deux niveaux : le mal commis ou la faute et le mal subi ou la souffrance. Le premier est imputable à autrui, tandis que le second est intelligible³⁵³.

D'après Adolphe Gesché, la division classique (mal métaphysique, mal physique et mal moral) est aujourd'hui obsolète. Il propose à son tour trois topologies : topologie conceptuelle et éthique, topologie ontologique et graduelle, topologie structurelle et séquentielle. Chacune de ces topologies comprend trois niveaux. La première topologie est constituée des mal de faute, mal de peine et mal de malheur. Le mal de faute implique la culpabilité ; le mal de peine, la

³⁴⁸ André WÉNIN, *Vulnérabilité et mal dans les psaumes*, p. 38-39.

³⁴⁹ Cf. ID., *L'homme biblique : lectures dans le premier Testament*, Paris, Cerf, 2004, p. 52.

³⁵⁰ Cf. ID., *Pas seulement de pain... Violence et alliance dans la Bible*, Paris, Cerf, 1998, p. 43-44.

³⁵¹ Cf. Albert ROUET, *Santé, désir et vulnérabilité*, dans *La Maison-Dieu*, 217 (1999), p. 17-18.

³⁵² Cf. LEIBNIZ, *Essais de théodicée*, Paris, Imprimerie et librairie classiques, 1874, p. 55.

³⁵³ Jean-Philippe PIERRON, *Douleur, souffrance et mal*, p. 39.

passivité ; le mal de malheur, la non-culpabilité, tout en incluant la responsabilité. La deuxième topologie comprend le mal de mal, le mal de péché et le mal de passion. Le mal de mal est un mal radical, absolu, démonique, antérieur à toute culpabilité. Il est représenté par le démon qui fait le mal pour le mal. Le mal du péché est le mal consenti ou de la chute. Il est illustré par la tentation. Le mal passion est le mal tel qu'il est porté par un autre et pour un autre. La topologie structurale et séquentielle comprend trois actants. Le premier actant est celui par qui ou par quoi le mal arrive ; le deuxième actant est celui sur qui se concentre le mal ; le troisième actant est le sauveur de la victime³⁵⁴.

Il ressort de cette distinction que la souffrance est une manifestation du mal, mais n'épuise pas le mal en toute son extension. Elle est un de ses sous-ensembles. Comme le dit Jean-Michel Maldamé, la souffrance est une symbolique du mal³⁵⁵.

Après avoir distingué la souffrance de la douleur, de la vulnérabilité et du mal, l'on peut penser qu'il est désormais clair de comprendre ce qu'est la souffrance. Loin s'en faut. Elle demeure difficile à cerner, étant donné la diversité de ses manifestations.

Par sa lettre apostolique *Salvifici doloris*, le Pape Jean-Paul II distingue la souffrance physique de la souffrance morale. Pour désigner la souffrance physique, il va jusqu'à identifier, dans une certaine mesure, souffrance et douleur ; il pense qu'il y a souffrance physique lorsque le corps fait mal. Par contre, estime le pontife romain, la souffrance morale est une douleur de l'âme, ou encore une douleur de nature spirituelle³⁵⁶.

Par commodité intellectuelle, Xavier Thévenot distingue quatre formes de souffrance : souffrance physique, souffrance psychique, souffrance sociale et souffrance spirituelle. La souffrance physique provient d'une perturbation du fonctionnement de l'organisme humain (douleur chronique, trouble chronique, maladie, handicap, traumatisme, etc). La souffrance psychique renvoie à ce qui est vécu comme une honte. Pareille souffrance est souvent vécue en silence, dans la clandestinité. Elle se manifeste sous diverses formes : angoisse, obsessions, phobies, etc. La souffrance sociale prolonge ou cause la souffrance psychique. Elle renvoie à

³⁵⁴ Cf. Adolphe GESCHÉ, *Dieu pour penser*, t. 1 : *Le mal*, Paris, Cerf, 1993, p. 78-80.

³⁵⁵ Cf. Jean-Michel MALDAMÉ, *Le scandale du mal : une question posée à Dieu*, Paris, Cerf, 2001, p. 62.

³⁵⁶ Cf. JEAN-PAUL II, *Salvifici doloris*, n°5.

toute forme d'injustice sociale. La souffrance spirituelle est celle qui touche le chrétien dans sa foi en Dieu. Elle surgit après une épreuve très lourde, qui fait douter de la bonté de Dieu³⁵⁷.

Ces différentes terminologies prouvent à suffisance combien le concept de souffrance est polysémique. Pour notre part, nous retenons que la souffrance n'est ni la douleur, ni la vulnérabilité, ni le mal ; mais elle entre dans une relation inextricable avec chacun de ces concepts. À la lumière de cette précision terminologique, nous pouvons avec modestie définir la souffrance comme : *un ensemble d'expériences par lesquelles l'homme, doué de la raison (et de la foi), se sent et/ou se sait affecté par la douleur, la vulnérabilité ou le mal. Elle est ressentie comme un obstacle à la destinée. En d'autres termes, elle est un état de celui qui est affecté.*

C'est par sa raison que l'homme sait dire qu'il souffre. C'est la raison qui permet de penser le sens de la souffrance, ou plutôt la vie aux prises avec la souffrance. Ce sens peut être pensé différemment, selon qu'on est porteur de la foi ou non. Certains s'arrêtent à la simple quête rationnelle, d'autres ajoutent une plus-value : celle de la foi. L'homme souffrant est un homme affecté.

Nous distinguons à notre tour quatre niveaux de souffrances : la souffrance physique, la souffrance psychique, la souffrance sociale et la souffrance spirituelle. Celles-ci sont des modalités ou portes d'entrée de l'affect. Précisons toutefois que la souffrance physique n'est pas la douleur ; elle est cet affect qui naît de la douleur, surtout quand celle-ci devient chronique. Une douleur chronique n'est pas nécessairement une douleur aiguë. Elle est celle qui s'étend sur une durée relativement longue et obscurcie l'avenir.

Ces quatre modalités de la souffrance constituent ce que nous nous proposons d'appeler la *souffrance contingente*. Ce qui nous permet d'ajouter une cinquième dimension que nous désignons par *souffrance essentielle*. Celle-ci se rattache à la vulnérabilité essentielle de tout homme. Comme nous le verrons plus loin, la clé qui ouvre à la destinée, dans un contexte de souffrance, commence par la guérison de la *souffrance essentielle*. Jésus a lutté contre la souffrance ; en se faisant vulnérable, il nous a appris comment intégrer notre vulnérabilité essentielle pour guérir de la *souffrance essentielle* ; par sa praxis, il a libéré l'homme de la *souffrance contingente*. Nous y reviendrons.

³⁵⁷ Cf. Xavier THÉVENOT, *Souffrance, bonheur et éthique : conférences spirituelles*, Paris, éd. Salvador, 2002, p. 8-10 ; ID., *La souffrance a-t-elle un sens ?* Paris, éd. Don Bosco, 2011, p. 12-13.

Eu égard à ce qui précède, il est vraisemblable que la classification de la souffrance que nous venons de voir trouve ses arguments dans une certaine vision qu'on a de l'homme. Le Pape Jean-Paul II se base sur la double dimension de l'homme, en tant qu'être corporel et spirituel. Xavier Thévenot va dans les détails pour voir en l'homme quatre dimensions : physique, psychique, sociale et spirituelle. Dès lors, la souffrance apparaît comme une circularité humaine dans sa temporalité et dans sa destinée³⁵⁸.

Il importe donc de voir qu'est-ce que l'homme. Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle la souffrance est un lieu théologique parce qu'elle donne à penser l'homme devant Dieu dans le monde d'aujourd'hui.

5.3. L'homme devant Dieu

La vision qu'on se fait de l'homme dépend de l'angle épistémologique du chercheur. Pour notre part, nous nous situons dans l'univers de l'anthropologie chrétienne qui conçoit l'homme comme « la première route que l'Église doit parcourir en accomplissant sa mission: il est la première route et la route fondamentale de l'Église, route tracée par le Christ lui-même, route qui, de façon immuable, passe par le mystère de l'Incarnation et de la Rédemption »³⁵⁹. L'homme « devient la route de l'Église particulièrement quand la souffrance entre dans sa vie. Cela arrive, on le sait, à diverses étapes de la vie, cela se produit de diverses manières et prend des dimensions différentes; mais, que ce soit sous une forme ou sous une autre, la souffrance semble être, et elle est, quasi inséparable de l'existence terrestre de l'homme »³⁶⁰. Mais qu'est-ce que l'homme ?

La question remonte à la nuit des temps. Le psalmiste la pose en ces termes :

« Quand je vois tes cieux, œuvre de tes doigts, la lune et les étoiles que tu as fixées, qu'est donc l'homme pour que tu penses à lui, l'être humain pour que tu t'en soucies ? Tu en as presque fait un dieu : tu le couronnes de gloire et d'éclat ; tu as le fait régner sur les œuvres de tes mains ; tu as tout mis sous ses pieds » (Ps 8, 4-7).

³⁵⁸ Cf. Modeste MALU, *Maladie et souffrance dans la théologie contemporaine. Sur la dimension ascétique de l'existence chrétienne*, dans *Maladie et Souffrance en Afrique : l'Église interpellée par la pandémie du SIDA*, p. 105.

³⁵⁹ JEAN-PAUL II, *Redemptor hominis*, n°14

³⁶⁰ JEAN-PAUL II, *Salvifici doloris*, n°3.

Ou encore :

« Seigneur, qu'est-ce que l'homme, pour que tu le connaisses, ce mortel pour que tu penses à lui ? L'homme ressemble à du vent, et ses jours à une ombre qui passe » (Ps144, 3-4).

Mais qu'est-ce que l'homme ? Nous lisons dans l'évangile de Jean :

« Jésus vint alors à l'extérieur ; il portait la couronne d'épines et le manteau de pourpre. Pilate dit : “Voici l'homme !” » (Jn 19, 5).

Ces trois références bibliques présentent deux figures d'homme : celle d'un homme couronnée de gloire et celle d'un homme fragile couronné d'épines. À en croire le psalmiste, Dieu pense à l'homme quel que soit son apparence. Couronné de gloire ou d'épines, il reste homme. La couronne peut changer, mais lui reste homme. Qu'a-t-il alors d'invariable et constitue son identité qui demeure malgré son changement d'apparence et pour Dieu pense à lui ? L'enjeu est de savoir si la souffrance transforme l'homme dans sa dimension fondamentale. En situation de souffrance, qu'est-ce qui change et qu'est-ce qui demeure ? De la personne vivant avec le VIH/SIDA, qu'est-ce qui en reste et qui fonde le regard de Dieu sur elle ? On pourra bien le constater, tout au long de cette étude, nous n'utilisons l'adjectif sidéen, ni malade du SIDA. Nous préférons l'expression personne vivant avec le VIH/SIDA. Ce choix n'est pas purement médical, ni strictement éthique, mais anthropologique. En effet, malgré son infection, symbole d'une couronne d'épines, le patient reste une personne. Il est avant tout et malgré tout une personne. La deuxième partie de l'expression vaut aussi son pesant d'or. Il s'agit d'une personne qui vit avec un virus e avec sa maladie. Mais que lui reste-t-il de fondamental pour qu'il continue à être une personne, et une personne qui vit avec ? La réponse à cette question demande un approfondissement théologie sur l'homme.

Le concile Vatican II revient sur la question posée par le psalmiste : « Mais qu'est-ce que l'homme ? »³⁶¹. L'Église enseigne une vision holistique de l'homme en articulant ses dimensions physique, psychique, sociale et spirituelle. Le quatrième concile de Latran a insisté sur l'unité de l'âme et du corps dans l'homme³⁶². Comme l'affirme Joseph Comblin, le concile de Latran s'inscrivait ainsi dans la continuité avec toute la tradition antérieure. Son intention était d'attribuer l'origine du corps à Dieu, de lui donner une valeur positive. Tout en mentionnant l'unité de l'homme, il insiste sur la communauté, la fusion entre corps et esprit³⁶³.

³⁶¹ *Gaudium et Spes*, n°12.

³⁶² Cf. Heinrich DENZINGER, *Symboles et définitions de la foi catholique*, Paris, Cerf, 2001, n°800.

³⁶³ Cf. Joseph COMBLIN, *Anthropologie chrétienne*, Paris, Cerf, 1991, p. 71.

Cet enseignement conciliaire a continué jusqu'à Vatican II qui considère l'homme dans son unité et dans sa totalité en tant que corps et âme. Ces éléments constitutifs de l'homme sont vraiment unis au point qu'ils ne peuvent être ni confondus, ni séparés³⁶⁴. Ces deux principes sont faits l'un pour l'autre³⁶⁵. D'après Jean-Baptiste Lecuit, « la Constitution *Gaudium et Spes* du concile Vatican II exprime et confirme ce caractère unitaire, non dualiste, de l'anthropologie chrétienne en déclarant l'être humain *corpore et anima unus* »³⁶⁶.

L'homme n'est pas une addition du corps et de l'âme ; il est son corps, il est son âme. En d'autres termes, de même que l'homme est son corps, par sa dimension matérielle, il est son âme, par sa dimension spirituelle³⁶⁷. L'âme est constituée de deux éléments : l'âme proprement dite entendue comme *psychè* ou *anima*, et l'esprit entendu comme *nous* ou *spiritus*. L'âme proprement dite est, selon Jean-Claude Larchet, constituée de trois niveaux. Le premier niveau est le siège de la *puissance végétale ou vitale*, commune à tous les vivants au sens biologique du terme (hommes, animaux, végétaux). Cette puissance est la source de vie dans l'organisme. Elle assure le fonctionnement des organes vitaux, la nutrition, la croissance et la génération du vivant. Le deuxième niveau est celui de la *puissance animale* (commune aux hommes et aux animaux) constituée à son tour de la puissance irascible d'où procèdent toutes les formes d'agressivité et la puissance concupiscible entendue comme source des émotions, des désirs et de l'affection. Le troisième niveau comprend la *puissance rationnelle* qui est propre à l'homme ; elle constitue la caractéristique principale de sa nature et le distingue ainsi des autres vivants. Elle se caractérise par la raison et par toutes les facultés qui s'y rattachent, notamment la conscience réfléchie, la pensée abstraite, la fonction linguistique, la mémoire et l'imagination dans leurs formes supérieures. La puissance rationnelle se caractérise aussi par la capacité d'autodétermination, siège de la liberté humaine³⁶⁸. Source première de la conscience, de l'intelligence et de la capacité d'autodétermination, l'esprit est la partie supérieure de l'âme. Il est la capacité qu'a l'homme d'avoir une connaissance rationnelle et une connaissance directe ou une connaissance par la révélation des réalités spirituelles. L'esprit constitue la faculté

³⁶⁴ Cf. *Gaudium et Spes*, n° 3 et 14.

³⁶⁵ Cf. Régis MOREAU, *Guide de lecture des textes du concile Vatican II : Gaudium et Spes*, Perpignan, éd. Artège, 2012.

³⁶⁶ Jean-Baptiste LECUIT, *L'anthropologie théologique à la lumière de la psychanalyse : la contribution majeure d'Antoine Ergote* (Cogitation fidei, 259), p. 95.

³⁶⁷ Cf. Luis LADARIA, *Anthropologie chrétienne*, dans René LATOURELLE (éd.), *Dictionnaire de théologie fondamentale*, Paris, Cerf/Montréal, Bellarmin, 1992, p. 42-43.

³⁶⁸ Cf. Jean-Claude LARCHET, *Théologie du corps*, Paris, Cerf, 2009, p. 14-15.

contemplative de l'homme. Il est fondamentalement ce par quoi l'homme est directement rattaché à Dieu³⁶⁹.

Quant au corps, Joseph Comblin distingue le *corps objectif* du *corps réel*. Le *corps objectif* est le corps tel qu'il se donne à voir par les autres. Celui que les savants peuvent disséquer à volonté en vue de leurs investigations. Par contre, le *corps réel* n'est pas un élément parmi tant d'autres, mais celui par lequel l'homme se rend présent dans l'univers. Il est ce par quoi le sujet existe au monde à telle enseigne que s'il est abattu par la maladie, le sujet se sent comme s'il existait un peu moins, ou encore comme déjà un peu mort. Ce corps est étranger à celui qui ne le porte pas, et chaque sujet le porte de façon singulière³⁷⁰.

Cet homme compris comme *corpore et anima unus* est aussi *imago dei*. Le concile Vatican II enseigne que l'« l'homme a été créé à l'image de Dieu, capable de connaître et d'aimer son Créateur, qu'il a été constitué seigneur de toutes les créatures pour les dominer et pour s'en servir, en glorifiant Dieu »³⁷¹. Cet « homme, créé à l'image de Dieu, a en effet reçu la mission de soumettre la terre et tout ce qu'elle contient, de gouverner le cosmos en sainteté et justice et en reconnaissant Dieu comme Créateur de tout l'univers : en sorte que, tout étant soumis à l'homme, le nom même de Dieu soit glorifié par la terre »³⁷².

Il ressort de ces deux affirmations que le mot *image de Dieu* n'est pas à confondre avec une quelconque notion de représentation du visage de Dieu par celui de l'homme. Il s'agit plutôt d'un rapport de proportion, c'est-à-dire un rapport dans lequel « l'homme joue analogiquement en ce monde un rôle comparable à celui de Dieu pour la création entière »³⁷³. En d'autres termes, alors que le *anima et corpore unus* renvoie à une *ontologie substantielle*, l'*imago dei* met en exergue une *ontologie relationnelle*. Par sa fonction de *co-créeur*, l'homme s'accomplit comme image de Dieu. Ou, pour adopter les mots d'André Wénin, « c'est par sa maîtrise sur l'univers que l'homme est image de Dieu »³⁷⁴.

³⁶⁹ Cf. Jean-Claude LARCHET, *Théologie du corps*, p. 16.

³⁷⁰ Cf. Joseph COMBLIN, *Anthropologie chrétienne*, p. 76.

³⁷¹ *Gaudium et Spes*, n°12.

³⁷² *Ib.*, n°34.

³⁷³ Christian DUQUOC, *Home/image de Dieu*, dans Peter EICHER (éd.), *Nouveau dictionnaire de théologie*, Paris, Cerf, 1996, 2^{ème} édition revue et augmentée, p. 419.

³⁷⁴ André WÉNIN, *L'homme biblique : lecture dans le premier Testament*, Paris, Cerf, 2009, 2^{ème} édition revue et augmentée, p. 37.

Anima et corpore unus, imago dei, l'homme se définit aussi comme personne. Ce concept est polysémie, comme le souligne Simone Plourde³⁷⁵. Cette multitude de sens est en partie due à la diversité des sciences qui prennent en compte ce concept : la théologie, la philosophie, le droit, la sociologie, la psychologie, la politique, la médecine, etc. Nous ne saurions faire état de toutes ces considérations sémantiques. Nous nous limitons à notre domaine de recherche, à savoir la théologie. Nous pourrions toutefois faire appel à l'une ou l'autre science, dans la mesure où elle éclaire, d'une façon ou d'une autre, notre objet de recherche.

En théologie, le concept de *personne* trouve sa théorisation systématique dans le dogme de la trinité et dans la christologie. Il importe donc de nous y arrêter afin de voir, par la suite, son éclairage sur l'homme vu dans sa globalité.

Dans la théologie trinitaire, le concept de *personne* ne s'est pas élaboré sans controverse entre l'Orient et l'Occident. Dans sa définition dogmatique, les uns et les autres ont recouru à des catégories conceptuelles puisées dans leurs terroirs respectifs. Alors que les grecs distinguaient *ousia* (*usie*) et *hypostasis* (*hypostase*) pour désigner le mystère de Dieu Un et Trine, les latins établissaient une distinction entre *substantia* et *persona* pour exprimer cette même réalité de foi. La traduction de ces termes avait suscité une polémique. Aux jeux des grecs, l'usage latin de *persona* désigne simplement les différents rôles joués par une même et identique substance. Car le sens premier de ce terme renvoie avant tout au masque porté par un acteur, puis au personnage de théâtre et à un individu quelconque. De leur côté, les latins estiment que le mot *hypostase* indique à la fois la substance et la personne. En ce sens, la distinction des trois *hypostases* de Dieu désigne trois substances différentes. Ce qui est une erreur théologique. Il a fallu plusieurs tractations pour arriver à accepter *persona* et *hypostase* comme étant des synonymes³⁷⁶.

Dans la théologie trinitaire, la *substantia* divine est le principe de l'unité des trois *hypostases*. Cependant, seule l'une des *hypostases* est le principe d'unité de deux natures. En d'autres termes, seule la deuxième personne de la Trinité réunit en elle les deux natures : la nature divine et la nature humaine. C'est la notion de l'*union hypostatique*, entendue comme « l'union substantielle de la nature divine et de la nature humaine en une seule personne, la

³⁷⁵ Cf. Simone PLOURDE, *Incontournable en éthique biomédicale. Le concept de personne : quelques rappels*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale*, 195 (décembre 1995), p. 32.

³⁷⁶ Pour l'histoire de la querelle hypostatique, on se rapportera à *Hypostase*, dans *Dictionnaire de théologie catholique*, t. 7, Paris, Librairie Letouzey et Ané, 1922, p. 370-437 ; *Union hypostatique*, dans *Dictionnaire de théologie catholique*, t. 7, Paris, Librairie Letouzey et Ané, 1922, p. 438-568.

personne même de Jésus-Christ, Fils de Dieu »³⁷⁷. C'est en sa personne que se tisse cette union sans fusion ni séparation, comme ainsi proclamé par le concile d'Ephèse :

« Nous ne disons pas en effet que la nature du Verbe par suite d'une transformation est devenue chair, ni non plus qu'elle a été changée en un homme complet, composé d'une âme et d'un corps, mais plutôt ceci : le Verbe, s'étant uni selon l'hypostase une chair animée d'une âme raisonnable, est devenu homme d'une manière indicible et incompréhensible et a reçu le titre de Fils d'homme, non par simple vouloir ou bon plaisir, ni non plus parce qu'il en aurait pris seulement le personnage ; et nous disons que différentes sont les natures rassemblées en une véritable unité, et que des deux il est résulté un seul Christ et un seul Fils, non que la différence des nature ait été supprimée par l'union, mais plutôt parce que la divinité et l'humanité ont formé pour nous l'unique Seigneur Christ et Fils par l'unité »³⁷⁸.

Et au concile de Chalcédoine de renchérir sur la même lancée :

« Un seul et même Christ, Fils, Seigneur, l'unique engendré, reconnu en deux natures, sans confusion, sans changement, sans division et sans séparation, la différences des natures n'étant nullement supprimée à cause de l'union, la propriété de l'une et l'autre nature étant bien plutôt sauvegardée et concourant à une seule personne et une seule hypostase, un Christ ne se fractionnant ni se divisant en deux personnes, mais un seul et même Fils, unique engendré, Dieu Verbe, Seigneur Jésus Christ, selon que depuis longtemps les prophètes l'ont enseigné de lui, que Jésus Christ lui-même nous l'a enseigné, et que le Symbole des pères nous l'a transmis »³⁷⁹.

En tant que personne, l'homme se rend présent au monde. En lui « se conjuguent dialectiquement le corps et l'esprit pour s'objectiver dans un acte d'existence spécifique. La dialectique convoquant, au sein de l'existant, le corps et l'esprit, se laisse apercevoir dans ce qui pourrait être nommé l'être-au-monde de l'homme »³⁸⁰. Si c'est en tant que *corpore et anima unus* que les hommes partagent une même nature et se ressemblent les uns aux autres, c'est en tant que personnes qu'ils sont distincts. À ce propos écoutons Jean- Claude Larchet :

« Selon notre nature nous sommes tous semblables ; en tant que personnes nous sommes tous différents et chacun de nous est unique. La nature, c'est *ce que je suis* ; la personne c'est *qui je suis*. En tant que personne chacun de nous assume la nature humaine qui nous est commune d'une façon qui n'est propre qu'à lui. Ainsi, selon notre nature, nous sommes doués de raison, de mémoire,

³⁷⁷ Union hypostatique, dans *Dictionnaire de théologie catholique*, p. 438.

³⁷⁸ Heinrich DENZINGER, o.c., n°250.

³⁷⁹ *Ib.*, n°302.

³⁸⁰ Pierre GIRE, *Pour une métaphysique de la personne : qu'est-ce que la personne humaine ?*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale*, 195 (1995), p. 19.

d'imagination, nous avons tous des affections (plaisir, douleur), de émotions, de sentiments, nous sommes tous doués de volonté et de libre arbitre. En tant que personnes, nous avons cette raison, cette mémoire et cette imagination à des degrés divers, nous en faisons des usages différents, chacun de nous ressent à sa manière le plaisir et la douleur, use de sa liberté d'une façon singulière, poursuit ses propres buts, fait ses propres choix et veut les accomplir avec plus ou moins de force »³⁸¹.

En résumé, l'élaboration théorique du concept de *personne*, en théologie trinitaire et en christologie, nous permet de comprendre l'homme dans son unité et dans sa singularité, dans son essence et dans son être-au-monde. *Corpore et anima unus, imago dei, persona*, voici ce qui reste de la PVVIH, malgré la souffrance qui est entrée dans sa vie.

5.4. Quand la souffrance entre dans la vie de l'homme

Après avoir compris qu'est-ce que l'homme, en ce qu'il a de fondamental, il convient de voir en quoi la souffrance l'affecte. Plus précisément, quelles sont les zones qui sont touchées par la souffrance pour qu'elle soit pensée comme lieu théologique ? Comme compris ci-haut, l'homme est à concevoir à la fois comme *corpore et anima unus*. Il est créé à l'image et à la ressemblance de Dieu. Il est *persona*. Ces trois niveaux anthropologiques sont inséparables, et aucun n'est absorbé dans l'autre. Chacun d'eux peut être une porte d'entrée de la souffrance qui affecte l'homme dans l'un et l'autre à la fois. La spiritualité perçue comme mouvement d'existence du sujet est éclairante à ce sujet. Le *perdu de vue* fait l'expérience d'une souffrance globale. Appliquée à l'homme dans son unité organique de ces trois niveaux anthropologiques, il ressort que chacun d'eux est affecté selon sa modalité propre. Le patient souffre dans son corps et dans son âme, dans son être au monde et dans son accomplissement. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre le « je souffre » de la PVVIH. L'acte du souffrir affecte le « je » dans ce qui le constitue. Il se conjugue au singulier, mais un singulier unifié. Il s'étend au *anima*, comme au *corpore* et à *imago dei*, comme à *persona*, les trois ne faisant qu'un tout dans le « je ». Le sens que la personne a de la souffrance détermine la modalité d'affection.

5.4.1. Sens de la souffrance

De prime abord, une question à laquelle il n'est pas du tout aisé de répondre éveille notre attention : *la souffrance peut-elle avoir un sens ?*

Pour y répondre nous disons qu'en elle-même, la souffrance n'a pas de sens. C'est la personne qui, dans son expérience singulière du souffrir, donne sens à sa propre souffrance.

³⁸¹ Jean-Claude LARCHET, *Théologie du corps*, p. 22-23.

Cette réponse appelle une multitude de sens de la souffrance qui pourrait se résumer en ces termes : à chacun un sens à sa souffrance. Ce sens se construit en fonction de la culture, de la croyance, de la personnalité de chacun. Une communauté de personnes peut alors partager un certain sens de la souffrance, dans la mesure où chaque membre participe d'une manière ou d'une autre au même matériel symbolique. Le sens chrétien de la souffrance souscrit à cet ordre. Mais la question rebondit : qu'est-ce qui est au centre du questionnement ? La souffrance ou la vie aux prises avec la souffrance ?

D'où la deuxième réponse : c'est la souffrance qui fait irruption dans la vie et non l'inverse, mais les questions qu'elle suscite touchent directement à la vie. C'est pourquoi parler du sens de la souffrance sans faire allusion à celui de la vie aux prises avec elle, serait une entorse.

En outre, si la vie vient de Dieu, Bon et Tout-Puissant, comment alors comprendre qu'il laisse la souffrance l'assaillir ? Dieu est dès lors impliqué dans la quête du sens de la vie aux prises avec la souffrance. La question de la souffrance appelle ainsi celle de la théodicée. Nous y reviendrons. L'analyse de contenu de l'enquête a montré que la souffrance est perçue comme cause et/ou conséquence du péché. Quel regard théologique porter à cette perception ?

5.4.1.1. Souffrance et péché

Nous l'avons vu, le rapport du VIH/SIDA au péché est très présent dans l'imaginaire collectif. S'il y a stigmatisation, culpabilité et rejet de la PVVIH, c'est parce que sa maladie est perçue comme une pathologie honteuse. Et cette honte trouve son fondement dans la conception selon laquelle cette pandémie est une manifestation du péché.

Si le lien entre souffrance et péché est partagé par la plupart des théologiens, considérer la souffrance comme une conséquence du péché ne fait pas l'unanimité. D'aucuns sont d'avis que la souffrance trouve son origine première dans le péché d'Adam et Ève qui, pour avoir rejeté le précepte divin, se sont exclus de l'état leur permettant de participer au Bien suprême provenant de Dieu, s'attirant ainsi une foule de maux, parmi lesquels la maladie, la souffrance et la mort³⁸². En d'autres termes, c'est dans la volonté personnelle de l'homme, dans le mauvais usage de son libre arbitre et dans le péché que remontent tous les maux qui affectent la nature humaine, notamment la maladie, la souffrance et la mort. Maux qui, en premier lieu, atteignent

³⁸² Cf. ID., LARCHET, *Dieu ne veut pas la souffrance des hommes*, Paris, Cerf, 2008, 2^{ème} édition revue et augmentée, p. 25-26.

l'âme. Devenant passible, elle connaît la tristesse et la souffrance³⁸³. Contrairement aux origines où l'homme jouissait d'une incorruptibilité sans pareil, le péché le fait donc passer d'un état naturel (état de santé aussi de bien-être) à un état contre nature dans lequel, se perturbe l'ordre des facultés humaines et où la dysharmonie, le désordre s'installent dans l'âme et dans le corps³⁸⁴.

Par contre, les auteurs comme Guy Durand ne sont pas de cet avis. Selon cet auteur, en effet :

« La souffrance est d'abord un fait inhérent à notre monde. Elle n'est pas vraiment une conséquence du péché d'Adam ; ni voulue directement par Dieu, comme si Dieu se plaisait à voir souffrir ses créatures. Elle fait partie du monde créé par Dieu, c'est-à-dire premièrement un monde en évolution (cosmos, physique, biologique) où il y a forcément alors des heurts, des chocs, des cataclysmes, des maladies, des infirmités, etc. ; et deuxièmement un monde de liberté où les choix des êtres humains concrets, sujets de passions diverses, peuvent occasionner (ou causer) de multiples souffrances »³⁸⁵.

Mais pour les défenseurs du premier argument, reconnaître en Adam et Ève l'origine de la déchéance de la nature humaine ne signifie pas qu'ils soient seuls responsables de la souffrance dans son état actuel. Certes, la faute d'Adam a eu des conséquences universelles dans la mesure où il est le prototype de l'humanité et qu'il contient en lui *principiellement* l'humanité entière. Par le péché, l'homme moderne devient imitateur d'Adam, confirme dans une certaine mesure les effets de la faute et s'attire ainsi la maladie, la souffrance et la mort³⁸⁶.

Par ailleurs, la souffrance peut être la conséquence due à la faute des autres, comme le montre André Wénin dans une récente étude consacrée à la vulnérabilité dans les Psaumes. La personne peut souffrir à cause de la violence physique et des attaques verbales des méchants. Ces impies la maltraitent et l'accablent par leur langage plein de mépris et de mensonges. Ils vont jusqu'à exploiter sa vulnérabilité, sa faiblesse et sa confiance pour mieux l'écraser. Ainsi, la faute des méchants afflige l'*autre* d'une souffrance à la fois physique et morale. C'est cette souffrance qui est portée vers Dieu en termes de cris d'appel au secours. Cette prière s'enracine dans la double conviction du croyant : la cause du malheureux, écrasé par le péché d'autrui est aussi celle de Dieu de l'alliance, solidaire de la victime. Cet appel qui est adressé à un Dieu

³⁸³ Cf. ID., *Théologie de la maladie*, Paris, Cerf, 2001, 3^{ème} édition, p. 24.

³⁸⁴ Cf. ID., *Dieu ne veut pas la souffrance des hommes*, p. 38.

³⁸⁵ Guy DURAND, *Sens chrétien de la souffrance*, p. 37.

³⁸⁶ Cf. Jean-Claude LARCHET, *Dieu ne veut pas la souffrance des hommes*, p. 32.

solidaire de l'homme ne demande cependant pas que soit supprimée la vulnérabilité de la victime, mais que la victime soit sauvée des griffes des méchants³⁸⁷. À son tour, la victime peut aussi se transformer en bourreau et infliger aux autres la souffrance.

La souffrance peut aussi être perçue comme source du péché. Pour expliquer cette causalité, Jean-Claude Larchet introduit la notion de *passibilité* entendue comme source du plaisir et de la douleur en l'homme. Par elle-même, la *passibilité* n'est ni mauvaise, ni principe de péché ou de passions coupables. Elle constitue néanmoins un terrain propice pour la naissance, le développement et la substance des passions mauvaises. Le péché, de même que les passions mauvaises, requiert l'intervention du libre arbitre. Mais c'est sur la sollicitation, voire sous la pression de la *passibilité* que le libre arbitre se détermine. C'est en cédant aux pulsions de la douleur et du plaisir qui, par ailleurs trouvent leur source dans la *passibilité*, que l'homme déchu abandonne, évite les vertus et se montre au contraire attiré par les passions coupables. Ainsi, dans son souci de recherche du plaisir et du rejet de la souffrance, l'homme développe en lui une triple série de passions : celle pour obtenir le plaisir, celle pour éviter la souffrance et celle constituée par une combinaison des deux tendances en des proportions variables³⁸⁸.

Une fois nées dans l'âme, les passions s'y maintiennent et s'y développent en s'appuyant sur le plaisir que l'homme tend à rechercher, mais aussi sur la souffrance qu'il craint et tend à fuir. Lors même que l'homme ne peut mettre en œuvre ses passions, la souffrance psychique, sous forme de la passion mauvaise de tristesse apparaît et s'établit dans son âme pour en susciter d'autres. En ce sens, l'homme déchu est spontanément porté à évaluer les choses en fonction du plaisir ou de la souffrance qu'elles lui procurent, et à identifier le bien avec le plaisir et le mal avec la souffrance. L'homme déchu juge de la valeur des choses non pas comme il le devrait, à partir de son esprit discernant les réalités intelligibles et les valeurs spirituelles, mais à partir de la sensation. Le plaisir tant recherché et la souffrance récusée exercent sur lui une certaine domination aux effets néfastes qui le poussent à développer en lui des passions mauvaises³⁸⁹.

La *passibilité* est aussi l'un des terrains privilégiés de l'agir des démons sur l'homme. Car s'ils ne peuvent pas directement contraindre l'homme à adhérer à leur volonté, ils peuvent néanmoins aisément le séduire en usant habilement de deux tendances spontanées de l'élément

³⁸⁷ Cf. André WÉNIN, *Vulnérabilité et mal dans les Psaumes*, p. 41-42.

³⁸⁸ Cf. Jean-Claude LARCHET, *Dieu ne veut pas la souffrance des hommes*, p. 45.

³⁸⁹ Cf. *Ib.*, p. 48-49.

passible de son âme : l'attrait au plaisir et la répulsion naturelle de la souffrance. La *passibilité* devient ainsi une zone de faiblesse où trouvent facilement prise, les tentations et les actions démoniaques. En faisant souffrir l'homme, le diable cherche à le faire désespérer de Dieu, à susciter en son âme la révolte contre le Créateur, et finalement, à l'amener à Le rejeter³⁹⁰.

Dans le vécu, la souffrance paraît liée à la renaissance perpétuelle du désir dans la frustration du bonheur. Elle est le symptôme d'un manque de justesse dans le rapport au plaisir. Son origine première se situe notamment dans cette confusion consistant à prendre pour fin ce qui n'est qu'une anticipation médiatrice, à réduire le corps qu'est l'homme au corps qu'a l'homme. Aussi, dans la recherche de son identité, l'homme se découvre toujours déjà déchiré par une tension qui oppose ces deux rapports au corps, son plaisir à son bonheur³⁹¹. En ce sens, la souffrance reste collée à la vie existentielle de l'homme. Si le sujet la renie ou s'il ne trouve pas dans la parole l'expression lui permettant de la rencontrer face à face, il tentera sans cesse en vain de recouvrer la santé d'autrefois dont il est à jamais privé, de restaurer l'état antérieur pourtant irrémédiablement dépassé³⁹². Mais, existent aussi des souffrances sans lien particulier avec le péché et qu'il conviendrait d'appeler la souffrance *souffrance-épreuve*.

5.4.1.2. La souffrance comme épreuve

Le livre de Job est un exemple par excellence de la souffrance-épreuve. Précisons toutefois qu'en abordant la souffrance de Job dans cette étude, nous ne prétendons pas faire œuvre d'une exégèse élaborée. Nous voulons plutôt comprendre en quoi le débat théologique contenu dans ce livre nous éclaire sur les enjeux de notre étude.

Le narrateur présente Job comme un homme riche, droit, intègre, craignant Dieu. L'épisode commence par une sorte de pari signé entre Dieu et Satan. Prenant la parole en premier, Dieu met en évidence la réputation dont jouit son serviteur Job sur terre. Pour Satan, Job a toutes ces qualités, parce que comblé de Dieu. Mais une fois dépossédé, il Le maudira en face. Proposition acceptée, Dieu met Job à l'épreuve pour vérifier sa sincérité. Surpris, Job est, coup sur coup, dépouillé et accablé par une série d'événements désagréables: la décimation de son bétail, le massacre de ses serviteurs, la mort de ses enfants dans une catastrophe naturelle (Jb 1-2,3). La réaction de Job à cette calamité déconcerte Satan : endeuillé, Job reconnaît la fragilité de la nature humaine, bénit le nom de Dieu plutôt que de le maudire. Satan ne désarme

³⁹⁰ Cf. *Ib.*, p. 50.

³⁹¹ Cf. Jean-François MALHERBE, *Souffrances humaines et absence de Dieu*, p. 65.

³⁹² Cf. *Ib.*, 76.

point et change de stratégie en frappant Job de plaies purulentes, depuis la plante des pieds jusqu'au sommet de la tête (Jb, 2, 7). Dure est l'épreuve. Job qui, jusque-là faisant partie de la catégorie des *inclus* bascule dans celle des *exclus*. Le caractère contagieux de sa maladie le relègue en périphérie de la société. La dynamique de sa vie s'en trouve ainsi décapée. Job fait l'expérience d'une souffrance globale qui l'affecte dans toutes ses dimensions : physique, psychique, sociale et spirituelle. Cette souffrance atroce le touche dans les trois niveaux anthropologiques que nous venons de parcourir. Elle met en danger son unité organique. Il souffre en tant que *corpore et anima unus, imago dei et persona*. Il vit une sorte de déchirement entre son corps et son âme. Son accomplissement comme image de Dieu est menacé ; sa personne comme lieu d'unité du corps et de l'âme est en péril.

Le malheur de Job ne laisse pas indifférents ses proches. Effrayée, sa femme l'exhorte à maudire Dieu en face et à mourir. Comme l'écrit Jean Radermakers, la femme de Job « représente l'humanité qui ne supporte pas la souffrance et la bannit loin de ses yeux. Elle plaide pour le suicide de son mari ; aujourd'hui, elle demanderait l'euthanasie, incapable de supporter la souffrance de son époux »³⁹³. Pour sa part, Job ne pêcha point.

Effrayés par le malheur existentiel de leur ami - Eliphaz de Téman, Bildad de Shouah et Çophar de Nahama - compatissent à son malheur et prennent, eux aussi, une attitude de deuil en observant le silence. Attitude de sagesse telle que comprise par Ghislain Tshikendwa :

« Il faut reconnaître, argumente-t-il, qu'en gardant le silence devant un homme qui, en un jour, perd non seulement ses enfants et tout son avoir mais qui, en même temps, souffre atrocement dans son corps, les amis de Job ont agi sagement »³⁹⁴.

Mais, à la prise de parole, une divergence théologique éloigne Job de ses amis. Rude et par moment tendue, une discussion entre les deux parties s'ensuivra. Les amis de Job soutiennent une théologie de la rétribution temporelle : « le méchant est puni, et le juste récompensé par Dieu »³⁹⁵. Ils tenteront d'expliquer à leur ami affligé les raisons profondes de son malheur en lui rappelant le principe fondamental de la rétribution temporelle, avant de l'inviter à reconnaître son péché et à se repentir. Selon eux, si Job n'est pas coupable, rien ne peut justifier ce qui lui arrive. Eliphaz qui fait figure de chef de file prend le premier la parole

³⁹³ Jean RADERMAKERS, *Dieu, Job et la sagesse*, Bruxelles, Lessius, 1998, p. 58.

³⁹⁴ Ghislain TSHIKENDWA, *De l'absurdité de la souffrance à l'espérance : une lecture du livre de Job en temps du VIH/SIDA*, Kinshasa, Médiaspaul, 2004, p. 95.

³⁹⁵ André KABASELE, *De la culpabilité à la responsabilité : regard sur la figure de Job et actualisation*, dans *Maladie et souffrance en Afrique : l'Église interpellée par la pandémie du SIDA*, p. 65.

pour persuader Job. Le noyau de son discours est le suivant : la misère ne peut être considérée comme don de Dieu ; elle vient de l'homme qui est poussière. En plus, le sot est atteint non seulement dans sa personne, mais aussi dans ses descendants qui héritent des conséquences de son comportement. Plutôt que de se plaindre, Job doit vite se tourner vers Dieu avec un cœur contrit.

Acquiesçant à l'argument de son prédécesseur, Bildad développe une théologie de la justice divine et de la providence. Comme Eliphaz, il évoque le principe de causalité selon lequel si quelqu'un est frappé de malheur, c'est donc qu'il a péché. Selon lui, si Job est pur et droit, comme il le prétend, il n'a qu'à se confier à Dieu sans peur ; Dieu le rétablira et lui rendra sa prospérité. Convaincu de la culpabilité de Job, Bildad lui rappelle l'absolue intégrité de Dieu comme juge suprême et tente de le persuader d'initier lui-même une démarche de réconciliation avec Dieu, car personne d'autre ne peut le faire à sa place.

Intervenant plus brutalement que ses prédécesseurs, Çophar rappelle avec insistance la thèse classique de la rétribution temporelle. Selon lui, Dieu est juste et sage ; Job a donc tort. Il doit se convertir plutôt que de sombrer dans les discours inutiles qui masquent un refus de reconnaître sa culpabilité et son besoin de pardon. Çophar est d'avis que si Dieu voulait parler, il condamnerait Job, la difficulté vient du fait que le langage divin se confond avec l'épreuve dont il accable le malheureux, parce que celui-ci n'est pas assez sage pour comprendre³⁹⁶.

Eliphaz, Bildad et Çophar n'ont aucune intention de nuire à leur ami. Loin s'en faut. Leur objectif est de soulager la souffrance de Job. La difficulté réside cependant dans leur conception et dans leur démarche théologique. Ils partent des principes d'une théologie abstraite pour l'appliquer au cas de Job. En d'autres termes, ils procèdent par déduction d'une conception éthico-juridique de leur temps. Doctrine qui les empêche de regarder en face la réalité de la souffrance de Job. Pour sa part, Job n'ignore pas la théologie de la rétribution temporelle qui constitue le fondement de l'argument de ses amis. Aussi, il connaît parfaitement la méthode déductive qui la sous-tend. Son expérience personnelle l'amène cependant à douter de leur pertinence. Il se dégage une vive tension entre doctrine et pratique. C'est ici que nous pouvons comprendre cette affirmation de Xavier Thévenot : « discours et souffrance ne vont pas ensemble ! »³⁹⁷. Les amis de Job partent des discours, tandis que Job part de sa propre souffrance, celle qui l'affecte dans son unité organique de *corpore et anima unus, d'imago dei*

³⁹⁶ Sur cette partie du débat théologique entre Job et ses amis, on se reportera à Jean RADERMAKERS, *Dieu, Job et la sagesse*, p. 81-112.

³⁹⁷ Xavier THÉVENOT, *Souffrance, bonheur et éthique : conférences spirituelles*, Paris, éd. Salvator, 1990, p. 8.

et de persona. La difficulté réside dans la justification de Dieu : comment un Dieu Bon et tout-puissant peut-il laisser son serviteur être écrasé par la souffrance, s'il n'a vraiment pas péché ? C'est ici que divergent les arguments théologiques des protagonistes de la discussion.

L'image que Job se fait de Dieu n'est cependant pas statique ; elle évolue selon qu'il progresse dans son itinéraire théologique. Job comprend son affection au sens phénoménologique d'*être affecté par*. Il oscille entre l'*auto-affection* et l'*hétéro-affection*. Dans son premier monologue, il éprouve de l'*auto-affection*. Il ressent de l'amertume et s'éprouve lui-même amer. En effet, la distance entre lui-même et ce qui l'affecte n'est pas comme celle entre deux sujets distincts, mais celle qui sépare le sujet de lui-même, qui sépare le *je* du pronom réfléchi. L'autre est cet autre que Job porte en lui-même³⁹⁸.

En discutant avec ses amis, par contre, Job passe de l'*auto-affection* à l'*hétéro-affection*. Celui qui l'affecte n'est plus le sujet s'affectant lui-même ; mais l'autre, différent de lui: Dieu. Ce Dieu est un méchant qui tourmente un innocent. Il interprète sa souffrance comme envoyée par Dieu et l'ensemble des actes maléfiques à son égard comme expression divine. Selon lui, les agents du mal, ses amis, sa femme, les gamins qui se moquent de lui ne sont que des exécutants d'un mal dont la responsabilité dernière remonte à Dieu. Mais en fin de compte, Job espère encore. La souffrance peut aussi revêtir une fonction cathartique.

5.4.1.3. Fonction cathartique de la souffrance

De ces deux sens que nous venons de voir, il se dégage l'idée selon laquelle la souffrance est un ennemi à combattre. Comment peut-elle alors avoir une fonction cathartique ? C'est à ce paradoxe que nous essayons de répondre dans cette section. La fonction cathartique de la souffrance est triple : elle peut permettre à l'homme de se réconcilier avec soi-même, avec Dieu et avec autrui. Pareille hypothèse écarte à la fois le dolorisme et le pessimisme.

La souffrance peut permettre à celui qui en est affecté d'être purifié, dans la mesure où elle est une occasion de découvrir sa propre fragilité et de l'accueillir. Par purification, il ne faut pas entendre une expiation d'un quelconque péché commis, ni une correction par un châtiment divin. Il s'agit plutôt d'un moment de réélaboration du sens de la vie aux prises avec la souffrance. C'est aussi cette occasion de se réconcilier avec soi dans sa totalité grâce à une auto-acceptation comme être vulnérable. Assumée positivement, la souffrance permet de maîtriser les passions qui conduisent au péché. Elle devient ainsi un contrepoids et un frein à

³⁹⁸ Cf. Françoise MIES, *L'espérance de Job*, p. 460.

l'attrait exercé par le plaisir, en développant la vertu de patience et d'humilité qui, à leur tour engendrent celles de la fidélité et de l'espérance³⁹⁹.

La souffrance peut aussi être une occasion de progrès intérieur, dans la mesure où elle permet de s'arrêter et de faire le point sur sa propre histoire de vie, de découvrir de nouvelles valeurs, de réorienter sa vie et d'y donner un nouveau sens. L'acceptation de sa propre vulnérabilité est le premier pas vers la guérison intérieure qui permet de mener une vie positive. En d'autres termes, accepter la souffrance, c'est lui trouver un sens, lui donner un rôle positif, en faire un tremplin, une occasion de grandir⁴⁰⁰.

La souffrance peut également permettre à l'homme de s'approcher de Dieu et de s'unir totalement à Lui. Épuisé, le patient expérimente à la fois sa propre impuissance et celle de la médecine. Il croit désormais trouver secours en Dieu son Sauveur. Comme l'écrit Jean-Claude Larchet :

« Dans la souffrance, l'homme fait de manière intense et tragique l'expérience des limites de sa nature en sa condition déchu. Il perd l'impression de force (voire de puissance) et d'autosuffisance qu'il a souvent lorsqu'il est en bonne santé. Il perçoit au contraire de façon aiguë la faiblesse, la fragilité, l'insuffisance, la relativité de son être et de sa condition en ce monde. Il se voit dans sa pauvreté et sa nudité ontologiques (...). Dans l'expérience de la souffrance, il abandonne, par la force des choses, bien des attachements à ce monde, se dépouille, se simplifie. Il est amené à se concentrer sur l'essentiel ou porté à le chercher. Tout cela le prédispose à se tourner vers Dieu et à s'attacher à Lui seul, à ne mettre son espérance qu'en Lui, à rechercher constamment Son aide, à tout attendre de Sa grâce »⁴⁰¹.

La souffrance peut aussi susciter en l'homme les capacités de compassion, d'entraide, de générosité, d'amour, du don et de la gratuité. Celui qui a connu la souffrance peut aider l'autre à sortir du cycle infernal de la souffrance.

Donner un sens positif à la souffrance ne l'exempte pas de sa caractéristique d'être un ennemi à combattre et d'obstacle au bien-être de l'homme. Ce n'est qu'au second degré qu'elle peut revêtir un sens positif. La première tâche du chrétien est donc de la prévenir et de la soulager. Ce n'est qu'au moment où lorsqu'elle est inévitable, quand elle est liée à l'accomplissement humain, quand elle est liée à la pratique du bien, à la poursuite d'une valeur

³⁹⁹ Cf. Jean-Claude LARCHET, *Dieu ne veut pas la souffrance des hommes*, p. 111-112.

⁴⁰⁰ Cf. Guy DURAND, *Le sens chrétien de la souffrance*, p. 38-40.

⁴⁰¹ Cf. Jean-Claude LARCHET, *Dieu ne veut pas la souffrance des hommes*, p. 112-113.

importante, qu'il faut la considérer comme une occasion de croissance et de sanctification. En plus, ce n'est pas la souffrance qui sanctifie l'homme, mais l'attitude qui la sous-tend. Ce rôle positif n'est jamais automatique. De soi, la souffrance n'est pas cathartique. Elle est une occasion et non une source de croissance spirituelle⁴⁰².

Le débat sur le sens de la souffrance est loin d'être clos. À notre humble avis, il ne pose pas seulement une question sémantique. Il soulève, avec une acuité particulière, la question de la théodicée. Au fond, c'est la justification de Dieu qui est en jeu. Penser que la souffrance trouve son fondement dans le péché de l'homme, la concevoir comme une épreuve, ou lui attribuer une fonction cathartique, n'est-ce pas vouloir justifier Dieu ? Lui qui est toute bonté, comment peut-il laisser la souffrance envahir l'homme qu'il a créé à son image et sa ressemblance ? Voilà la question qui semble guider les différentes réponses sur le sens de la souffrance. Le débat théologique au sujet de la souffrance de Job est même explicite à ce propos. Hans Küng n'affirme-t-il pas que les amis de Job font de la théodicée⁴⁰³ ?

Pour justifier Dieu, des auteurs comme Hans Küng pensent que Dieu tolère la souffrance. Par contre, des penseurs comme Adolphe Gesché estiment que Dieu est surpris par la souffrance. Qu'Il permette ou qu'Il soit surpris, Dieu est contre souffrance.

5.4.2. Dieu contre la souffrance

Depuis le début de cette étude, nous nous efforçons de comprendre la souffrance comme l'ennemi commun contre lequel combattent tous les acteurs engagés dans la prise en charge de la PVVIH. De même, nous ne le dirons pas assez, la souffrance affecte l'homme dans toutes ses dimensions : physique, psychique, sociale et spirituelle. Elle l'atteint dans tous les niveaux anthropologiques : *corpore et anima unus, imago dei, persona*. Cette double hypothèse va de pair avec l'idée de l'unité anthropologique telle que nous venons de la parcourir. Voyons à présent comment Jésus a pris en charge les souffrants de son temps.

5.4.2.1. Jésus face à la souffrance de l'homme

Par sa praxis, Jésus s'est montré proche de toute personne aux prises avec la souffrance. Il n'a pas caché sa compassion. En effet, Jésus « parcourait toute la Galilée, enseignant dans leurs synagogues, proclamant la Bonne Nouvelle du Royaume et guérissant toute maladie et toute langueur parmi le peuple (...) et on lui présenta tous les malades atteints de divers maux

⁴⁰² Guy DURAND, *Le sens chrétien de la souffrance*, p 38-39.

⁴⁰³ Hans KÜNG, *L'homme, la souffrance et Dieu*, Paris, Desclée De Brouwer, 1969, p.40.

et tourments, des démoniaques, des lunatiques, des paralytiques, et il les guérit » (Mt 4, 23-24). De même, « des foules nombreuses s'approchèrent de lui, ayant avec elles des boiteux, des estropiés, des aveugles, des muets et bien d'autres encore, qu'ils déposèrent à ses pieds ; et il les guérit. Et les foules de s'émerveiller en voyant ces muets qui parlaient, ces estropiés qui redevenaient valides, ces boiteux qui marchaient et ces aveugles qui recouvraient la vue ; et rendirent gloire au Dieu d'Israël » (Mt 15, 30-31).

Par ces multiples guérisons, Jésus révèle sa vision anthropologique de l'homme et du salut qu'il apporte. Il guérit l'homme dans toutes ses dimensions : physique, psychique, sociale, spirituelle. En soignant le corps, il soigne aussi l'âme et rétablit la personne. Ainsi, la belle-mère de Pierre redevient capable de servir (Lc, 4, 38- 41) ; le paralytique devient autonome en portant lui-même son grabat et rentre chez lui (Lc 5, 17-25) ; le lépreux recouvre l'aspect normal de sa peau (Mc 1, 40-45) ; l'aveugle de naissance peut désormais voir et se déplacer sans peine (Jn 9, 1-12). La liste n'est pas exhaustive.

Pour les gens de son temps, Jésus est un médecin des corps et un thaumaturge comme tous les autres. Voilà pourquoi, comme l'affirme Jean-Claude Larchet :

« Aux origines du christianisme, on comparait volontiers le Christ à Asclépios/Esculape, dieu guérisseur des cultes païens grecs et romains, au point que les premiers apologistes chrétiens, pour des raisons pédagogiques, durent un moment garder la comparaison, tout en la faisant, bien sûr, en faveur du Christ, montrant qu'Il est le seul médecin, alors qu'Esculape n'était qu'une idole et un démon. Cette fonction de médecin des corps remplie par le Christ, puis en Son nom par les Apôtres, est tellement frappante que, de leur côté, les observateurs païens, à l'origine, décrivaient le christianisme comme une religion pour les malades »⁴⁰⁴.

D'après Jean-Claude Larchet, Jésus a volontiers assumé le rôle de *médecin des corps*, et cela pour trois raisons. En premier lieu, il voulait manifester sa pitié et sa compassion aux personnes souffrantes qu'il rencontrait et voulait leur apporter un secours immédiat de sa grâce. La deuxième raison est que Jésus montrait par là toute l'importance et toute la valeur qu'il accorde au corps, à la différence des sagesse antiques qui n'attachaient d'importance qu'à la délivrance de l'âme et méprisaient le corps qu'ils considéraient par ailleurs comme un tombeau dans lequel elle serait déchue de sa nature première et dont elle devrait chercher au plus vite à

⁴⁰⁴ Jean-Claude LARCHET, *Le chrétien devant la maladie, la souffrance et la mort*, Paris, cerf, 2010, p. 265.

se libérer. Troisièmement, Jésus a utilisé les guérisons physiques pour faire comprendre qu'il visait aussi et avant tout la guérison spirituelle de la personne⁴⁰⁵.

Les guérisons opérées par Jésus intègrent aussi la dimension sociale de la personne. Les miracles de guérison qu'il réalise sont indissociables de sa proclamation de la Bonne Nouvelle du Royaume. Marc donne le condensé de l'enseignement de Jésus en ce verset :

« Les temps sont accomplis : le Règne de Dieu est tout proche. Convertissez-vous et croyez à l'évangile » (Mc 1, 14-15).

Explicitant ce passage, Joseph Ratzinger écrit :

« Le message central de l'évangile c'est que le Royaume de Dieu est proche. Une coupure se produit alors dans le temps, quelque chose de nouveau se réalise. Et en réponse à ce don, on demande aux hommes conversion et foi. Au cœur de cette annonce, il y a le message de la proximité du Royaume de Dieu, qui constitue effectivement le noyau de la parole et l'activité de Jésus »⁴⁰⁶.

Mais qu'est-ce que le Royaume (Règne) de Dieu pour qu'il concerne le geste de guérison? D'après Michel Quesnel, le Règne de Dieu n'est ni à comprendre comme une notion, ni à définir. Jésus en parle comme d'une réalité connue et proche ; il énumère les conditions permettant d'y entrer et celles qui en empêchent⁴⁰⁷. S'inspirant des Pères de l'Église, Joseph Ratzinger donne trois niveaux d'interprétation du Royaume⁴⁰⁸ : le premier niveau est christologique. Jésus est lui-même le Royaume. En ce sens, le Règne de Dieu n'est pas une chose ni un espace de souveraineté au même titre que les royaumes terrestres. Il faut le comprendre en termes d'une christologie voilée. La deuxième interprétation de la signification du Royaume de Dieu est mystique, c'est-à-dire que le Règne de Dieu est fondamentalement établi dans l'intériorité de l'homme. Il n'est pas à situer géographiquement ; son lieu c'est l'intériorité de l'homme. Il y grandit et à partir de là, il agit. La troisième dimension est ecclésiologique : entre l'Église et le Royaume, il y a un rapport de plus ou moins grande proximité.

Jésus ne guérit donc pas pour comme les autres médecins de son temps. Son geste va au-delà de la restauration de la santé physique. Tout en incluant celle-ci, il montre le Royaume

⁴⁰⁵ *Ib.*, p. 265-266.

⁴⁰⁶ Joseph RATZINGER, *Jésus de Nazareth. Connaître et comprendre Jésus*, Paris, éd. Flammarion, 2007, p. 68.

⁴⁰⁷ Michel QUESNEL, *Introduction* (Cahiers Évangile, 84), Paris, Cerf, p. 6.

⁴⁰⁸ Cf. Joseph RATZINGER, *Jésus de Nazareth. Connaître et comprendre Jésus* p. 71.

et restaure l'homme dans son intégrité organique. Selon le Pape Jean Paul II, deux gestes caractérisent la mission de Jésus : guérir et pardonner. Ses nombreuses guérisons sont des signes de sa grande compassion en face de la misère humaine. Elles signifient aussi qu'il n'y aura plus, dans le Royaume ni maladies ni souffrances. Dès lors, ces guérisons sont des signes de salut. En accomplissant ces signes, Jésus invite ainsi à la foi, à la conversion et au désir du pardon⁴⁰⁹. Le Royaume de Dieu apporte à tous les êtres humains l'ordre définitif de la justice, de l'amour et de la paix⁴¹⁰.

Comme l'écrit Paul-Marie Buetubela :

« Les guérisons que Jésus opère sont des actes de salut (...). Jésus guérit non seulement les maux physiques qui assaillent l'homme, mais aussi le mal intérieur qui le ronge. L'action salvifique de Jésus s'exerce donc sur l'expérience psychologique que tout homme éprouve et sur la Puissance obscure qui règne sur l'humanité au même titre que la mort (...). La fonction salvatrice de Jésus concernait donc principalement le changement profond de l'homme ; au-dessus de la sainteté de Dieu, Jésus place toujours la grâce et la miséricorde de Dieu qui peuvent guérir l'homme dans la profondeur de son être »⁴¹¹.

En d'autres termes, « les guérisons constituent ainsi un aspect important de la manifestation de temps du salut qui est inauguré. C'est le temps de la destruction de tout ce qui afflige l'homme »⁴¹².

Toutefois, Jésus n'identifie pas guérison et salut. En effet, « si Jésus-Christ a agi comme un thaumaturge, c'est pour manifester que le salut qu'il inaugure concerne l'homme dans toutes ses dimensions, qu'il est appelé à la divinisation dans tout son être. Le fait qu'il n'ait pas guéri tous les malades ou les possédés, et le lien qu'il a maintenu avec la foi et l'annonce du Règne, montre qu'il n'identifie pas guérison et salut. Être sauvé, c'est accueillir le Règne, c'est reconnaître Dieu comme Père, vivre dans l'Esprit comme un frère, une sœur, ainsi que l'a enseigné le Fils »⁴¹³. La praxis de Jésus est donc orientée vers le salut. Nous y reviendrons au cours du sixième chapitre.

⁴⁰⁹ JEAN-PAUL II, *Redemptoris missio*, n°15.

⁴¹⁰ Cf. *Catéchisme de l'Église Catholique*, n°672.

⁴¹¹ Paul-Marie BUETUBELA, *Libération et salut dans la praxis de Jésus de Nazareth*, dans *Repenser le salut chrétien dans le contexte africain*, p. 101.

⁴¹² Paul-Marie BUETUBELA, *Maladie et guérison dans la praxis de Jésus selon les synoptiques*, dans *Maladie et souffrance en Afrique : l'Église interpellée par la pandémie du SIDA*, p., 83.

⁴¹³ Bernard UGEUX, *Guérir à tout prix ?*, Paris, éd. de l'Atelier, 2000, p. 184.

À la lumière de cette attention de Jésus Christ envers les malades de son temps, que peut-on dire du patient séropositif ? Pour répondre à cette question, il nous faut introduire une précision. La Bible ne contient aucun verset sur cette pandémie qui, nous l'avons vu, a été découverte il n'y a que trois décennies. Nous trouvons néanmoins dans les Écritures quelques passages pouvant servir de corrélation. Pour y arriver, il faut avant tout comprendre le VIH/SIDA comme une maladie infectieuse aux conséquences physiques, psychiques, sociales, éthiques et religieuses. En le comprenant de la sorte, nous pouvons alors trouver des références bibliques, tout en respectant leur homologie de rapport.

À ce niveau de notre recherche, la lèpre, maladie physique aux diverses interprétations pourrait permettre de réaliser une corrélation. Il ne faut cependant pas perdre de vue : dans la Bible, la lèpre n'est pas nécessairement la maladie de Hansen découverte au XIX^{ème} siècle. Elle renvoie aux différentes infections de la peau, mais aussi aux tâches et moisissures des maisons et des murailles (cf. Lv 13, 47-59 ; 14, 33-53). Cette maladie est considérée comme une impureté et un châtement divin. Elle est une plaie par excellence dont Dieu frappe les pécheurs ; elle est un signe de péché⁴¹⁴. L'impureté du lépreux pouvait affecter tous qui entreraient en contact avec lui. Exclu de la cité et du culte, le malade devait porter des vêtements lacérés, avoir les cheveux dénoués et visage couvert et crier « impur ! » à tous ceux qu'il rencontrait (Cf. Lv 13, 45-46).

Le diagnostic de la lèpre était servi au prêtre. C'était aussi à lui de constater la guérison du malade et qui célébrait la liturgie de purification avant de permettre à l'homme guéri de reprendre sa place dans la communauté. Deux rites de purifications étaient possibles. Le premier suppose que des démons ailés sont la cause de la maladie. Il fallait donc les chasser avec l'oiseau lâché dans la campagne. Le deuxième rite est appliqué aux lépreux en suivant les règles d'expiation.

Jésus apporte un regard nouveau sur le lépreux. En effet, au début de sa vie publique en Galilée, Jésus n'hésite à enfreindre les lois de pureté contenues dans le livre des Lévitiques (cf. Lv 13-14). Il touche le lépreux et le guérit un lépreux (cf. Mt 8, 3 ; Mc 1, 42 ; Lc 5, 13). La guérison du lépreux est une restauration de la personne dans toutes ses dimensions.

En situation de santé ou de maladie, Dieu pense à l'homme. Les deux textes du Psautier, le livre de Job et les miracles de guérison opérés par le Christ en sont une évidence. *Corpore et*

⁴¹⁴ Cf. *Lèpre*, dans Xavier LÉON-DUFOUR (éd.), *Vocabulaire de théologie biblique*, Paris, Cerf, 1991, p. 656.

anima unus, imago dei, persona ne sont-ils pas des éléments qui demeurent pour Dieu pense à l'homme et pour que l'homme interroge Dieu au cœur de sa souffrance ? Ainsi, la souffrance ne donne-t-elle pas à penser l'homme devant Dieu dans le monde d'aujourd'hui, mais un aujourd'hui tendu vers l'eschatologie.

5.4.2.2. Jésus face à sa propre souffrance

Le Magistère enseigne que le VIH/SIDA est une participation au mystère de la passion et de la résurrection du Christ, et que cette pandémie est à porter en ayant les yeux tournés vers la croix du Ressuscité. Comment alors pareil enseignement peut-il être possible sans tomber dans le dolorisme ? La praxis de Jésus montre suffisamment que la souffrance est un obstacle à l'accomplissement de l'homme, et qu'il faut la combattre. Comment concilier ces deux positions apparemment contraires ? Pourquoi Jésus n'a-t-il pas encouragé la souffrance causée par la maladie de son temps si celle-ci conduisait au salut ? En outre, si la souffrance peut être un chemin qui mène à la rencontre avec Jésus, les souffrants du temps de Jésus se sont confiés à lui en vue d'obtenir la guérison.

Par ailleurs, nous professons que Jésus a souffert, il est mort et il est ressuscité. Comment alors, la souffrance causée par le VIH/SIDA peut-elle participer au mystère de la passion et de la résurrection du Christ ? Comment la porter en ayant les yeux tournés vers la croix du Ressuscité ? Quel sens Jésus donne-t-il à la souffrance, la sienne et celle des autres ? Dans quelle mesure ce sens peut-il nous aider à comprendre celui de la souffrance causée par le VIH/SIDA ?

Pour répondre à cette série des questions, nous nous référons essentiellement à la profession de foi de l'Église contenu dans le Symbole des apôtres. Nous lisons dans le *Catéchisme de l'Église catholique* que Jésus-Christ a souffert, Il est mort crucifié, Il a été enseveli, Il est descendu aux enfers et Il est ressuscité. À ce niveau de notre étude, nous recourons à ce mystère de notre foi, dans la mesure où il éclaire notre hypothèse de départ, qu'il convient de rappeler : *la souffrance est une question théologique parce qu'elle donne à penser une juste articulation entre l'anthropologie, la théodicée et la sotériologie.*

La passion proprement dite de Jésus-Christ commence par l'effroi et l'angoisse qu'il ressent à Gethsémani (cf. Mc 14, 32-42). Le Fils de Dieu éprouve la solitude : ses disciples se tiennent à distance et ne savent pas veiller avec leur Maître ; son Père prend distance. L'isolement est son comble. Le plus dramatique est l'abandon par le Père. En effet, sur la croix,

Jésus pousse ce grand cri : « Mon Dieu, mon Dieu, pourquoi m'as-tu abandonné ? » (Mc 15, 34). Ce qui laisse dire à Jürgen Moltmann que « Jésus est mort en présentant les signes et l'expression de l'abandon par Dieu le plus profond »⁴¹⁵.

Ce cri n'est pas une simple reprise du Psaume 22, 2, par lequel l'orant clame : « Mon Dieu, mon Dieu, pourquoi m'as-tu abandonné, insoucieux de me sauver, malgré les mots que je rugis ? ». L'enjeu du cri de Jésus réside dans la théologie trinitaire et dans la théodicée. En effet, Jésus avait proclamé la proximité du Royaume de Dieu et l'avait manifesté comme une proximité de grâce. Dans sa relation avec le Dieu de ce Royaume, il était lui-même sorti du cadre traditionnelle de l'alliance de Dieu avec Israël, dans lequel la proximité de Dieu était communiquée à son peuple par l'alliance, la Loi et Moïse, pour exprimer sa communion et sa proximité avec Dieu. En s'identifiant ainsi à celui qu'il appelle son Père, Jésus présuppose que ce dernier s'identifie à lui et à sa parole. Lui qui a ainsi vécu et prêché dans la proximité de Dieu, de son Royaume et de sa grâce, ne peut comprendre sa passion que comme un abandon par ce Dieu. Ainsi, l'abandon exprimé par le cri de Jésus doit être compris comme un événement entre Dieu et Dieu. Séparant le Fils du Père, cet abandon est un événement de Dieu lui-même ; il est dissension entre Dieu et Dieu. Ce cri met ainsi en jeu la divinité du Père. En ce sens, Jésus en appelle à la divinité et à la fidélité de son Père contre son abandon et la non-divinité de son Père. C'est donc l'abandon de Dieu par Dieu⁴¹⁶.

Ceci pose un grand problème trinitaire. Car le cri de Jésus montre combien l'entrée de la souffrance dans la vie de la deuxième hypostase est en quelque sorte une altération de l'union entre le Père et le Fils. Alors que les Personnes divines étaient jusque-là proches l'une et l'autre, la souffrance les éloigne l'une de l'autre. Ce cri n'est pas une mascarade, elle est une vraie expression d'une souffrance atroce.

L'effroi et l'angoisse du Fils est aussi due au fait que le Père l'a livré aux mains des pécheurs (cf. 2 Co 5, 21). Cet agir du Père ne peut être compris correctement que si on sait que le Fils est l'une de trois *hypostases* divines. Ce qui laisse dire à Urs Von Balthasar que le Christ livré par Dieu ne peut être compris qu'en rapport avec le don actif qu'il fait de lui-même, don qui pourtant ne doit pas être à son tour isolé en facteur indépendant, parce qu'on risque alors de perdre l'horizon eschatologique, et de tomber dans la théologie des martyrs. Il faut que le Christ soit Dieu pour être, par rapport à l'événement d'amour dont le Père est la source et par lequel

⁴¹⁵ Jürgen MOLTSMANN, *Le Dieu crucifié. La croix du Christ : fondement et critique de la théologie chrétienne* (Cogitatio fidei, 80), Paris, Cerf, 1974, p. 172.

⁴¹⁶ Cf. *Ib.*, p. 172-176.

il veut se réconcilier le monde, à ce point disponible qu'en lui toute l'obscurité de ce qui est contraire à Dieu puisse être jugée et subie⁴¹⁷. Pour le dire autrement, Jésus n'a pas connu la réprobation comme s'il avait lui-même péché. Mais dans l'amour rédempteur qui l'unissait toujours au Père, il nous a assumé l'homme dans l'égarement de son péché par rapport à Dieu⁴¹⁸.

Dès lors, la souffrance du Christ s'inscrit dans le mystère de la rédemption. Sur la croix, Jésus consomme son sacrifice. C'est son amour qui confère à ce sacrifice sa valeur de rédemption et de réparation, d'expiation et de satisfaction. L'existence dans le Christ de la Personne divine du Fils, qui dépasse et même temps, embrasse toutes les personnes humaines, et qui le constitue Tête de toute l'humanité, rend possible son sacrifice rédempteur⁴¹⁹.

Dans le *Catéchisme de l'Église catholique* l'on peut lire que dans son dessein du salut, Dieu a disposé que son Fils, non seulement mourrait pour nos péchés mais aussi qu'il goûterait la mort. C'est-à-dire connaîtrait l'état de mort, l'état de séparation entre son âme et son corps, durant le temps compris entre le moment où il a expiré sur la croix et le moment où il est ressuscité. Cet état du Christ mort est le mystère du sépulcre et de la descente aux enfers⁴²⁰.

Alors que la souffrance avait déjà lancé un défi à la théologie trinitaire en mettant une distance entre le Père et le Fils, elle récidive cette fois-ci en christologie lorsqu'elle sépare l'âme du corps du Fils de Dieu. L'union hypostatique est donc altérée au sein même de la personne du Christ ; nous disons altérée et non pas détruite. Nuance très importante, d'autant plus que Jésus-Christ reste unie à son corps et à son âme, bien que ces deux éléments soient séparés l'un de l'autre. Le catéchisme n'en dit pas autrement : « la mort du Christ a été une vraie mort en tant qu'elle a mis fin à son existence humaine terrestre. Mais à cause de l'union que son corps a gardée avec la personne du Fils, Il n'est pas devenu une dépouille comme les autres »⁴²¹. En d'autres termes, Jésus n'a pas cessé d'être ce qu'il est. Il est et reste vrai Dieu et vrai homme, même dans sa souffrance la plus totale. Il garde son identité quoique déchirée.

Bien que son union hypostatique soit altérée, Jésus a continué sa mission, même dans les régions inférieures de la terre. C'est par son âme qu'il rejoint ceux qui séjournent aux enfers afin que, eux aussi, entendent la Bonne Nouvelle du salut. Il veut vaincre la souffrance dans sa dimension la plus profonde. Son âme ne restera pas indéfiniment séparée du corps. De même,

⁴¹⁷ Cf. Von BALTHASAR, *Le mystère pascal*, Paris, Cerf, 1972, p. 106.

⁴¹⁸ Cf. *Catéchisme de l'Église catholique*, n°603.

⁴¹⁹ Cf. *Ib.*, n°616.

⁴²⁰ Cf. *Ib.*, n°624.

⁴²¹ *Ib.*, 627.

le Père ne sera pas éternellement éloigné du Fils. Et, par sa résurrection, Jésus restaure non seulement sa proximité avec son Père mais, rétablit aussi l'*union hypostatique*.

La résurrection du Christ est donc une victoire sur la souffrance. Sans supprimer la souffrance, Jésus détruit en elle la tyrannie qu'elle exerçait sur l'homme pour l'empêcher de s'accomplir comme image de Dieu. C'est là le nouveau statut de la souffrance conférée par le Christ avant la victoire finale à la fin de temps, lorsqu'il récapitulera tout en lui.

Conclusion

Vraie question théologique, la souffrance l'est car, avons – nous dit, elle donne à penser l'homme devant Dieu dans le monde d'aujourd'hui, et donc une juste articulation entre l'anthropologie, la théodicée et la sotériologie. Elle atteint l'homme dans ses éléments fondamentaux, et peut l'empêcher de s'accomplir pleinement. C'est pourquoi Jésus n'est pas resté indifférent à la souffrance de ses contemporains. Il a guéri les malades, ressuscité les morts et nourri les affamés. Son agir n'est pas à confondre avec celui d'un simple médecin, ni d'un thaumaturge. Il est sous-tendu par une vision holistique de l'homme orientée vers un salut intégral. En ce sens, les guérisons opérées sont des signes du salut.

Par sa souffrance, sa mort et sa résurrection, Jésus s'est révélé comme un Dieu vulnérable, c'est-dire capable d'être affecté. Son cri sur la croix est l'expression la plus profonde de son affection. Il est mort abandonné par ses disciples, et même par son Père. Ce cri d'abandon est une preuve éloquente que la souffrance est capable de s'infiltrer même au sein des trois hypostases de la Sainte Trinité. S'il en ainsi de Dieu, que peut-on alors dire de l'homme ?

La théologie trinitaire et la christologie nous ont permis de comprendre que la souffrance peut altérer l'identité du Christ, sans pour autant la détruire. Cette identité est restaurée lors de la résurrection du Fils de Dieu. Partant, la résurrection est donc une grande victoire sur la souffrance. En effet, par ce mystère de notre foi, Jésus confère un nouveau statut à la souffrance. Désormais, elle est dépouillée de la tyrannie qu'elle exerçait sur l'homme. Toutefois, Jésus n'a pas supprimé la souffrance. Elle est dans le monde et peut affecter l'homme de diverses manières. Sa fin ultime aura lieu au temps eschatologique, lors de la récapitulation universelle.

Par sa passion, sa mort et sa résurrection, le Christ a donné à ses fidèles les moyens nécessaires pour vaincre la souffrance, sans pour autant la supprimer. La souffrance existe et existera, mais il est possible de la vaincre.

Et, c'est ici le lieu de rappeler qu'en elle-même, la souffrance n'a aucun sens, elle le reçoit. Ce chapitre avait pour but de montrer que la souffrance est une question théologique dans la mesure où elle permet de penser l'homme devant Dieu dans le monde de d'aujourd'hui. Cet homme a besoin du salut, peu importe la façon de le nommer. Il est donc nécessaire d'approfondir le mystère du salut en Jésus-Christ afin de donner sens à la souffrance et penser ainsi la notion de la santé.

SIXIÈME CHAPITRE

PENSER LE SALUT POUR PENSER LA SOUFFRANCE ET LA
SANTÉ

Consacré à la notion de la souffrance comme lieu théologique, le cinquième chapitre nous a suffisamment renseigné sur la fragilité humaine, en lien avec la santé et le salut. En effet, la souffrance n'a aucun sens en soi. Ainsi, penser le sens à partir de son non-sens semble une entreprise périlleuse. Pour y parvenir, inverser la démarche, c'est-à-dire penser le non-sens à partir du sens pour donner sens au non-sens s'avère pertinent. De même que la croix trouve sa pleine signification dans la résurrection du Christ, de même la souffrance trouve sens à partir de la notion du salut. À notre humble avis, le salut précède la souffrance et non l'inverse. C'est le salut qui donne sens à la souffrance du Christ. C'est pour nous, hommes, et notre salut que le Fils de Dieu a souffert.

Dissocier souffrance et péché nous est, certes, apparu difficile. Le Magistère enseigne clairement qu'en matière du VIH/SIDA, il ne faut pas penser la souffrance en termes de châtement divin. Mais cet enseignement n'exclut pas le lien souffrance-péché. Et dans la l'imaginaire populaire, le VIH/SIDA est perçu comme un fruit du péché ; perception à la base de la stigmatisation dont est victime la PVVIH. Dans le cadre de l'accompagnement spirituel, il est difficile, voire impossible, de cheminer sans stigmatiser, ni culpabiliser, si l'on ne s'applique pas à transcender l'équation VIH/SIDA égale péché.

Voilà pourquoi préconisons-nous d'inverser la démarche pour penser au premier degré le salut revêtant une portée positive, pour mieux penser la souffrance avec sa connotation négative. C'est en second degré que la souffrance apparaîtra comme occasion de salut. Procéder de la sorte a comme avantage de concevoir la souffrance comme un obstacle à l'accomplissement de l'homme. D'où la nécessité d'en être libéré.

À ce stade de notre réflexion, nous recourons à la pensée de trois théologiens catholiques, célèbres par leur conception théologique du salut : Bernard Sesboüé avec sa théologie de la rédemption et du salut, Adolphe Gesché avec sa théologie de la destinée et Hans Urs Von Balthasar avec sa théologie du mystère pascal.

Par ailleurs, étant donné que nos investigations s'inscrivent dans le contexte de Kinshasa, il nous est important de commencer ce chapitre par une réflexion approfondie sur ce que nous nous proposons d'appeler la *théologie populaire du salut* à Kinshasa ou plutôt la *sotériologie populaire* kinoise. La raison qui guide ce choix méthodologique est simple. Les patients à accompagner sont pour la plupart des gens sans formation théologique vivant dans un contexte où circule une *théologie populaire du salut*. Nous voulons être à l'écoute de cette *sotériologie*, que notre réflexion ne soit une simple spéculation vouée à l'échec.

Certes, la théologie populaire fait émerger le sens de ce que le destinataire direct a comme conception du salut, mais elle ne suffit pas, pourtant, pour élaborer une théologie rigoureuse. Il faut la compléter par une théologie comme science. Alors que la *théologie savante* s'élabore dans les lieux du pouvoir et du savoir, la *théologie populaire* exprime les besoins réels du peuple⁴²². Elle est cette théologie des gens ordinaires qui constituent la plus grande partie de la population africaine⁴²³. Celle-ci n'utilise pas nécessairement le vocabulaire des savants et des philosophes⁴²⁴.

Du point de vue méthodologique, le présent chapitre est une *disputatio* à deux niveaux. Celle entre une *sotériologie populaire* et une *sotériologie savante*, d'une part ; et celle entre les trois auteurs, d'autre part. Ces deux niveaux de corrélation critique permettront un dépassement du malaise ressenti au cinquième chapitre, et conduiront ainsi à une idée claire de l'accompagnement spirituel de la PVVIH comme lieu du dialogue santé-souffrance-salut.

6.1. La théologie populaire du salut à Kinshasa

À Kinshasa, le kinois ordinaire a sa *théologie du salut*. Pour s'en rendre compte, les enquêtes menées et publiées par Léon de Saint Moulin dans *La perception du salut et de la libération à Kinshasa* et dans *La perception du mal à Kinshasa et dans quelques localités au Zaïre*, sont plus que révélatrices⁴²⁵.

Ces deux études du missionnaire jésuite belge nous aident à comprendre l'essentiel de la *sotériologie populaire* dans le contexte kinois. Notre objectif n'est pas d'élaborer un compte-rendu de ces enquêtes, mais de faire émerger le sens à partir des thèmes qui permettent de comprendre la *théologie populaire du salut* à Kinshasa. Tous les items, ne pouvant être retenus, nous sélectionnons ceux qui cadrent le mieux avec notre étude.

Qu'est-ce que le salut pour un kinois? Tel est notre point de départ. Le résultat des enquêtes révèle que le concept de salut est perçu de multiples manières. Il est à la fois *libération* et *réussie*, thèmes majeurs autour desquels gravitera notre réflexion.

⁴²² Cf. Klauspeter BLASER, *La théologie au XXe siècle : histoire-Défis-Enjeux*, Lausanne, éd. L'Age de l'Homme, 1995, p. 222.

⁴²³ Cf. Fidèle MABUNDU, *Lire la Bible en milieu populaire*, Paris, Karthala, 2003, p. 345.

⁴²⁴ Cf. Jean-Marc ELA, *Ma foi d'Africain*, Paris, Karthala, 1985, p. 211-218.

⁴²⁵ Cf. Léon DE SAINT MOULIN, *La perception du salut et de la libération à Kinshasa*, dans *Repenser le salut chrétien dans le contexte africain*, p. 21-37 ; ID., *La perception du mal à Kinshasa et dans quelques localités du Zaïre*, dans *Revue Africaine de Théologie*, 19 (1995), p. 53-92.

6.1.1. Salut comme libération

Pour les personnes interrogées, les enquêtes de Léon de Saint Moulin révèlent que le salut consiste en ceci⁴²⁶ :

- Demeurer dans le Christ (38,5%) ;
- Être libéré du péché (22,3%) ;
- La vie avec Dieu après la mort (16,9%) ;
- L'absence de misère (11,8%) ;
- L'entente entre tous les hommes (10,5%).

Il est curieux de constater que, pour désigner le concept de libération, le kinois se sert quasiment des mêmes mots qu'il a employés dans la définition du salut, comme l'indiquent les items suivants⁴²⁷ :

- Vivre avec le Christ dans l'Esprit (31,4%) ;
- Recevoir le salut dans la vie éternelle (23,2%) ;
- Être libre de l'emprise de la chair (20,7%) ;
- Ne plus vivre dans la misère (13,2%) ;
- Être libéré des contraintes d'un pouvoir arbitraire (11,4%)

Pour plus de clarté, nous nous proposons de ranger ces items dans un tableau synoptique, afin de lire aisément le parallélisme entre salut et libération.

Salut	Libération
Demeurer dans le Christ (38,5%)	Vivre avec le Christ dans l'Esprit (31,4%)
Être libéré du péché (22,3%)	Être libre de l'emprise de la chair (20,7%)
La vie avec Dieu après la mort (16,9%)	Recevoir le salut dans la vie éternelle (23,2%)
L'absence de misère (11,8%)	Ne plus vivre dans la misère (13,2%)
L'entente entre tous les hommes (10,5%)	Ne plus vivre des contraintes d'un pouvoir arbitraire (11,4%)

⁴²⁶ Cf. ID., *La perception du salut et de la libération à Kinshasa*, p. 24.

⁴²⁷ Cf. *Ib.*, p. 24.

La lecture de ce tableau synoptique met en lumière une similitude entre le concept de salut et celui de libération. Dès lors, nous pouvons affirmer sans risque de nous tromper que lorsque le kinois parle de salut, il parle en même temps de libération, car :

- *Demeurer dans le Christ* ne veut-il pas dire *vivre avec le Christ dans l'Esprit* ?
- *Être libéré du péché* ne va-t-il pas de pair avec *être libre de l'emprise de la chair* ?
- *L'absence de misère* ne signifie-t-elle pas *ne plus vivre dans la misère* ?
- *L'entente entre tous les hommes* n'implique-t-elle pas *ne plus vivre des contraintes d'un pouvoir arbitraire* ?

De ces items émergent trois niveaux de ce qu'il convient d'appeler *salut-libération* : niveau religieux, niveau matériel et niveau socio-politique. Le niveau religieux recueille plus de la moitié d'opinions exprimées : 77,7% pour le concept de salut et 75,3% pour celui de libération. Le niveau matériel réunit 11,8% pour le mot salut et 13,2% pour la libération. Le niveau socio-politique enregistre 10,5% pour le vocable salut et 11,4% pour le terme libération. Ces trois niveaux de *salut-libération* ne sont ni à confondre, ni à trop séparer. Ils interagissent les uns les autres. Le salut réside dans leur articulation. Nous y reviendrons.

Le *salut-libération* renferme à la fois une connotation *positive* et l'autre *négative*. Dans sa connotation positive, *salut-libération* renvoie aux items suivants : demeurer dans le Christ, vivre avec le Christ dans l'Esprit, la vie avec Dieu après la mort, recevoir le salut dans la vie éternelle, l'entente entre tous les hommes.

Dans sa connotation négative, *salut-libération* comprend les items comme : être libéré du péché, être libre de l'emprise de la chair, l'absence de misère, ne plus vivre dans la misère, ne plus vivre des contraintes d'un pouvoir arbitraire.

Comme nous pouvons le constater, *salut-libération* revêt avant tout une connotation *positive*. Ce n'est qu'au second degré qu'il prend la connotation *négative* ; celle d'être libéré de quelque chose ou d'être sauvé des obstacles contraires à la réalisation de la dimension *positive* du salut.

Approfondissons à présent la dimension *négative* du *salut-libération*, pour revenir plus loin sur la connotation *positive*.

Si le salut signifie libération, de quoi l'homme doit-il être libéré? Les items parcourus indiquent clairement que l'homme doit être libéré du péché, de l'emprise de la chair, de la

misère, d'un pouvoir arbitraire. En poussant plus loin la réflexion, il y a lieu de s'apercevoir que ces situations renvoient à une réalité beaucoup plus profonde, celle du mal. Le kinois a donc besoin d'être libéré du mal comme le témoigne la perception kinoise du concept de mal. Pour Léon de Saint Moulin, aux yeux d'un kinois, le mal signifie⁴²⁸ :

- Ce qui est contraire à la volonté de Dieu (51,8%) ;
- Ce qui détruit la vie (20,8%) ;
- Ce qui fait souffrir (12,9%) ;
- Ce qui est contraire aux normes de la vie sociale (10,1%) ;
- Rater sa vie à cause des autres (4,1%).

Une lecture croisée de trois concepts (salut, libération, mal) présentés dans le tableau synoptique ci-dessous, peut nous éclairer davantage.

Salut	Libération	Mal
Demeurer dans le Christ	Vivre avec le Christ dans l'Esprit	Ce qui est contraire à la volonté de Dieu
Être libéré du péché	Être libre de l'emprise de la chair	Ce qui détruit la vie
La vie avec Dieu après la mort	Recevoir le salut dans la vie éternelle	Ce qui fait souffrir
L'absence de misère	Ne plus vivre dans la misère	Rater sa vie à cause des autres
L'entente entre tous les hommes	Ne plus vivre des contraintes d'un pouvoir arbitraire	Ce qui est contraire aux normes de la vie sociale

Le tableau permet de comprendre que pour un kinois, *salut-libération* signifie la vie en Dieu. Cette vie implique la libération du péché et de l'emprise de la chair, l'absence de misère, et conduit à la cohésion sociale. Le mal par contre est tout ce qui est aux antipodes de cette vie en Dieu et de ses implications sociales.

Ce qui fait le plus mal au kinois, c'est : l'ignorance de Dieu (48,0%), l'égoïsme des responsables (14,8%), la dictature (14,0%), dépendre toujours de quelqu'un (12,9%), le vagabondage sexuel (9,6%). Et le kinois voudrait à tout prix être libéré des injustices (39,4%),

⁴²⁸ Cf. ID., *La perception du mal à Kinshasa et dans quelques localités du Zaïre*, p.75.

de la pauvreté (23,0%), de la corruption (13,0%), de la sorcellerie (11,2%), du VIH/SIDA (10,8).

Il ressort de ces assertions que le kinois ordinaire n'a pas une définition métaphysique du concept de mal. Il en a plutôt une approche phénoménologique. Cependant, les différents maux par lesquels il définit le concept de mal traduisent une réalité fondamentale et métaphysique : pour un kinois est *mal tout ce qui détruit la vie*. Pour comprendre cette vérité fondamentale, il faut avoir présente à l'esprit l'ontologie africaine de la *force vitale* comme valeur fondamentale de l'être⁴²⁹. Explicitons brièvement ce concept. Selon le franciscain belge Placide Tempels, la *force vitale* est, pour un africain, le principe qui régit son être et renforce sa vie. L'être est force, la force c'est l'être, la vie est force. Il est donc impossible de penser l'être, sans penser la *force vitale*. Sans cette force, aucun être n'est concevable⁴³⁰. Détruire la vie, c'est détruire l'être dans ce qu'il a de fondamental, c'est l'anéantir dans son essence. La *force vitale* peut croître ou décroître.

On peut dès lors comprendre que pour un kinois, la vie réussie réside dans la possession de la plus grande puissance vitale. Le mal est tout ce qui peut diminuer cette puissance. Ainsi, la maladie et la souffrance, l'injustice et l'échec sont autant de maux qui anéantissent la *force vitale*. Par contre, la santé, la justice, la richesse, la progéniture, la concorde sociale augmentent la *force vitale*. Le salut devient ainsi la croissance de la *force vitale*. Et lorsque cette force est menacée, il faut la libérer.

C'est ici qu'une question se pose. Si le salut signifie *être libéré du mal*, par qui est-on libéré et à quoi le voit-on? Dans la conception africaine, Dieu est la force par excellence. Il est celui qui a la force par lui-même et donne l'accroissement à la *force vitale* de l'être⁴³¹. La *sotériologie populaire* kinoise a une portée christologique lorsqu'elle affirme que le salut signifie demeurer dans le Christ rédempteur. En effet, à la question de savoir en quoi consiste l'œuvre rédemptrice de Jésus-Christ, 31,7% des personnes interrogées déclarent que le Fils de Dieu est mort et ressuscité pour nous ; 30,5% estiment que Jésus donne la vie éternelle à celui qui croit en lui ; 25,7% pensent qu'il libère l'homme du péché ; 8,4% sont d'avis qu'il est l'amour qui unit tous les hommes ; 3,6% ne croient pas en la mission rédemptrice du Christ.

⁴²⁹ Sur la théorie de la force vitale, on se rapportera à Placide TEMPELS, *La philosophie bantoue*, Paris, Présence africaine, 1945, surtout en son deuxième chapitre consacré à l'ontologie des bantous, p. 23-48.

⁴³⁰ Cf. Placide TEMPELS, *La philosophie bantoue*, p. 32.

⁴³¹ Cf. *Ib.*, p. 41.

Le kinois reconnaît Jésus comme rédempteur. 87,9% des opinions exprimées choisissent des items plus explicitement religieux, soit en termes contemplatifs (il est mort et ressuscité pour nous), soit en termes de résultats (il donne la vie éternelle à celui qui croit en lui, il libère l'homme du péché). Il faut néanmoins souligner que deux *courants théologiques* se dégagent entre catholiques et non catholiques, s'exclame Léon de Saint Moulin. Les catholiques retiennent l'item *il est mort et ressuscité pour nous* (36,9% contre 27,1%). Par contre, les non catholiques retiennent l'item *il donne la vie éternelle à celui qui croit en lui* (37,3% contre 22,7%). D'après Léon de Saint Moulin, cette différence est due à la formation religieuse de chaque groupe. Les catholiques se réfèrent sans doute aux notes du credo et à la liturgie de leur Église. Les non catholiques, par contre, recourent à l'autorité de la foi telle que préconisée par leurs cultes⁴³².

Tout en croyant au *salut-rédemption* par la mort et la résurrection du Christ, le kinois croit également au *salut-libération* par le ministère de Jésus de Nazareth. Les miracles de guérison sont autant des signes visibles de la libération apportée par le Christ. En effet, 37,3% des personnes interrogées estiment que les miracles de guérison sont des signes qui traduisent l'amour de Jésus pour les hommes ; 27,4% pensent qu'ils montrent que Jésus ne peut pas aimer les hommes sans vouloir les libérer du mal ; 18,5% croient que les miracles de guérison signifient que le salut est total dès ici-bas ; 12,6% pensent qu'ils sont des signes du salut à venir après la mort ; 4,0% ne croient pas aux miracles ; 0,2 ne se sont pas prononcés sur le sujet⁴³³. On peut dès lors comprendre l'engouement des kinois pour les prières de guérison et la promesse des miracles⁴³⁴.

Cette dimension historique du salut a pour visée l'accomplissement de l'homme que Placide Tempels exprime en termes de renforcement de la *force vitale*. Cet accomplissement, c'est la vie réussie.

⁴³² Cf. LÉON DE SAINT MOULIN, *La perception du salut et de la libération à Kinshasa*, p. 28.

⁴³³ Cf. *Ib.*, p. 26.

⁴³⁴ Cf. Paul-Marie BUETUBELA, *Les miracles aujourd'hui*, dans *Repenser le salut chrétien dans le contexte africain* Kinshasa, Médiaspaul, 2002 ; Gilbert SHIMBA, *Dieu est-il l'auteur de nos maladies ?*, Kinshasa, Médiaspaul, 2004 ; ID., *Pourquoi le renouveau charismatique pose problème ?*, Kinshasa, Médiaspaul, 2007 ; ID., *Guérison par la foi dans l'Église catholique de Kinshasa : approche sociologique*, Paris, Edilivre, 2012.

6.1.2. Salut comme vie réussie

Léon de Saint Moulin ne s'égare pas lorsqu'il affirme que la perception kinoise du salut est étroitement liée à celle du mal⁴³⁵. Il y a également lieu de constater que la visée première du salut en contexte kinois est la vie réussie. Ce n'est qu'au second degré, lorsque cette visée *positive* est mise en danger, que le salut prend la connotation *négative* d'être libéré du mal. Nous avons vu que cette dimension *positive* était déjà présente dans certains items relatifs au *salut-libération*. Pour rappel, nous avons repéré cinq items comme faisant partie de la connotation *positive* du salut. Il s'agit des assertions suivantes : demeurer dans le Christ, vivre avec le Christ dans l'Esprit, la vie avec Dieu après la mort, recevoir le salut dans la vie éternelle, l'entente entre tous les hommes. La visée première est cette vie-là.

Une lecture attentive de ce que le kinois entend par une vie réussie permettra de tirer quelques conclusions. Pour les personnes interrogées, en effet, une vie réussie se résume en ceci⁴³⁶ :

- Être en paix avec soi-même, avec Dieu et avec les autres (42,2%) ;
- Une vie centrée sur Dieu (30,8%) ;
- Une vie engagée pour la promotion humaine (10,3%) ;
- Avoir une maison, du travail et de l'argent (9,3%) ;
- Pouvoir réaliser quelque chose dans sa vie (7,1%).

De nouveau, présentons ces assertions dans un tableau synoptique, afin de cerner aisément le rapport entre salut, libération, vie réussie et mal.

⁴³⁵ Cf. Léon DE SAINT MOULIN, *La perception du salut et de la libération à Kinshasa*, p. 23.

⁴³⁶ Cf. ID., *La perception du mal à Kinshasa et dans quelques localités du Zaïre*, p. 76.

Salut	Libération	Mal	Vie réussie
Demeurer dans le Christ	Vivre avec le Christ dans l'Esprit	Ce qui est contraire à la volonté de Dieu	Une vie centrée sur Dieu
Être libéré du péché	Être libre de l'emprise de la chair	Ce qui détruit la vie	Être en paix avec soi-même, avec Dieu et avec les autres
La vie avec Dieu après la mort	Recevoir le salut dans la vie éternelle	Ce qui fait souffrir	Une vie engagée pour la promotion humaine
L'absence de misère	Ne plus vivre dans la misère	Rater sa vie à cause des autres	Avoir une maison, du travail et de l'argent
L'entente entre tous les hommes	Ne plus vivre des contraintes d'un pouvoir arbitraire	Ce qui est contraire aux normes de la vie sociales	Pouvoir réaliser quelque chose dans sa vie

De ce tableau, il s'aperçoit que pour un kinois, le salut est avant tout une vie réussie, celle centrée sur Dieu et impliquant la paix avec soi-même, avec Dieu et avec les autres. Une vie centrée sur Dieu appelle à l'engagement pour la promotion humaine. Elle permet aussi d'avoir une vie matérielle digne de soi. Une vie centrée sur Dieu ne signifie-t-elle pas aussi demeurer dans le Christ ou encore vivre avec le Christ dans l'Esprit ? Une vie centrée sur Dieu ne libère-t-elle pas du péché et de l'emprise de la chair ? Ne conduit-elle pas à la vie avec Dieu après la mort ou à avoir part à la vie éternelle ? Ne consolide-t-elle pas l'entente entre tous les hommes pour ne plus vivre des contraintes d'un pouvoir arbitraire, ni rater sa vie à cause des autres ? Ne libère-t-elle pas de ce qui est contraire aux normes de la vie sociale ?

Cette conception du salut comme vie réussie signifie-t-elle la rétribution temporelle et immédiate ? Nous avons vu, dans le cinquième chapitre, une scission nette entre la théologie de Job et celle de ses amis venus pourtant le consoler. La *sotériologie populaire* kinoise est-elle une théologie de la rétribution temporelle et immédiate, comme celle des amis de Job ? Pour

répondre à cette question, il sied de comprendre ce que le kinois lui-même a comme horizon du salut. Pour les personnes interrogées ⁴³⁷:

- Le salut est à construire dès ici-bas (36,2%) ;
- Le salut est déjà présent parmi nous (25,5%) ;
- Le salut est un don qu'il faut simplement accueillir (21,4%) ;
- Le salut s'obtient seulement après la mort (10,9%) ;
- Le salut est impossible sur cette terre (5,7%).

Il ressort de ces assertions que 61,7% des personnes interrogées croient que le salut commence dès ici-bas. Seuls 10,9% estiment que le salut est impossible sur la terre des vivants et qu'il s'obtient seulement après la mort. S'agit-il d'une théologie de la rétribution temporelle et immédiate ? Dans une étude portant sur le thème de salut dans la musique congolaise moderne et dans les églises de réveil, Richard Ngu'Usim est persuadé que pour le kinois le salut est avant tout celui de l'âme ; mais il est aussi une récompense du respect d'un certain nombre de prescrits bibliques. Il est surtout un salut-solution aux problèmes de tous les jours⁴³⁸.

À notre avis, même si l'horizon eschatologique est bien présent dans la *sotériologie populaire* kinoise, la dimension immédiate de la rétribution du salut n'y fait aucun doute. Ceci est d'autant plus vrai dans le contexte du VIH/SIDA : le kinois croit que le méchant est puni et le juste récompensé. Mais il ne faut pas perdre de vue que pour le kinois, le mal c'est aussi rater sa vie à cause des autres. Si le châtement est étroitement lié au mal commis, que dire alors du mal subi, compris ici vulgairement comme le fait de rater sa vie à cause des autres ? Pour l'ontologie africaine, il existe une interaction d'être à être ou de force à force. Une force créée peut influencer une autre. En ce sens, une force créée renforcera ou diminuera une autre force créée. La *force vitale* peut donc diminuer à cause de l'interaction d'une autre force. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre le kinois lorsqu'il affirme que le mal signifie *rater sa vie à cause des autres*. Ceci pose l'épineuse question de la souffrance de l'innocent. Ici, nous soulevons simplement la complexité de la question pour ne pas y entrer en profondeur.

En tant que force, comment l'homme peut-il contribuer à la réussite de sa vie ? La réponse à cette question va dans deux directions : une *positive* et l'autre *négative*. En se basant sur la connotation *positive*, le kinois pense qu'il faut faire la paix avec soi-même, avec Dieu et

⁴³⁷ Cf. ID., *La perception du salut et de la libération à Kinshasa*, p. 30.

⁴³⁸ Cf. Richard NGU'USIM, *Le thème du salut dans la musique congolaise moderne et dans les églises de réveil*, dans *Repenser le salut chrétien dans le contexte africain*, p. 48-49.

avec les autres. Une vie réussie comprend ainsi une dimension horizontale et l'autre verticale. Pour avoir le salut intégral ou une vie réussie, le kinois doit tout mettre en œuvre pour vivre en harmonie avec Dieu, dans le respect des préceptes divins et des normes sociales. Il doit se prémunir contre les désordres sociaux. Car les nombreuses angoisses existentielles proviennent souvent de la transgression des tabous, des interdits de toutes sortes ainsi que la violation de la loi divine⁴³⁹.

En situant le concept dans sa connotation *négative*, c'est-à-dire se libérer de ce qui empêche la réalisation d'une vie réussie, les personnes interrogées pensent qu'il faut :

- Se convertir (35,8%) ;
- Prier plus intensément (31,4%) ;
- Examiner le mal et en déceler les racines (13,7%) ;
- Être prêt à donner sa vie pour lutter contre les injustices (9,6%) ;
- Mieux organiser la société (9,3%).

En résumé, le kinois perçoit le salut dans une double dimension : une *positive* et l'autre *négative*. Positivement, le salut est conçu comme vie réussie. L'homme est fondamentalement un être fait pour une vie réussie. C'est lorsque cette dimension positive est en danger que le salut prend une connotation *négative* de libération. C'est le Christ qui donne le salut, qu'il s'agisse d'une vie réussie ou d'une libération. Demeurer en lui conduit à la croissance de la *force vitale*. Lorsque la vie est menacée, c'est encore lui qui vient au secours de l'homme. Ce salut a un double horizon : terrestre et eschatologique.

La *sotériologie populaire* qui se dégage de ces enquêtes menées et publiées par Léon De Sain Moulin est certes nécessaire pour comprendre le sens que le kinois ordinaire donne au concept de salut. Elle cependant pas suffisante pour fonder le corpus théologique de notre étude sur les bases solides. Elle doit être complétée par la *sotériologie savante*.

6.2. Bernard Sesboué

De Bernard Sesboué, nous retenons l'idée du salut comme plénitude de vie, mais aussi comme libération et rédemption. C'est autour de ces trois thèmes majeurs que gravitera la présente réflexion.

⁴³⁹ Cf. Gaston MWENE, *Salut dans l'univers de représentations symboliques des sociétés lignagères africaines*, dans *Repenser le salut chrétien en contexte africain*, p. 91.

6.2.1. Salut comme plénitude de vie

Le salut est avant tout une entrée dans une communauté pleine de vie avec Dieu et avec les hommes, estime Bernard Sesboüé. Pour adopter un langage accessible et compréhensible par tous, l'auteur se sert du concept de bonheur pour traduire cette dimension *positive* du concept de salut⁴⁴⁰. Selon lui, le bonheur est à la fois une question humaine et chrétienne.

Comme question humaine, le bonheur a une dimension anthropologique. Tout homme, quel qu'il soit, aspire à une vie heureuse. Cette aspiration est en même temps une quête de salut, peu importe la façon de le nommer. Humanistes athées, philosophes de la révolte, marxistes, chrétiens, la liste n'est pas exhaustive. Tous veulent promouvoir une vie heureuse. En ce sens, le bonheur est le but ultime de l'existence humaine. Il est le bien souverain de l'homme. Ce qui laisse dire l'auteur que « le bonheur, c'est la vie, c'est aussi la qualité de la vie. La visée du bonheur c'est de vivre pleinement, de vivre toujours, dans la satisfaction des besoins essentiels, dans la communion de l'amour et de la famille, dans l'accomplissement de tâches créatrices »⁴⁴¹. Et « vivre pleinement, c'est vivre dans la liberté et dans l'amour, c'est pouvoir réaliser ses désirs les plus profonds (...). Pour tout homme la question du salut est bien celle de la réussite définitive de sa vie »⁴⁴².

Dès lors, estime l'auteur, toute annonce du salut doit être capable de donner sens, valeur et réussite à la vie concrète de l'homme et de lui apporter une première réconciliation avec le monde, les autres, lui-même et Dieu, sinon elle devient un *opium du peuple*. Cette dimension terrestre du salut ne signifie pas la rétribution temporelle et immédiate. Loin s'en faut. Il ne faudrait pas non plus situer le bonheur dans la seule vie après la mort. Pour surmonter ce danger, Bernard Sesboüé inscrit le bonheur dans l'ordre du désir. D'après lui, en effet, si l'on parle tant du bonheur, c'est parce qu'on ne l'a pas. Il s'agit de quelque chose qui est de l'ordre de l'utopie, du mirage qui s'éloigne sans cesse. L'homme est donc sans cesse en quête de bonheur. Mais étant donné qu'il est un être fini, l'homme peut se tromper en empruntant une voie qui ne conduit pas au bonheur qu'il recherche pourtant. Ainsi fait-il l'expérience d'un futur sans avenir ou celle de placer sa quête du bonheur dans un bien apparent et frelaté ou dans un comportement

⁴⁴⁰ Cf. Bernard SESBOÜÉ, *Le bonheur et le salut* (www.diocesisrimouski.com/ecol/pdf/sesboue_txt.pdf, page consultée le 21 novembre 2014).

⁴⁴¹ Cf. *Ib.*

⁴⁴² Bernard SESBOÜÉ, *Jésus-Christ l'unique médiateur : essai sur la rédemption et le salut*, t. 1 : *Problématique et relecture doctrinale*, Paris, Desclée, 1988, 2^{ème} édition corrigée et mise à jour, p. 23.

incapable de le lui procurer. Cette deuxième expérience permet tout au plus d'acquérir un bonheur éphémère.

La foi chrétienne donne un éclairage à l'homme dans son cheminement vers un bonheur véritable. Ceci passe par la divinisation. Bernard Sesboüé consacre à la notion de divinisation un chapitre entier du premier volume de son célèbre ouvrage *Jésus-Christ l'unique médiateur*⁴⁴³ auquel nous nous référerons abondamment.

La notion de divinisation a une importance à la fois anthropologique et chrétienne. Anthropologiquement, écrit Bernard Sesboüé, « il est légitime de dire que la relation de l'homme à l'absolu appartient à la définition même de l'homme et marque son existence d'une dimension incontestable »⁴⁴⁴. En d'autres termes, l'homme est fondamentalement tourné vers la relation avec l'absolu, peu importe la façon de le nommer. Mais quelle est la plus-value de la notion chrétienne de divinisation dans la compréhension du salut comme bonheur ou accomplissement ? La réponse de Bernard Sesboüé est simple : le don de la divinisation est pour l'être humain la seule possibilité de s'accomplir pleinement comme homme⁴⁴⁵. La réponse chrétienne permet de dire que l'accomplissement n'est pas le fruit du seul effort humain, mais un don de Dieu à l'homme. Car en tant qu'être fini, l'homme ne peut pas atteindre le vrai bonheur par son seul effort personnel.

Dès la création, Dieu a voulu l'homme à son image et à sa ressemblance, imprimant ainsi en lui une vocation à devenir son partenaire. Dans les évangiles, le don de divinisation est offert au travers d'une filiation adoptive de l'homme à Dieu, par le Christ. Au sens propre du terme, l'idée d'adoption évoque la greffe d'un enfant étranger dans un nouveau milieu familial qui lui communique tout ce qui fait sa vie. En ce sens, l'enfant adopté fait l'expérience d'une nouvelle naissance. Par analogie, la divinisation par le biais de l'adoption fait de l'homme un fils de Dieu et frère du Christ. Il devient le Temple habité par l'Esprit Saint. Cette participation à la vie divine permet à l'homme d'atteindre le vrai bonheur, de s'accomplir pleinement.

La divinisation est aussi l'expression de la solidarité de Dieu avec l'homme. Par l'incarnation, le salut revêt le sens de la divinisation de l'homme grâce au don du Saint Esprit. La divinisation n'est donc pas un effort personnel de l'homme qui cherche à rejoindre son origine divine par une série de purification. Il s'agit plutôt d'un don ou mieux d'une

⁴⁴³ Cf. *Ib.*, p. 199-224.

⁴⁴⁴ *Ib.*, p. 199-200.

⁴⁴⁵ Cf. *ID.*, *Le bonheur et le salut*.

communication de la vie divine que Dieu lui-même fait à l'homme. Par la divinisation, l'homme peut, bien que créature, devenir Dieu par participation, c'est-à-dire en recevant, pour une part et par prérogative de la vie divine : liberté, sainteté, justice, amour, immortalité et incorruptibilité⁴⁴⁶.

La divinisation est une action trinitaire. C'est par le Fils et dans l'Esprit Saint que le Père communique à l'homme sa propre vie. Et pour que ce don fait à l'homme ne soit pas une fausse apparence, il faut que le Fils et l'Esprit soient Dieu au sens fort et éternel de ce mot. Il faut aussi que la Trinité, telle qu'elle s'est révélée à l'humanité dans l'histoire du salut, et la Trinité, telle qu'elle est éternellement en elle-même, ne soient qu'une seule et même Trinité. Il faut que Dieu se soit révélé à l'homme tel qu'il est, et soit en lui-même tel qu'il apparaît à l'homme, afin que celui qui voit le Fils voit le Père. Pour le dire autrement, il faut que les rapports *économiques* des personnes divines agissant en commun pour le salut de l'homme, révèlent les rapports éternels qui les unissent entre elles, indépendamment de l'homme. Pour ce faire, la mission du Fils et de l'Esprit doivent révéler leurs processions à l'intérieur de la Trinité. Dès lors, la réalité de l'échange salutaire entre Dieu et l'homme effectuée par le Christ dans l'Esprit, suppose la réalité de l'échange trinitaire entre le Père, le Fils et l'Esprit, dont le Fils est comme le moyen terme⁴⁴⁷.

Par ailleurs, Bernard Sesboué a la pleine conscience que, dans un contexte traditionnellement religieux, le thème de la divinisation est éminemment porteur de sens. Ce contexte n'est plus le même en Occident. Quelle peut être alors la pertinence du concept de divinisation dans un contexte où Dieu est de plus en plus exilé des relations publiques et même privées ? Dans un contexte de sécularisation, la divinisation apparaît comme une aliénation de l'homme et une injure à sa propre dignité. Ce concept y est devenu obsolète au point d'être supplanté par celui d'humanisation.

Pour Bernard Sesboué, même dans un contexte de sécularisation, le concept de divinisation devrait garder sa pertinence. L'homme est fondamentalement tourné vers l'absolu. Dans la perspective chrétienne, cet absolu est nommé : c'est Dieu. L'homme et Dieu ne sont pas dans une posture des concurrents. La divinisation s'adresse à l'homme, tout en respectant sa consistance et sa dignité. Elle lui permet de devenir fils de Dieu par adoption. Ceci se fait par un don souverainement respectueux de ce qu'est l'homme. Les deux se complètent et

⁴⁴⁶ Cf. *Ib.*, p. 204.

⁴⁴⁷ Cf. *Ib.*, p. 207.

doivent s'articuler harmonieusement. De ce point de vue, penser que l'homme n'a pas besoin d'être divinisé, mais tout simplement d'être humanisé est une erreur. Car divinisation et humanisation ne sont pas en proportions inverses, mais en proportions directes. Elles croissent et aboutissent ensemble. Plus l'homme est divinisé, plus il est humanisé, estime Bernard Sesboüé⁴⁴⁸.

Dès lors, bonheur et divinisation sont deux concepts-clé qui permettent de comprendre le salut dans son sens premier de plénitude de vie. Cette dimension *positive* du salut contient en elle-même des éléments de la dimension *négative* du salut entendu comme libération. La divinisation libère l'homme de ce qui pourrait le détourner du bonheur parfait. Appondissons à présent la perception du salut en termes de libération.

6.2.2. Salut comme libération

Comme dans la première dimension du salut que nous venons de parcourir, Bernard Sesboüé affirme que même dans la perspective de libération, l'homme a besoin de salut. L'auteur soutient son argument à partir d'une métaphore très simple que nous nous permettons de reprendre brièvement avant de poursuivre avec des arguments beaucoup plus théologiques :

« Les *boat people* qui errent dans de trop frêles embarcations à la merci des tempêtes et des pirates n'ont pas besoin de grands discours pour comprendre ce que peut être leur salut. Si le commandant d'un navire capable de les prendre à bord, de les ravitailler et de les conduire sur une terre d'accueil leur crie : "Je vais vous tirer de là. Montez ! ", il leur lance la bonne nouvelle d'un salut dont l'évidence ne se discute pas. Quand ces hommes et ces femmes lui exprimeront leur reconnaissance, ils lui diront sans doute : "vous êtes notre sauveur ! Sans vous nous étions morts, nous vous devons la vie" »⁴⁴⁹.

Une autre métaphore s'inscrit dans une perspective médicale :

« De celui qui vient d'une grave opération, on dit volontiers qu'il est sauvé ou même "ressuscité". Le convalescent appellera volontiers le médecin son sauveur »⁴⁵⁰.

Ces deux cas de figures annoncent les couleurs du salut compris comme libération. Tout homme en danger a besoin d'être libéré, il a besoin de sauver sa vie. Ceci fait partie de l'anthropologie générale.

⁴⁴⁸ Cf. *Ib.*, p. 221.

⁴⁴⁹ *Ib.*, p. 14.

⁴⁵⁰ *Ib.*, p. 16.

Dans l'anthropologie biblique, l'auteur relève deux situations humaines qu'il considère comme détresse fondamentale : la maladie et la servitude⁴⁵¹. La maladie s'oppose au bien élémentaire de la santé. Elle est signe avant-coureur de la mort et met en jeu l'existence humaine. Pour reprendre les propres mots de l'auteur, la maladie « est le signe de notre "être pour la mort", c'est-à-dire d'une finitude à la fois inéluctable et inacceptable, en même temps qu'elle fait chavirer notre rapport au monde et à nous-même dans la souffrance physique et morale. Au contraire le salut, c'est la santé (...), c'est la vie »⁴⁵². Le malade qui va à l'hôpital sollicite le concours du médecin pour que soit écarté le danger qu'il encoure. De même, le croyant crie vers Dieu pour obtenir la guérison, signe de libération de la mort qui le guette⁴⁵³. Les psaumes sont pleins de cris de détresse qui appellent Dieu à venir en aide pour recouvrer la santé. Dans les évangiles, Jésus guérit les malades en signe de salut. Santé et guérison deviennent ainsi des signes efficaces du salut et de l'entrée dans le Royaume de Dieu.

La servitude, quant à elle, menace la liberté humaine. Elle est issue du rapport de l'homme à l'homme. Le prisonnier de guerre, le déporté et les esclaves en sont une illustration éloquente dans la Bible. Les personnes rentrant dans ces deux catégories étaient privées de leur liberté et menaient une existence inférieure aux autres hommes. Elles rêvaient de libération. L'homme peut aussi être esclave du péché. Dans un cas, comme dans un autre, le besoin de libération est bien au rendez-vous. Le salut prend alors le sens de libération.

Bien que le concept de libération soit prégnant dans l'Ancien Testament, surtout dans le Livre de l'Exode, il y demeure étroitement lié à la réalité civile ou affranchi par rapport à celle de l'esclave. Dans le Nouveau Testament, Jésus se présente comme un homme libre. Il l'est vis-à-vis des autorités politiques et religieuses, comme il est libre vis-à-vis des hommes et des événements. Il exprime également sa liberté à l'égard du démon. Vis-à-vis de son Père, il jouit d'une liberté aimante et filiale qui se traduit en termes d'obéissance. Il est aussi libre dans la passion qu'il assume dans le cadre de sa mission. Jésus invite l'homme à la liberté. La vocation de l'homme, c'est d'être libre comme lui. Lors de sa vie terrestre, Jésus libère l'homme par l'annonce d'un Évangile adressé aux pauvres et aux captifs, aux aveugles et aux opprimés. Les miracles de guérisons qu'il opère libèrent le malade de la mort qui le guette et lui redonne

⁴⁵¹ Cf. Bernard SESBOÛÉ, *Salut*, dans *Dictionnaire de spiritualité : ascétique et mystique, doctrine et histoire*, Paris, Beauchesne, 1990, p. 252-253 ; ID., *Jésus-Christ l'unique médiateur : essai sur la rédemption et le salut*, t. 1 : *Problématique et relecture doctrinale*, p. 16-17.

⁴⁵² ID., *Salut*, dans *Dictionnaire de spiritualité : ascétique et mystique, doctrine et histoire*, p.252 ; ID., *Jésus-Christ l'unique médiateur : essai sur la rédemption et le salut*, t. 1 : *Problématique et relecture doctrinale*, p. 16.

⁴⁵³ Dans une autre étude, nous avons développé ce lien entre santé et salut (cf. François Yumba, « Docteur, sauve-moi » : *santé et salut en dialogue*, dans *Lumen vitae*, 3 (2012), p. 323-330.

la liberté de s'émouvoir. La transformation du cœur et la conversion auxquelles il invite ses interlocuteurs sont aussi des signes de libération du mal⁴⁵⁴.

Pour Bernard Sesboüé, « si la liberté de l'homme est radicalement guérie et libérée par l'entrée croyante et baptismale dans le mystère du Christ, le comportement des chrétiens dans la cité doit en manifester quelque chose. Non qu'une société parfaite soit ici-bas possible, puisque le combat du salut continue et que la pleine manifestation de la réconciliation de toutes choses en Christ ne peut être qu'eschatologique. Il appartient pourtant au salut chrétien que des signes visibles en soient concrètement posés »⁴⁵⁵. Ainsi, il appartient au salut apporté par le Christ de guérir et de libérer non seulement la liberté intérieure, mais aussi le témoignage d'une vie éclairée par la divinisation.

Le concept de libération conduit donc à l'anthropologie fondamentale. Il rappelle que l'homme qui est fondamentalement *liberté* est confronté aux entraves et qu'il a besoin d'une libération radicale. Le concept de libération est très proche de celui de rédemption.

6.2.3. Salut comme rédemption

Entre libération et rédemption, il y a une simple nuance et aussi une grande différence, souligne Bernard Sesboüé. Simple nuance dans la mesure où, les deux concepts renvoient à une situation analogue et expriment au fond la même réalité d'être sauvé d'un risque où la vie est en péril. Une grande différence, car la connotation sémantique en est tout autre. Le concept de rédemption fait davantage écho à l'état de servitude antérieure ainsi qu'au caractère onéreux de la délivrance. Le concept de libération, quant à lui, se réfère à un avenir plein d'espérance pour lequel une situation toute nouvelle a été créée⁴⁵⁶. Alors que le thème de la libération met en exergue les exorcismes et les miracles de guérison opérés par Jésus, celui de la rédemption souligne le salut offert par le Christ mort et ressuscité⁴⁵⁷. En d'autres termes, la libération met en lumière le ministère du Christ, tandis que la rédemption insiste sur la dimension sacrificielle du salut apporté par le Christ. Nous avons déjà vu en quoi consiste le salut entendu comme libération. Il convient à présent de découvrir la perception du salut comme rédemption.

⁴⁵⁴ Cf. Bernard SESBOÜÉ, *Jésus-Christ l'unique médiateur : essai sur la rédemption et le salut*, t. 1 : *Problématique et relecture doctrinale*, p. 177.

⁴⁵⁵ *Ib.*, p.188.

⁴⁵⁶ Cf. Bernard SESBOÜÉ, *Salut*, dans *Dictionnaire de spiritualité : ascétique et mystique, doctrine et histoire*, p. 267 ; ID., *Jésus-Christ l'unique médiateur : essai sur la rédemption et le salut*, t. 1 : *Problématique et relecture doctrinale*, p. 175.

⁴⁵⁷ Cf. ID., *Jésus-Christ l'unique médiateur : essai sur la rédemption et le salut*, t. 2 : *Les récits du salut : proposition de sotériologie narrative*, Paris, Desclée, 1991, p. 154-249.

Bernard Sesboüé a consacré un chapitre entier au thème de la rédemption⁴⁵⁸. Que faut-il entendre par ce concept et quelle est sa portée théologique susceptible d'éclairer notre recherche sur l'articulation santé-souffrance-salut en milieu hospitalier ?

Le dogme de la rédemption met en lumière le combat onéreux et victorieux remporté par le Christ sur toutes les puissances du mal, du péché et de la mort. Cette victoire a été onéreuse, elle lui a coûté la vie. Au sens premier du terme, le concept de rédemption relève du vocabulaire commercial de l'achat ou du rachat, de l'acquisition ou de la délivrance. Le terme s'applique surtout dans le cas de l'affranchissement d'un esclave mis en vente et acheté par un bienfaiteur pour le rendre la liberté.

Appliqué au salut, le concept de rédemption est à comprendre comme une métaphore. Il ne faut donc pas chercher à lui attribuer toutes les règles de la transaction commerciale. Il faut plutôt avoir présent à l'esprit son statut métaphorique. Dans l'Ancien Testament, la grande référence à ce terme reste la libération du peuple d'Israël de la servitude égyptienne. Cette libération est à la fois un acte de rachat et de délivrance, car il est l'acquisition d'un peuple que Dieu fera sien par l'Alliance donnée au Sinaï. Le geste de Dieu est plus qu'un simple achat, mais un rachat et une délivrance. Car il met en relief le caractère onéreux d'une délivrance. Dieu délivre son peuple de l'emprise de celui qui le rendait esclave, et le reprend avec lui. Dans l'agir de Dieu, rachat et délivrance se répondent en écho. Ils sont les deux harmoniques du terme de la rédemption⁴⁵⁹. Dieu se révèle ainsi comme rédempteur et sauveur.

Dans le nouveau Testament, le concept de rédemption est tributaire de la conception de l'Ancien testament. Jésus se révèle à la fois comme sauveur et rédempteur. Il a mené un combat onéreux et victorieux pour sauver l'humanité. Mais de quoi l'homme est-il délivré? Quel a été le prix ? À qui la rançon a-t-elle été payée ? En quoi voit-on cette délivrance ? Telles sont les questions récurrentes lorsqu'il s'agit de penser le salut en termes de rédemption. Bernard Sesboüé tente d'y répondre.

Pour l'auteur, la rédemption suppose avant tout une servitude. Celle-ci est le péché qui détenait l'homme en captivité. Le péché est une Puissance qui est à l'œuvre dans le monde et qui exerce une tyrannie sur l'homme. Derrière cette Puissance, il y a l'adversaire, le prince de ce monde. Il y a aussi la mort éternelle, conséquence du péché, symbolisée par la mort

⁴⁵⁸ Cf. ID., *Jésus-Christ l'unique médiateur : essai sur la rédemption et le salut*, t. 1 : *Problématique et relecture doctrinale*, p. 145-174

⁴⁵⁹ Cf. *Ib.*, p. 147-148.

corporelle. Par le mystère de la rédemption, le Christ délivre l'homme de la tyrannie de la force du mal et de la mort qui le retiennent en captivité⁴⁶⁰. En somme, Jésus délivre l'homme de la force obscure du mal⁴⁶¹. Quel est alors le prix ou la rançon que Jésus a payée pour racheter l'homme ?

Bernard Sesboué rappelle que toute réponse à cette question doit tenir compte du caractère métaphorique du concept de rédemption. Cette métaphore véhicule une vérité transcendante par rapport aux transactions commerciales et à des négociations pour une libération d'otages. Une métaphore, estime, ne doit jamais être filée jusqu'au bout, car elle reste métaphore. Ce qu'il faut plutôt rechercher dans la métaphore de la rédemption, c'est cette vérité transcendante. À la lumière des Écritures, Bernard Sesboué affirme sans ambages que le prix que le Christ a payé pour racheter l'homme, c'est son propre sang. Ce sang du Christ a un sens sacrificiel, par métaphore avec les sacrifices de l'ancienne alliance. Cependant, contrairement à l'ancienne Loi, le sang du Christ n'a pas été répandu lors d'un sacrifice cultuel, mais dans un acte sacrificiel existentiel. C'est lui-même qui donne sa vie pour racheter l'homme. Jésus a donc donné sa vie en rançon. Cette rançon traduit la générosité d'un amour qui ne ménage aucun effort pour sauver l'humanité. Comme l'homme lui tient à cœur, Jésus donne le prix le plus cher qui puisse être pensé. C'est le don de soi de Jésus en faveur l'humanité⁴⁶².

La logique de la rançon prévoit qu'un prix soit versé en contrepartie pour que soit libéré l'otage. À qui le prix payé par le Christ a-t-il été versé ? Les textes du Nouveau Testament y sont restés muets. À ce propos, Bernard Sesboué rappelle qu'il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit là d'une simple métaphore. En vérité, il n'y pas eu de rançon à verser à quelqu'un au sens objectif du terme. Il ne s'agit ni d'une transaction commerciale, ni d'une négociation politique, mais d'une réalité transcendante. Le prix n'a été versé ni au démon, ni à Dieu le Père⁴⁶³. Mais pourquoi le salut de l'homme passe-t-il par la mort sanglante de Jésus ?

Selon Bernard Sesboué, le salut de l'homme passe par la mort sanglante de Jésus parce que le péché qui habite l'homme est force de mort. Il fallait donc vaincre la mort en lui arrachant son aiguillon. La résurrection du Christ est le signe par excellence de cette victoire sur la mort.

⁴⁶⁰ Cf. *Ib.*, p. 150-151.

⁴⁶¹ Cf. Bernard SESBOÜÉ, *Jésus-Christ l'unique médiateur : essai sur la rédemption et le salut*, t. 2 : *Les récits du salut : proposition de sotériologie narrative*, p. 162.

⁴⁶² Cf. ID., *Jésus-Christ l'unique médiateur : essai sur la rédemption et le salut*, t. 1 : *Problématique et relecture doctrinale*, p. 151-153.

⁴⁶³ Cf. Bernard SESBOÜÉ, *Salut*, dans *Dictionnaire de spiritualité : ascétique et mystique, doctrine et histoire*, p. 256 ; ID., *Jésus-Christ l'unique médiateur : essai sur la rédemption et le salut*, t. 1 : *Problématique et relecture doctrinale*, p. 152-153.

Mais Jésus n'a pas supprimé la mort physique. Ce qu'il a vaincu, c'est la mort en ce qu'elle a de plus redoutable. Jésus a détruit le mal en ce qui faisait sa force. L'acte par lequel Jésus a donné son sang en mourant sur une croix est celui par lequel il libère l'homme de la mort et du péché. Dans l'acte de la croix, Jésus a changé une œuvre de mort en œuvre de vie. Par ce geste, l'amour absolu du Christ rencontre la contradiction absolue du Prince de ce monde et lui manifeste sa toute-puissance. Ce combat victorieux et onéreux est à la fois une délivrance et une acquisition⁴⁶⁴.

Désormais, la croix, instrument de supplice affreux et dégradant subit une transformation. Devenue inséparable de Jésus-lui-même, elle fait corps avec lui. Dorénavant, le bois de la mort est devenu l'arbre de vie. L'outil de dégradation est devenu le lieu de manifestation de la gloire. Jésus défiguré sur la croix est plus transfiguré que sur la montagne sainte. Sur le visage de Jésus crucifié se rencontrent la tendresse de Dieu et la violence du péché. La violence est absorbée dans la tendresse. La mort, miroir du péché devient le symbole d'un amour plus fort que la mort. Le signe de condamnation devient celui de la grâce et du pardon. La croix, symbole de la faiblesse devient celui de la force toute-puissante en laquelle la violence est anéantie⁴⁶⁵.

Par la croix, pense Bernard Sesboué, le Christ réconcilie les hommes avec Dieu et les hommes entre eux. Par elle passe la circulation de vie qui renaît entre Dieu et les hommes et entre les hommes ennemis des hommes. Le corps du Christ en croix est à la fois lettre et esprit, il est le corps du salut. En lui s'accomplit le passage de la médiation définitive et irréversible pour le salut de l'humanité. La victoire de Jésus sur la mort révèle la vérité de Dieu et la vérité de l'homme. Le Père aime l'homme jusqu'à livrer son Fils. Le Fils aime l'homme jusqu'à l'extrême dans son obéissance filiale au Père. La croix révèle aussi la vérité de l'Esprit comme union d'échange entre le Père et le Fils au cours de la passion, avant de devenir son don commun aux hommes. Elle révèle également ce Dieu tout entier tourné vers l'homme dans un mouvement de don et de grâce. L'homme est non seulement libéré du péché, mais il est aussi vainqueur du péché pour les autres hommes. Le sang du Christ accomplit le dessein de Dieu, non pas en exigeant la mort de l'innocent pour satisfaire une justice offensée, mais en tournant en bien le mal que les hommes ont voulu faire à Jésus. Ce sang révèle la solidarité de la vérité

⁴⁶⁴ Cf. ID., *Jésus-Christ l'unique médiateur : essai sur la rédemption et le salut*, t. 1 : *Problématique et relecture doctrinale*, p. 173

⁴⁶⁵ Cf. ID., *Jésus-Christ l'unique médiateur : essai sur la rédemption et le salut*, t. 2, *Les récits du salut : proposition de sotériologie narrative*, p. 235.

et de l'amour. Il donne à l'homme de communier à la vie de Dieu. Il convertit celui qui regarde avec foi le Christ en croix. La croix, communion totale de Jésus à la vie de l'homme, convertit son intelligence comme son cœur et sa volonté⁴⁶⁶.

Par ailleurs, souligne Bernard Sesboüé, la croix ne peut être comprise sans une référence à la résurrection. Celle-ci est un acte de salut, car elle est la victoire sur le péché et sur la mort, elle est don de la vie plénière et définitive. La croix et la résurrection ne sont salvifiques que l'une dans l'autre et l'une par l'autre⁴⁶⁷.

Si la croix et la résurrection du Christ convertissent l'intelligence et la volonté de l'homme, il reste à savoir quels sont les signes concrets qui l'attestent dans le monde. Mais, en quoi peut-on vraiment dire que Jésus a vaincu toutes les forces du mal, de la violence, de l'injustice, de la souffrance et de la mort. Car le monde continue comme si rien ne s'était passé, le mal semble toujours triompher et avoir le dernier mot, l'homme fait toujours l'expérience du péché, s'exclame Bernard Sesboüé. Notre auteur pense que ces vicissitudes rappellent que le mystère du Christ n'est pas achevé. Certes, la mort et la résurrection du Christ sont les signes de la victoire sur le mal, mais cette victoire ne sera totale que lors de la récapitulation de toutes choses dans le Christ et de la résurrection totale⁴⁶⁸.

Les thèmes majeurs de la pensée de Bernard Sesboüé que nous venons de parcourir nous ont suffisamment éclairé sur le double sens du salut chrétien. Plénitude de vie, bonheur, divinisation, libération, rédemption, sont là des concepts qui traduisent une même réalité : le salut à la fois présent et à venir.

Pour creuser davantage le mystère du salut, clé de lecture de notre étude, tournons-nous à présent vers la pensée d'Adolphe Gesché.

6.3. Adolphe Gesché

D'Adolphe Gesché, nous retenons le principe de *salutarité* et l'idée du salut exprimé en termes de destinée et de libération. Le principe de *salutarité* rappelle à la théologie son utilité sociale et sa finalité du salut. Par ce principe, le théologien est invité à rencontrer l'homme dans sa quête de sens, en visitant à nouveaux frais les sources chrétiennes. Compris en termes de destinée ou d'accomplissement, le concept de salut permet de distinguer la théologie des autres

⁴⁶⁶ Cf. *Ib.*, p. 235-236.

⁴⁶⁷ Cf. *Ib.*, p. 237.

⁴⁶⁸ Cf. Bernard SESBOÜÉ, *Jésus-Christ l'unique médiateur : essai sur la rédemption et le salut*, t. 1 : *Problématique et relecture doctrinale*, p. 174.

sciences. Car il s'agit d'une réalité qui se joue devant Dieu, réalité qu'aucune autre discipline scientifique ne peut prétendre avoir pour objet⁴⁶⁹.

Salutarité et destinée se tiennent et se répondent en écho. Tout le monde a besoin du salut, quelle que soit la façon de le nommer. Comment alors la théologie pratique peut-elle être une bonne nouvelle du salut pour une personne aux prises avec la souffrance causée par le VIH/SIDA et qui voit sa santé se dégrader de jour en jour ? C'est le mandat social de la théologie pratique et le salut en Jésus-Christ qui sont ici mis en jeu.

Pour répondre à cette question, il nous faut avant tout comprendre la pensée d'Adolphe Gesché sur le salut exprimé en termes de destinée et de libération. Le principe de *salutarité* sera abordé à l'intérieur de ces deux modalités du salut.

6.3.1. Salut comme destinée

Avant toute chose, il convient de rappeler trois remarques formulées par l'auteur à propos de cette notion et ce, pour comprendre le salut en termes de destinée.

6.3.1.1. Remarques préliminaires

Dans une société de plus en plus sécularisée, l'auteur formule trois remarques importantes au sujet de la notion du salut dans une société sécularisée. Si la première explique un paradoxe et la deuxième étant une question sémantique ; la troisième, elle, est d'ordre épistémologique.

D'abord un paradoxe. Adolphe Gesché constate que dans un contexte marqué par la sécularisation, l'homme entend de plus en plus prendre seul son destin en main. Dans une pareille situation où l'homme pense devoir renoncer à l'illusion naïve d'un au-delà, le mot salut est relégué en seconde zone, devenant ainsi un vocabulaire qui a perdu de l'audience et qui paraît le plus éloigné d'une signification pertinente. En d'autres termes, le concept de salut est devenu obsolète. Les chrétiens eux-mêmes se montrent de plus en plus réticents vis-à-vis de ce mot qui est pourtant un des thèmes centraux de leur religion⁴⁷⁰.

Un paradoxe se fait pourtant sentir, estime l'auteur. Alors que les chrétiens sont mal à l'aise avec le concept de salut, des penseurs non chrétiens par contre s'en approprient en le visitant avec insistance. Des philosophes comme Hannah Arendt, Max Horkheimer et Theodor Adorno,

⁴⁶⁹ Cf. Adolphe GESCHÉ, *Pensées pour penser*, t. 1 : *Le mal et la lumière*, Paris, Cerf, 2003, p. 123-129. Sur le principe de *salutarité* chez Adolphe Gesché, on lira avec fruit Benoît BOURGINE, Paulo RODRIGUES et Paul SCOLAS (éd.), *La margelle du puits : Adolph Gesché, une introduction*, Paris, Cerf, 2013, p. 143-149.

⁴⁷⁰ Cf. Adolphe GESCHÉ, *Dieu pour penser*, t. 5 : *La destinée*, p. 9-10.

bien connus pour leur esprit critique, l'emploient sans gêne, explicite Adolphe Gesché. Cette reprise de l'idée de salut par des auteurs non chrétiens n'est-elle pas une interpellation à l'endroit de la théologie qui semble placer dans les oubliettes une notion aussi importante que celle du salut ⁴⁷¹ ? Comment alors comprendre ce paradoxe de rejet et d'engouement ? Que se cache-t-il derrière cette idée de salut rejetée par les uns mais récupérée par d'autres ?

Pour Adolphe Gesché, c'est l'idée de la destinée comme réalité ontologique qui se cache derrière la notion de salut. En d'autres termes, le concept de destinée est le mot clé qui exprime tout ce qui est en jeu dans l'idée de salut⁴⁷². L'auteur tente de surmonter ce paradoxe grâce à l'idée du *souçon*, en établissant une distinction entre le bon et le mauvais usage du *souçon*⁴⁷³. Le premier s'inscrit dans la droite ligne du doute méthodique de Descartes, tandis que le second plonge dans un sommeil dogmatique. Le doute cartésien cherche à découvrir la vérité et à l'assurer contre ce qui pourrait y porter ombrage. Ce doute porte sur les apparences qui pourraient tromper l'homme sur la réalité, sans pour autant mettre *a priori* en cause cette même réalité. Il porte également sur toute œuvre de pensée qui s'acheminerait à tromper l'homme dans sa quête de vérité. Vu sous l'angle cartésien, le *souçon* a sa place et peut conduire à la vérité. Le bon usage du *souçon* est donc celui de revisiter le sens des mots pour voir dans quelle mesure ils parlent encore à l'homme d'aujourd'hui. Pareil *souçon* répond au principe de *salutarité*. Par contre, le mauvais usage du *souçon* consiste à passer sous silence des mots et des réalités qui refont surface comme dimensions profondes de l'existence humaine. Il est dorénavant légitime de douter de la pertinence du concept de salut dans un contexte de sécularisation. Mais cela ne doit pas dispenser le théologien de réfléchir pour redécouvrir la quintessence de ce mot qui semble désormais le quitter en même temps qu'il refait surface.

Le paradoxe réside aussi dans l'idée même du salut. Ce mot évoque ce qu'il y a de plus désirable pour l'homme : la destinée, le bonheur, la vie réussie, etc. En même temps, il provoque un malaise, celui de savoir si l'homme est frappé d'une déchéance ou d'une malédiction pour qu'il cherche à tout prix la délivrance. L'homme est-il un être perdu qui ne peut rien attendre que d'un salut ? Adolphe Gesché estime que c'est peut-être du fait que la tradition chrétienne a trop rattaché salut et péché qu'il y a réticence et malaise⁴⁷⁴.

⁴⁷¹ Cf. *Ib.*, p. 9-12.

⁴⁷² Cf. *Ib.*, p. 12-13.

⁴⁷³ Cf. *Ib.*, p. 17-18.

⁴⁷⁴ Cf. *Ib.*, p. 29-30.

La deuxième remarque est d'ordre épistémologique. Par le fait qu'elle s'occupe de la destinée, théologie se distingue des autres disciplines scientifiques. Adolphe Gesché pense que la science est préoccupée par le souci d'un savoir sur le monde ; la philosophie s'applique à comprendre le réel, afin d'en saisir le sens ; la théologie et la foi sont soucieuses de la destinée, c'est-à-dire du sort de l'homme, de son destin. L'idée de la destinée fait alors passer la question du sens de l'ordre noétique à l'ordre existentiel⁴⁷⁵.

D'ordre sémantique, la troisième et dernière remarque est sous-tendue par la question suivante : qu'est-ce que le salut ? Comme dit ci-haut, Adolphe Gesché voit dans ce concept l'idée de la destinée. C'est la connotation *positive* du concept. L'homme est un être pour le bonheur⁴⁷⁶. Selon le théologien louvaniste, le mot salut est, dans sa configuration théologique, proche du mot bonheur. Celui-ci s'inscrit dans la ligne de la destinée. Le salut intégral est significatif lorsqu'il est associé à l'idée de bonheur⁴⁷⁷.

Ces trois remarques préliminaires éclairent notre réflexion sur l'articulation santé-souffrance-salut. Ce qui est en jeu dans cette articulation, c'est justement le mandat social de la théologie et sa finalité du salut. Cette mission est plus qu'urgente lorsqu'il s'agit d'élaborer une théologie pratique articulant le vécu de l'homme contemporain et la bonne nouvelle du salut en Jésus-Christ. Puisque le patient séropositif est préoccupé par l'idée d'accomplissement, celle du salut est, comme nous le verrons au septième chapitre, l'une des clés qui permettent de définir la spécificité de l'accompagnement spirituel en milieu hospitalier catholique.

6.3.1.2. Salut comme accomplissement

Penser le salut, en termes de destinée, revêt avant tout une connotation *positive*, celle d'accomplissement. La destinée en effet, est cette vie heureuse, celle que tout homme recherche de tout son cœur. Personne au monde ne veut rater sa vie. Ce désir est inscrit dans le tréfonds de l'être dès la création. En d'autres termes, la destinée fait partie intégrante de l'homme. Nous avons vu, au cinquième chapitre, la vision anthropologique qui oriente la théologie chrétienne contemporaine. Nous voulons à présent revenir sur cette vision, à partir de la pensée d'Adolphe Gesché.

⁴⁷⁵ Cf. *Ib.*, p. 12-13.

⁴⁷⁶ Sur cette notion, on se rapportera à Adolphe GESCHÉ, *Dieu pour penser*, t. 2 : *L'homme*, Paris, Cerf, 1993, p. 129-154.

⁴⁷⁷ Cf. Adolphe GESCHÉ, *Dieu pour penser*, t. 2 : *L'homme*, p. 141.

D'après Adolphe Gesché, l'homme est fondamentalement un être appelé à s'accomplir selon une double modalité de la destinée : la *destinée anthropologique* et la *destinée théologique*. L'auteur trouve l'expression de cette anthropologie dans la représentation de deux arbres du récit de la création : arbre de la connaissance du bien et du mal, d'une part et l'arbre de vie, d'autre part (cf. Gn 2, 9). Au deux se rattachent deux modalités de vie : la vie *bio-logique* et la vie *zôè-logique*. La vie *bio-logique* se rapporte à la *destinée anthropologique*, tandis que la vie *zôè-logique* se réfère à la *destinée théologique*. Explicitons cette pensée de l'auteur.

Selon le théologien louvaniste, l'arbre de la connaissance du bien et du mal est fort beau et fort bon. Il est aussi marqué d'interdit de précaution, mettant ainsi l'homme devant un choix à opérer : la vie et le bonheur ou la mort et le malheur (cf. Dt 30, 15.19). Cet arbre renvoie à la vie terrestre, faite de connaissance intellectuelle, affective, éthique et active. Cette modalité de vie demande à l'homme de s'accomplir comme un être éthique. Elle vise une vie réconciliée de l'homme avec lui-même et avec les autres hommes. À l'arbre de la connaissance du bien et du mal est rattachée la vie terrestre que l'auteur se propose d'appeler la vie *bio-logique*. Cette vie n'est pas à comprendre dans une signification uniquement et simplement matérielle. Il s'agit plutôt de la vie humaine dans toutes ses composantes faites d'affectivité, de travail, de bonheur, de passion, d'action, de culture, de justice, d'amour, etc. Bref, la vie *bio-logique* exprime tout ce que l'homme peut être et peut faire en tant que vivant⁴⁷⁸.

Marqué d'aucun interdit de précaution, l'arbre de vie symbolise l'invitation de l'homme à entrer dans la vie de Dieu, le Vivant à jamais. C'est la vie théologique ou la vie *zôè-logique*. Alors que la vie *bio-logique* exprime le rapport réconcilié de l'homme avec lui-même et avec les autres hommes, la vie *zôè-logique*, elle, désigne l'harmonie de vie de l'homme dans son rapport avec Dieu qui est la Vie. Créé à l'image et à la ressemblance de Dieu, l'homme participe à la vie divine, en recevant de Dieu le *pneûma tou Theou* (l'esprit de Dieu). L'homme n'a donc pas que le *bios* comme tous les vivants, il a aussi le *zôè* comme composante donnée à lui et à lui seul⁴⁷⁹.

Telle que préconisée par Adolphe Gesché, l'anthropologie chrétienne permet de comprendre l'homme comme un être appelé à partager la vie humaine (*destinée anthropologique*), autant que de partager la vie divine (*destinée théologique*). Ces deux vocations ne sont pas juxtaposées, mais s'imbriquent plutôt sans confusion. Elles appartiennent l'une et

⁴⁷⁸ Cf. ID., *Dieu pour penser*, t. 5 : *La destinée*, p. 79-82.

⁴⁷⁹ Cf. *Ib.*, p. 81.

l'autre au même *ordo creationis*. L'homme est appelé à vivre ces deux vocations dès ici-bas, mais elles atteindront leur plein accomplissement dans la félicité éternelle de Dieu. Dans l'Ancien Testament, souligne Adolphe Gesché, le bonheur (accomplissement) est présenté comme bénédiction divine qui va jusque dans les domaines les plus terrestres : troupeaux nombreux, épouse féconde, progéniture, vigne abondante, etc. En ce sens, le bonheur sur terre est prémices de celui du ciel qui, lui, trouve son vrai accomplissement et sa perfection dans le partage de la félicité éternelle de Dieu⁴⁸⁰.

Il sied toutefois de signifier que l'éternité de Dieu n'est à comprendre ni comme un simple prolongement fantasmagorique de la vie terrestre, ni comme une rupture d'avec elle. Elle n'est pas non plus une intemporalité, ni une immortalité ; mais plutôt un accomplissement. Notons qu'à ce propos, les nuances de l'auteur sont d'une grande importance pour une bonne compréhension. Dire que la vie éternelle (éternité de Dieu, l'Au-delà) n'est pas un prolongement fantasmagorique de la vie terrestre ne veut pas dire qu'elle est une rupture avec cette elle. Il y a plutôt continuité et discontinuité. Continuité dans la mesure où, c'est le même homme qui a reçu le *pneûma tou Theou* dès la création, qui partage sur terre la vie humaine et la vie divine, et qui contemple dans la gloire l'éternité de Dieu. C'est dans cette perspective qu'Adolphe Gesché affirme que : « il ne faut pas croire qu'on pourrait gagner la vie éternelle sans avoir, autant que faire se peut, réalisé les devoirs de sa première vocation (...). L'au-delà ne se gagne pas dans l'ignorance, et surtout dans le mépris de cette vie »⁴⁸¹. En ce sens, poursuit Adolphe Gesché, « l'idée de l'au-delà apporte au fond un ultime sens “à la vie d'ici-bas” ». Qui consiste à faire de l'homme un être de destinée »⁴⁸². Il y a aussi discontinuité, dans la mesure où la vie de l'homme ne se joue pas seulement devant la question de l'arbre de la connaissance du bien et du mal (destinée séculière), mais aussi devant celle de l'arbre de vie (destinée divine). Par la destinée séculière, l'homme transcende l'univers ; par la destinée divine ouverte à l'éternité, il se transcende lui-même. Le caractère destinal et transcendant de l'homme se comprend en termes du don, de la gratuité de Dieu qui l'invite à partager avec lui son éternité.

L'idée de salut exprimé en termes de destinée fait de l'homme non pas un être déterminé à l'immortalité, comme dans la philosophie platonicienne, mais plutôt un être invité à l'éternité. L'immortalité n'est rien d'autre que la prolongation de la vie terrestre. L'éternité, par contre, exprime une situation toute à fait nouvelle, celle du partage de la vie de l'Éternel. Dans la

⁴⁸⁰ Cf. *Ib.*, p. 141.

⁴⁸¹ *Ib.*, p. 82.

⁴⁸² *Ib.*, p. 83.

logique de l'immortalité, après la mort, l'homme retourne dans son état antérieur, sans aucune nouveauté ni contenu nouveau. Par contre, la vie éternelle ne signifie pas un retour à la vie antérieure. En d'autres termes, l'immortalité est la continuation infinie d'une situation déjà connue, tandis que l'éternité se présente comme la proposition d'une destinée offerte à la liberté. En outre, alors que l'immortalité est tournée vers un passé à conserver et à améliorer, l'éternité, elle, est tournée vers un avenir, vers un inconnu, vers une véritable nouveauté. Par ailleurs, l'immortalité et l'éternité se distinguent l'une de l'autre dans leur rapport au temps. L'immortalité renvoie à un simple franchissement du temps, sans pour autant s'inscrire dans l'histoire du temps. L'éternité, en revanche, se veut une étape de l'histoire à laquelle l'homme est appelé à prendre place par un déploiement de nouvelles possibilités. Pour tout dire, relevant d'une notion philosophique et anthropologique, l'immortalité réussit à sauver le passé de l'homme. En revanche, relevant d'une notion théologique, l'éternité réussit à sauver l'avenir de l'homme⁴⁸³.

Comme nous pouvons le constater, penser le salut en termes de destinée, c'est relever avant tout sa connotation *positive*, celle d'accomplissement. Une pareille vision ne rattache pas d'emblée l'idée de salut à celle du péché, mais à l'idée de la vocation de l'homme. Penser le salut en termes de destinée, c'est aussi inviter les théologiens à revisiter le thème de salut et répondre ainsi à leur mandat social. Ceci permet de surmonter le paradoxe souligné au début de ce chapitre. Ce qui est en jeu, c'est l'articuler entre *destinée anthropologique* et *destinée théologique*, entre vie *bio-logique* et vie *zôè-logique*.

Sur son chemin d'accomplissement, l'homme fait l'expérience de traverses et d'obstacles qui le détournent de cette vocation et l'entraînent dans une erreur de destinée. C'est alors que le salut revêt une connotation *négative* de *salut des obstacles* ou *salut-libération*⁴⁸⁴.

6.3.2. Salut comme libération

Pour exprimer l'idée du salut-libération, Adolphe Gesché pose quatre questions auxquelles il tente de répondre : Sauvé de quoi ? Sauvé par qui ? Sauvé pour quoi ? Sauvé, à quoi le voit-on ?

⁴⁸³ Cf. *Ib.*, p. 96-99.

⁴⁸⁴ Cf. *Ib.* p. 29-32.

6.3.2.1. De quoi l'homme est-il sauvé ?

Adolphe Gesché estime que l'homme est sauvé de trois situations de détresse: la mort, le mal, la fatalité.

La mort est le lieu par excellence d'un non-savoir. En estimant d'aucun vivant ne sait ni ce qu'est la mort, ni ce qu'est mourir, Adolphe Gesché tente d'aborder la question en distinguant les différents niveaux qui définissent la mort: le niveau biomédical, le niveau culturel et le niveau religieux⁴⁸⁵.

Au niveau biomédical, l'auteur voit dans la mort un fait biologique de l'homme. Mourir, c'est rendre le dernier souffle. Inhérente à la nature humaine, la mort est une étape normale du processus de la vie. La mort est, et par conséquent l'homme naît, grandit et meurt. Aussi, la mort permet à l'homme de prendre conscience de sa fragilité et de la brièveté du temps de son séjour terrestre. Alors que l'homme veut vivre le plus longtemps possible, la mort frappe sa vie de précarité. Ainsi, frappant à la porte de tous les vivants, la mort biologique n'apparaît à l'homme comme un bien, mais comme un ennemi à combattre.

La mort est aussi un phénomène culturel qui marque l'homme dans sa sensibilité, ses valeurs, son interrogation sur le sens et sur l'absurde. La crainte ou l'espérance, l'anxiété ou l'attente qui l'accompagnent sont une preuve suffisante pour ne pas s'arrêter uniquement à une interprétation ou à une perception purement médicale. La dimension culturelle de la mort peut même l'emporter sur la seule dimension biologique. Chaque peuple a une vision de la mort.

La mort revêt également une dimension religieuse. En scrutant dans la tradition judéo-chrétienne, Adolphe Gesché constate que la Bible présente la mort comme conséquence du péché. En effet, estime-t-il, depuis le livre de la Genèse jusqu'aux épîtres pauliniennes, en passant par les livres sapientiaux, la mort est perçue comme un châtiment de la transgression commise par Adam et Ève ou encore comme salaire du péché. Dans le rapport entre Dieu et l'homme, la mort prend un contour spirituel qui met en cause l'accès à l'éternité. Au lieu d'être une des étapes normales du cheminement de l'homme vers une destinée accomplie, la mort est appréhendée comme un échec d'accomplissement.

⁴⁸⁵ Cf. *Ib.*, p. 90-93.

Ces trois niveaux de la mort se tiennent l'une et l'autre. La mort concerne aussi bien la vie *bio-logique* que la vie *zôè-logique*, comme elle touche *destinée anthropologique* et *destinée théologique* aussi. La portée strictement théologique est surtout à rechercher du côté du partage de l'éternité de Dieu.

La deuxième situation de détresse qui demande la libération, est celle du mal. Adolphe Gesché a consacré à la question du mal le premier volume de sa prestigieuse collection *Dieu pour penser*. Dans cette étude, le mal est perçu comme quelque chose qui révolte le plus unanimement. Il trouble à la fois le cœur et la raison, en mettant l'homme en face des plus ultimes interrogations. Il est l'irrationnel par excellence, et donc l'injustifiable⁴⁸⁶.

La question du mal est abordée par plusieurs disciplines scientifiques. L'anthropologie, la philosophie, la théologie, la liste n'est pas exhaustive. Adolphe Gesché étudie cette question sous l'angle théologique. Sans reprendre toutes les articulations théologiques que l'auteur développe sur cette notion, nous nous appesantirons, dans le but d'éclairer notre pensée, sur ce qu'il appelle la *dogmatique du mal*. L'idée de la *dogmatique du mal* consiste à nommer le mal, à montrer jusqu'où il conduit et à indiquer les chemins de l'issue⁴⁸⁷. En termes théologiques, le mal est désigné nommément : Démon est donc son nom et sa qualification théologique est démonique. Cette qualification ne relève pas d'un simple ordre moral ou esthétique. Elle s'inscrit plutôt dans l'ordre destinal. Ce qui est en jeu, c'est la destinée. Le caractère démonique du mal le fait passer dans l'*ordo desordinis*, un *desordinis* de la destinée. Il *dés-orient*e l'homme dans son accomplissement, en l'orientant par surprise dans un ordre qui n'est pas celui du destin divin⁴⁸⁸. C'est l'erreur de destinée. Le Démon, figure irrationnelle, est donc indispensable pour éviter de rationaliser le mal. Cette figure est importante dans l'essai d'interprétation du mal en tant qu'aliénation⁴⁸⁹.

Le Démon est le lieu du mal, il recherche le mal pour le mal. Il cherche à détourner l'homme de sa destinée, en lui faisant miroiter des chemins qui ne mènent nulle part sinon à la perdition. Le caractère démonique du mal conduit l'homme à la perdition, c'est-à-dire à une erreur de destinée. La figure du Démon évoque le mal radical, le mal en tant que mal absolu, et donc démonique⁴⁹⁰. Ce danger dans lequel l'homme risque de périr nécessite une libération.

⁴⁸⁶ Cf. Adolphe GESCHÉ, *Dieu pour penser*, t. 1 : *Le mal*, Paris, Cerf, 1993, p. 45.

⁴⁸⁷ Cf. *Ib.*, p. 75.

⁴⁸⁸ Cf. *Ib.*, p. 53.

⁴⁸⁹ Cf. ID., *Pensées pour penser*, t. 1 : *Le mal et la lumière*, Paris, Cerf, 2003, p. 61-63.

⁴⁹⁰ Cf. *Ib.*, p. 78.

La troisième situation de détresse qui demande la libération est la fatalité. L'homme est harcelé par l'absence si fréquente et si criante de liberté, des contraintes de tous ordres, qui contredisent sans cesse ses vœux et ses efforts⁴⁹¹.

Après avoir parcouru les trois situations de détresse dont l'homme doit être libéré, il convient de répondre à présent à la question de savoir qui libère l'homme et comment ?

6.3.2.2. Par qui l'homme est-il sauvé ?

Nous venons de le voir, la destinée est quelque chose qui se joue devant Dieu et devant Dieu seul. Il est donc légitime que, lorsqu'elle est en danger ce soit Dieu qui libère l'homme. En d'autres termes, c'est Dieu qui libère de la mort, du mal et de la fatalité. Les volumes 3 et 6 de la collection *Dieu pour penser*, consacrés respectivement à la question de Dieu et du Christ sont clairs à ce sujet⁴⁹². Ce que nous retenons de l'auteur, c'est d'idée de la résurrection comme acte de salut. Le choix de ce thème est guidé par l'objet de notre étude. Le patient *perdu de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH se trompe de destin à cause de la souffrance à laquelle il est confronté. Ce qu'il poursuit en abandonnant les soins, ce n'est pas la mort, mais la santé antérieure à l'infection qu'il a désormais perdue. Mais il emprunte malheureusement la voie qui conduit à la mort, se trompant ainsi de destinée. Qu'il s'agisse de ce patient en particulier ou de la PVVIH en général, le thème de la résurrection s'impose avec une acuité particulière. Confronté à la mort, au mal et à la fatalité, le patient séropositif a besoin d'une délivrance, d'une résurrection.

Adolphe Gesché parle de la résurrection du Christ par le biais du dogme de la descente aux enfers. L'auteur reconnaît que pareille démarche est non seulement difficile et délicate, mais aussi paradoxale⁴⁹³. Nous sommes nous aussi conscient de ce défi lorsque nous abordons une telle question dans le contexte de l'accompagnement spirituel de la PVVIH. Nous estimons néanmoins qu'aborder le thème de la résurrection par le biais de la descente aux enfers rencontre le principe de *salutarité* et la notion de la destinée.

Par ailleurs, le schéma biblique de la résurrection tel que développé par le théologien louvaniste est plus qu'éclairant pour notre étude. Ce schéma est le suivant : Terre - Enfers - Ciel. Selon Adolphe Gesché, la résurrection du Christ n'est pas à comprendre comme une

⁴⁹¹ Cf. Adolphe GESCHÉ, *Dieu pour penser*, t. 5 : *La destinée*, p. 34.

⁴⁹² Cf. ID., *Dieu pour penser*, t. 3 : *Dieu*, Paris, Cerf, 1994 ; ID., *Dieu pour penser*, t. 6 : *Le Christ*, Paris, Cerf, 2001.

⁴⁹³ Cf. ID., *Dieu pour penser*, t. 6 : *Le Christ*, p. 162.

simple sortie du tombeau, mais bien comme une sortie des enfers. Il ne s'agit pas non plus d'une sortie des enfers qui déboucherait sur un retour sur la terre, mais d'une sortie des enfers débouchant sur une entrée dans le Ciel. Nous venons d'affirmer que la PVVIH a besoin d'une délivrance, d'une résurrection. C'est ici l'enjeu. Si le patient se trompe de destinée en abandonnant les soins, c'est entre autres parce qu'il conçoit la résurrection sous un schéma qui, à notre avis, n'est pas celui de Terre - Enfers - Ciel. Pour ne pas anticiper les conclusions à cette question, il est important de découvrir d'abord la pensée d'Adolphe Gesché sur la résurrection par le biais de la descente aux enfers.

Adolphe Gesché rappelle que la descente aux enfers fait partie intégrante de la geste pascalle qui sauve de la mort et du mal⁴⁹⁴. Jésus est mort sur la croix, il est descendu aux enfers et il est ressuscité. Telle est la foi de l'Église. C'est sur la croix, affirme notre auteur, que Jésus est mort au moment où il a rendu l'esprit. Mourir, c'est rendre le dernier souffle. C'est aussi entrer dans le séjour des morts. La mort a donc quelque chose de passif, mais aussi d'actif. Rendre le dernier souffle anéantit le sujet mort, et donc sans vie. Par contre, l'entrée dans le séjour des morts insinue quelque chose d'actif. Dès lors, la mort n'est pas un simple phénomène biologique qui se limiterait au drame d'un instant. Il s'agit plutôt d'un événement qui consiste à demeurer parmi les morts et vivre de la vie des morts, une vie sinistre et misérable. Jésus ne déroge pas à la règle. Il a connu la mort dans toute sa réalité trois jours durant. Il n'a pas vécu la mort comme un drame d'un instant. Il en a connu les affres dans toutes leurs dimensions, qui ne sont pas les simples douleurs physiques de la croix⁴⁹⁵.

Mort sur la croix, Jésus ne s'est pas arrêté à la croix. Il est descendu aux enfers. Selon notre auteur, Jésus reste fidèle à la logique de l'incarnation. C'est en vertu d'elle qu'il descend aux enfers, lieu de désolation et d'éloignement entre les hommes et Dieu, lieu d'indicible solitude. Par ce geste, Jésus va jusqu'au bout de la *kénose*. Il a ainsi vécu l'agonie du sens et de l'évidence que représente la mort. Par cette *kénose*, Jésus montre que la mort n'est pas un simple événement biologique, encore moins une longue souffrance de l'agonie, mais aussi un drame de la destinée⁴⁹⁶.

En descendant aux enfers, Jésus rencontre l'homme dans ce lieu où la mort exerce sa puissance. C'est dans ce lieu, entendu comme état, que Jésus rejoint l'homme pour lui apporter la bonne nouvelle du salut, pour combattre le Démon et sortir victorieux. Après avoir proclamé

⁴⁹⁴ Cf. *Ib.*, p. 164.

⁴⁹⁵ Cf. *Ib.*, p. 168-169.

⁴⁹⁶ Cf. *Ib.*, p. 170-171.

l'évangile aux vivants de la terre, Jésus annonce la bonne nouvelle du salut à ceux qui ne l'ont pas connu. Il entend ainsi accomplir la plénitude de l'évangélisation. Cette bonne nouvelle du salut, c'est aussi le combat que Jésus mène contre le Démon qui se solde par une victoire onéreuse. C'est dans ce sens que Jésus sauve de la mort, du mal et de la fatalité.

Pour notre auteur, être sauvé de la mort ne doit pas être compris dans un sens vitaliste où la mort biologique serait abolie. Ce n'est pas dans ce sens-là que l'homme peut être sauvé de la mort, mais dans un sens théologal. L'homme meurt, certes, mais il ne doit pas se croire fait pour la mort. Il est fait pour la vie. La mort est réelle, mais elle n'appartient pas à la définition de l'homme. Mourir est un fait, mais non pas un droit. La mort ne constitue pas pour l'homme une finalité, elle n'appartient ni au dessein de sa venue dans le monde, ni à son destin. Elle ne boucle pas son horizon⁴⁹⁷.

L'homme n'est pas sauvé de la mort biologique, mais de celle qui conduit à l'erreur de destinée, celle qui induit à la séparation de l'homme avec l'éternité de Dieu. Sauver de la mort veut donc dire que la mort biologique fait toujours partie de l'existence humaine, mais n'affecte plus la destinée. C'est le Démon qui induit l'homme en erreur de destinée. La descente aux enfers est donc un combat contre le Démon. Selon Adolphe Gesché, « après sa mort sur la Croix, le Christ poursuit, dans l'ultime repaire du mal (du malin), la lutte contre le péché, le mal et la mort, commencée dès l'Incarnation, poursuivie dans la vie publique (prédication du salut, guérisons, pardon des péchés) et culminant sur terre dans la Passion et sur la Croix. Mais ce combat n'était pas terminé, il doit s'achever dans un dernier combat contre le mal en son lieu propre, les Enfers, là où règne précisément et presque sans contrainte "chez lui", l'Adversaire, le Mauvais, personnalisation du mal »⁴⁹⁸. Par ce combat, Jésus va jusqu'aux racines du mal et de la mort. Ce combat a débouché sur une victoire onéreuse.

La victoire de Jésus sur le mal et sur la mort s'exprime en termes de résurrection. Nous avons vu que celle-ci n'est pas une simple sortie du tombeau, mais une sortie des enfers. Jésus n'est pas ressuscité du tombeau, mais des morts. La résurrection a été un combat par lequel le Christ a vaincu la mort sur son propre terrain. Jésus a vaincu la mort qui conduit à la mort. Par cette victoire, Jésus délivre l'homme de la tyrannie du Démon. Celui-ci n'est pas supprimé, mais vaincu en ce qu'il a de redoutable⁴⁹⁹.

⁴⁹⁷ Cf. Adolphe GESCHÉ, *Dieu pour penser*, t. 5 : *La destinée*, p. 35-36.

⁴⁹⁸ ID., *Dieu pour penser*, t. 6 : *Le Christ*, p. 182.

⁴⁹⁹ Cf. ID., *Pensées pour penser*, t. 1 : *Le mal et la lumière*, p. 76.

Ainsi, la résurrection par le biais de la descente aux Enfers permet de comprendre le salut en termes de victoire à l'issue d'un combat. Le thème de la descente aux enfers associe intimement mort et résurrection au sein d'une agonie victorieuse. Il ne réduit pas la mort à la croix, mais l'étend à tout le déploiement d'un drame dans le temps et dans l'éternité. Jésus sauve l'homme du drame de la destinée. Par sa victoire sur le Démon, il restaure l'homme dans la destinée reçue du Père à la création. La résurrection est une œuvre trinitaire. Elle est un acte du Père, en Jésus, dans la puissance de l'Esprit⁵⁰⁰. Elle « est un acte de Dieu arrachant le Christ à la mort ‘tout entière’, à la ‘mort métaphysique’ ou ‘théologique’ (...), non à la simple mort biologique, matérielle, sans quoi la Résurrection risquerait de n'être qu'une ‘ressuscitation’ biologique. Le Père arrache le Christ à la mort pour le faire passer de là à la gloire du Ciel, à la vraie vie (*zôè* et non point *bios*). La victoire de Jésus sur la mort n'est pas simple victoire sur la mort biologique, mais (...) sur la mort ‘zôè-logique’, sur la mort qui fait perdre la vie (*zôè*) qui, elle aussi, est autre chose qu'un phénomène biologique (*bios*) »⁵⁰¹.

La résurrection du Christ est celle de quelqu'un qui était vraiment mort, qui se trouvait dans le royaume du Démon et de la mort, et qui sort de cet état pour entrer dans le ciel. Il s'agit de quelqu'un d'entre les morts qui arrive à vaincre la mort sur son propre lieu où elle exerce sa puissance. La résurrection n'est donc pas une simple réanimation, mais une victoire sur le Démon, sur la mort et sur le mal qui n'exercent plus leur tyrannie sur l'homme.

La logique de la résurrection n'est donc pas de passer des enfers à la terre, mais des enfers au ciel. Si tel en est le schéma, comment alors comprendre les apparitions du Christ ressuscité à ses disciples et son Ascension dans le ciel ? S'agit-il d'un séjour transitoire sur la terre avant de monter vers le Père ? Si tel est le cas, le schéma Terre-Enfers-Ciel est à revisiter. D'après Adolphe Gesché, ce schéma garde toute sa pertinence. La résurrection n'est pas une sortie des enfers qui déboucherait sur un quelconque séjour sur la terre, mais une sortie des enfers qui débouche sur une entrée dans le ciel. Les apparitions, argue notre auteur, ne constituent pas la résurrection. Elles sont la manifestation de quelqu'un qui est au ciel, et non pas celle de quelqu'un qui se trouve quelque part sur la terre qui apparaît puis disparaît. Elles sont la révélation du Christ ressuscité, venant du ciel, d'auprès du Père. Elles sont la médiation du Christ ressuscité, dans la gloire du Père et dans la puissance de l'Esprit Saint. Quant à l'Ascension, elle est la dernière apparition et la fin des apparitions. Elle est la dernière remontée

⁵⁰⁰ ID., *Dieu pour penser*, t. 6 : *Le Christ*, p. 191-192.

⁵⁰¹ *Ib.*, p. 175.

au ciel du Christ ressuscité. En effet, estime Adolphe Gesché, Jésus remontait au ciel après chaque apparition dont l'Ascension est la dernière⁵⁰².

Par le thème de la résurrection par le biais de la descente aux enfers, Adolphe Gesché nous a suffisamment éclairé sur le schéma *Terre-Enfers-Ciel*. Nous voudrions à présent approfondir cette idée à partir de la théologie du mystère pascal de Hans Urs Von Balthasar.

6.4. Hans Von Balthasar

De Balthasar, nous retenons l'idée d'une *sotériologie dramatique*. Le salut en Jésus-Christ est offert au travers d'un drame, un *théodrame*. Ce qui intéresse le plus notre recherche, c'est la théologie du *Triduum mortis* : le Vendredi Saint célèbre la passion de Jésus; le Samedi Saint, sa descente aux enfers; le Dimanche de la résurrection, son retour auprès du Père. Ce que nous cherchons à cerner, ce sont les enjeux théologiques de chacun de ces trois moments qui forment un tout, celui d'un salut donné aux travers d'un drame.

Comme nous le verrons plus loin, ce schéma du mystère pascal rejoint en quelque sorte celui préconisé par Adolphe Gesché, au travers de sa théologie de la résurrection par le biais de la descente aux enfers : *Terre-Enfers-Ciel*. Ce qui est en jeu dans ces deux schémas, c'est surtout leur portée théologique et pastorale. Nous n'étudions ces enjeux théologiques et pastoraux que dans la mesure où ils éclairent notre principal thème de recherche : l'articulation santé-souffrance-salut, par le biais de l'accompagnement spirituel des personnes vivant avec le VIH/SIDA. En langage métaphorique nous dirions que cette articulation pourrait permettre au patient séropositif, durant le temps de sa maladie, de passer de la croix à la résurrection, du Vendredi Saint au Dimanche de la résurrection.

Pour l'instant, découvrons l'essentiel de la pensée de Balthasar sur la théologie de la passion de Jésus Christ, de sa descente aux enfers et de sa résurrection.

6.4.1. La passion

Pour Balthasar toute la vie de Jésus est ordonnée vers la croix. En ce sens, la passion et l'incarnation sont comme deux faces d'une même pièce de monnaie, car tous deux traduisent la réalité de la *kénose* dans l'œuvre du salut. C'est le même Christ qui s'abaisse en prenant la condition humaine, c'est aussi le même qui obéit au Père jusqu'à la mort sur la croix. Toutefois, une question mérite d'être posée au sujet de la mission salvatrice du Christ. Si par le mystère

⁵⁰² Cf. *Ib.*, p. 177-178.

de l'incarnation et par son ministère public Jésus a soulagé la souffrance humaine de tous genres en signe de salut, pourquoi alors le salut dans un drame ? Cette voie de salut était-elle vraiment indispensable pour que l'homme soit sauvé ?

La réponse à ce double questionnement est à rechercher dans l'idée de la création comme œuvre du salut. En effet, estime Balthasar, l'homme est dès la création un être appelé à participer à la vie divine. Sa vocation première consiste à partager la vie de Dieu. Mais, à cause du péché, la mort est entrée dans le monde, et l'homme a dorénavant perdu sa vocation première. Or l'homme n'est pas capable de conférer à lui-même le sens transcendant que Dieu lui avait attribué. Cette image brisée par l'irruption de la mort ne peut être restaurée que par Dieu lui-même, capable de combattre la mort et de la vaincre en ses racines. Cette victoire passe par la passion, la descente aux enfers et la résurrection. La Bonne Nouvelle du salut annoncée par le Nouveau Testament est tout entière ordonnée à la croix et à la résurrection du Christ. Ainsi, par la théologie du mystère pascal, Balthasar montre l'importance du *Triduum mortis* pour toute la théologie du salut en Jésus-Christ⁵⁰³.

Le *Triduum mortis* commence par la passion, et la passion proprement dite débute au mont des oliviers lorsque Jésus fait l'expérience de solitude et d'angoisse. Au mont des oliviers, en effet, Jésus est abandonné par son Père qui le livre aux mains des pécheurs. Il est aussi abandonné par ses disciples. Essayons de comprendre la portée théologique de ce geste du Père qui livrant son Fils ainsi que celui des disciples qui trahissant leur Maître.

C'est au mont des oliviers, lorsque Judas surgit avec une troupe de soldats, que Jésus déclare que l'heure est venue où il va être livré aux mains des pécheurs. C'est au Calvaire que la distance entre le Fils et le Père devient pour la première fois tout à fait manifeste. Jésus fait l'expérience du Père qui s'isole, mais qui ne disparaît pas pour autant. Le Fils s'adresse au Père dans un cri suppliant de tendresse, mais ce dernier garde distance. Il n'y a plus de communication directe entre le Fils et le Père ; seul l'ange réconforte le Fils au milieu de sa souffrance. Même l'Esprit Saint qui unit le Père et le Fils devient pure distance. Le Fils porte désormais le péché du monde, il a *perdu* le Père au milieu de son abandon⁵⁰⁴.

Dans cet abandon, le Père reste actif au sens premier du terme. C'est lui qui livre le Fils. Mais l'Esprit Saint et le Fils ne sont pas passifs pour autant. Cette présence active de chacune

⁵⁰³ Hans VON BALTHASAR, *Le mystère pascal* (Dogmatique de l'histoire du salut, 12), Paris, Cerf, 1972, p. 14.

⁵⁰⁴ Cf. ID., *La dramatique divine*, t. 3 : *L'action*, Namur, Culture et vérité, p. 296.

des Personnes divines traduit le caractère trinitaire du drame⁵⁰⁵. Selon Balthasar, ce n'est qu'en tant qu'action du Dieu trinitaire que le scandale de la croix peut être supportable pour croyant. En effet, argue l'auteur, c'est le Père qui livre son Fils en produisant ce qu'Abraham n'a pas eu à accomplir en Isaac. C'est par amour que le Père livre son Fils. C'est aussi par amour que le Fils obéit jusqu'à la mort sur la croix. Le Fils fait ainsi un don actif de lui-même, et accomplit ainsi un geste propre à Dieu. Par ce don de soi, Jésus réconcilie les hommes avec le Père. L'Esprit Saint est le signe que cette œuvre de réconciliation est parvenue à sa fin. L'Esprit Saint inspire la vie et la paix à ceux qui sont réconciliés avec le Père, par le Fils⁵⁰⁶.

Ainsi, la *kénose* de l'obéissance par laquelle Jésus ne retient pas jalousement le rend qui l'égalait à Dieu, comme il est écrit dans l'épître aux Philippiens, est entièrement fondée sur la *kénose* éternelle des Personnes divines. Dans son obéissance et son dépouillement devant le Père qui le livre, le Fils n'est nullement passif. Il est celui qui est livré par le Père, mais aussi celui qui conduit ce mouvement *kénotique*. D'autre part, toute initiative de sa part s'inscrit dans l'obéissance⁵⁰⁷. C'est par amour pour le monde que le Père livre le Fils. Et l'abandon du Fils par le Père se rapporte à cet amour. C'est aussi par amour pour le monde que le Fils se donne en obéissant jusqu'à la mort⁵⁰⁸. Ce geste du Fils n'est compréhensible que dans l'union hypostatique des Trois Personnes divines. La croix du Christ révèle ainsi l'amour du Père, et l'effusion sanglante de cet amour trouve son plein achèvement dans l'effusion de l'Esprit Saint dans les cœurs des hommes. C'est dans cette vision trinitaire que la croix du Christ revêt un caractère lumineux. Vue de la sorte, la croix du Christ devient le moyen de la réconciliation entre le Père et les hommes qui deviennent enfants de Dieu par l'Esprit qui habite en eux⁵⁰⁹. En outre, puisqu'il porte les péchés du monde, le Fils se substitue aux pécheurs. Il ne peut donc qu'être abandonné par le Père. Car le péché éloigne celui qui le porte. Balthasar attire notre attention sur cette notion du Christ qui porte les péchés du monde, et qui est abandonné de Dieu. Pour notre auteur, ce geste du Père n'est pas à comprendre comme une punition qu'il inflige à un innocent à la place des coupables. C'est plutôt l'idée de substitution du Fils qui est au centre, le *pro nobis* apostolique, avec tout ce qu'il contient de mystérieux⁵¹⁰. Jésus se fait solidaire des pécheurs.

⁵⁰⁵ Cf. ID., *Le mystère pascal*, p. 103.

⁵⁰⁶ Cf. *Ib.*, p. 133.

⁵⁰⁷ Cf. Hans VON BALTHASAR, *La dramatique divine*, t. 4 : *Le dénouement*, Namur, Culture et vérité, 1993, p. 106.

⁵⁰⁸ Cf. ID., *La dramatique divine*, t. 3 : *L'action*, p. 295.

⁵⁰⁹ Cf. ID., *Le mystère pascal*, p. 133.

⁵¹⁰ Cf. ID., *Au cœur du mystère rédempteur*, Magny-les-Hameaux, SOCEVAL éditions, 2005, p.55.

Par ailleurs, Jésus n'est pas abandonné que par son Père, il l'est aussi vis-à-vis de ses disciples. À côté du Père qui livre et du Fils qui se livre, Balthasar mentionne la présence de l'un des Douze qui trahit son maître. C'est Judas qui livre Jésus au sens propre du terme. C'est aussi Pierre, le chef de file des Douze, qui le remet. En outre, aucun de ses disciples n'est curieusement au pied de la croix, sauf celui que Jésus aimait. L'Église officielle, celle des hommes que Jésus avait appelés à sa suite, se tient désormais à distance. Ne sont actifs à cette occasion qu'un homme du dehors, à qui la croix est imposée et les deux larrons avec lesquels Jésus crucifié forme désormais une nouvelle communauté de condamnés. Au pied de la croix se tient en lieu et place de l'Église officielle, une Église de l'amour représentée par la *Mater dolorosa* ainsi que par le disciple que Jésus aimait.

Avant de rendre le dernier soupir, Jésus s'adresse au Père dans un cri d'abandon : « Mon Dieu, mon Dieu, pourquoi m'as-tu abandonné ? » (Math 27, 46). Il s'agit là, selon Balthasar, d'une parole fondamentale autour de laquelle se construiront toutes les autres prononcées par le Christ en croix. Par le don qu'il fait de lui-même, Jésus se rend solidaire des morts. Jésus est réellement mort, il a été mis au tombeau, il est descendu aux enfers.

6.4.2. La descente aux enfers

Le mystère de la descente de Jésus aux enfers est célébré le Samedi Saint. Ce deuxième jour du *Triduum mortis* répercute dans le royaume de la mort les effets de l'événement du Vendredi Saint. En ce sens, estime Balthasar, il ne faut ni minimiser ce mystère, ni exercer sur lui une curiosité vaine mais plutôt y reconnaître le fond du mystère de la *kénose* rédemptrice de Jésus-Christ. L'auteur pense par ailleurs qu'en ce qui concerne la descente aux enfers il ne faut ni vouloir en savoir trop, ni rester indifférent. En savoir trop signifie poser les questions du genre : y a-t-il des damnés dans l'enfer, le Christ est-il descendu seulement chez les pieux patriarches ? Le Christ est-il descendu seulement en son âme ou aussi en son corps ? Par contre, rester indifférent, c'est vouloir par exemple enlever du credo l'article concernant la descente de Jésus aux enfers, sous prétexte qu'il ne parle plus à l'homme d'aujourd'hui⁵¹¹.

Pour notre part, nous ne voulons ni en savoir trop, ni rester indifférent. Ce que nous retenons de la pensée théologique de Balthasar sur le dogme de la descente aux enfers, ce sont des éléments susceptibles d'éclairer les enjeux théologiques et pastoraux de l'articulation santé-souffrance-salut, au travers de l'accompagnement spirituel de la personne vivant avec le

⁵¹¹ Cf. ID., *Plus loin que la mort*, dans *Communio*, 1 (1981), p. 2-3.

VIH/SIDA en milieu hospitalier catholique de Kinshasa. Deux notions de la théologie de Balthasar sur le mystère de la descente aux enfers sont importantes pour notre recherche. Il s'agit principalement de la passivité absolue de Jésus et de sa solidarité avec les morts. Ces deux notions apparemment paradoxales nous aident à comprendre, *in fine*, l'idée du salut dans l'abîme.

6.4.2.1. La passivité absolue de Jésus

Le Samedi Saint apparaît aux yeux de Balthasar comme une totale opacité entre le Vendredi Saint et le Dimanche de la résurrection. C'est une période caractérisée par le silence, par l'inactivité du Fils, et donc par sa passivité. Ce silence est d'abord celui des évangiles. En effet, écrit notre auteur « autant les évangiles décrivent abondamment la passion de Jésus vivant, sa mort et sa sépulture, autant ils deviennent silencieux, comme il est naturel, quand il s'agit du temps situé entre l'ensevelissement et l'événement de la résurrection »⁵¹². Ce silence des évangiles traduit la passivité du Christ qui n'agit plus. Mort sur la croix, le Fils de Dieu a abandonné toute activité spontanée. Le Verbe de Dieu ne parle plus, il est devenu cette parole silencieuse du Père⁵¹³. En d'autres termes, « la Parole de Dieu est devenue imperceptible, aucun écho ne s'élève de sa marche à travers les ténèbres. Elle ne peut accomplir cette marche qu'en cessant d'être parole, dépouillée de toute forme, à travers une absence de pays, derrière une pierre scellée »⁵¹⁴.

Par sa descente aux enfers, Jésus va jusqu'au degré le plus bas de sa *kénose*. Puisqu'il ne parle plus, ses gestes deviennent une passivité susceptible de susciter un paradoxe. L'enfer est ce péché mis à la poubelle, écrit Balthasar. Lorsque Jésus le traverse, cela ne peut que révéler un paradoxe. Car alors que le Fils doit aller vers le Père, il emprunte la voie de l'enfer, pure absence de Dieu. En outre, il traverse l'enfer comme le Fils sans péché, mais aussi comme celui qui ne l'est pas parce qu'il porte désormais les péchés du monde. À voir de près, le Fils se dirige vers deux directions opposées. D'une part, il va au paradis avec le bon larron ; d'autre part, il descend au plus profond de l'enfer avec le mauvais larron⁵¹⁵. Le paradoxe est bien palpable.

Dans une étude fortement inspirée de l'expérience mystique d'Adrienne Von Speyr, Balthasar tente de résoudre ce paradoxe en soulignant que l'enfer est cette réalité du péché séparé du monde. Les péchés que Jésus rencontre en enfer sont donc des péchés sans pécheurs,

⁵¹² ID., *Le mystère pascal*, p. 139.

⁵¹³ Cf. ID., *La théologie*, t. 2 : *Vérité de Dieu*, Namur, Culture et vérité, 1995, p. 388.

⁵¹⁴ ID., *La gloire et la croix*, t. 5 : *Nouvelle Alliance*, p. 202.

⁵¹⁵ Cf. ID., *La théologie*, t. 2 : *Vérité de Dieu*, p. 392-393.

mais les péchés auxquels les pécheurs ont donné une part de leur propre réalité⁵¹⁶. En tant que Fils sans tache, Jésus est loin de l'enfer, mais en tant que porteur des péchés du monde, il est au plus profond de l'enfer. Il est ce mort qui a perdu son *être-parole*, tout en restant l'attestation la plus forte et plus manifeste du Père au monde⁵¹⁷. Dès lors, cette descente de Jésus aux enfers ne signifie nullement une descente active, encore moins une descente triomphante, ni de prise de possession, ni même seulement celle d'un combat. Elle n'est rien d'autre qu'un transfert passif. Le geste de Jésus au séjour des morts n'est plus une action, c'est tout simplement quelque chose qui se fait, affirme Balthasar⁵¹⁸.

L'auteur note par ailleurs que la souffrance de Jésus en enfer le Samedi Saint se distingue de celle de la passion célébrée le Vendredi Saint. Alors que Jésus est actif lors de sa passion, il devient pur passivité lors de son séjour en enfer. Dans l'enfer, en effet, le Christ est privé de force. Il ne peut pas mener un combat actif contre les puissances qui y règnent. Il ne peut pas non plus triompher subjectivement. Car ceci supposerait de nouveau vie et force. Il fait l'expérience d'une seconde mort. Celle-ci ne fait qu'un avec le pur péché en tant quel, non plus le péché qui s'attache à l'homme particulier ou incarné dans des existences vivantes, mais le péché abstrait de cette individuation, contemplée dans sa réalité nue en tant que péché. Dans cet état de seconde mort, Jésus est amorphe. Mort dans le shéol infernal, Jésus ne contemple réellement rien que son propre triomphe, cela non dans l'éclat de la vie du ressuscité, mais dans l'unique état qui permet un contact immédiat avec les morts privés de vie. Cette *visio mortis* ne fait l'objet ni d'un enfer peuplé, ni d'un enfer vidé, mais uniquement d'un enfer constitué par le péché en soi. Par sa descente aux enfers, Jésus se rend solidaire des morts.

6.4.2.2. Solidarité avec les morts

En mourant sur la croix, Jésus a exprimé sa solidarité avec les morts. Et il devait aller jusqu'au bout de cette solidarité. Sa mort sur la croix, les soins donnés à son cadavre, son ensevelissement, sont autant des signes en faveur de cette solidarité. Que son cadavre soit mis en terre, cela montre implicitement que son âme est avec les morts. Balthasar estime que de même que, sur la terre, Jésus était solidaire des vivants, il est, dans le tombeau, solidaire des morts⁵¹⁹. Cette solidarité avec les morts est donc le point final et le but de cette descente aux enfers. En effet, écrit Balthasar, « puisque l'âme et le corps sont adaptés l'un à l'autre (...), le

⁵¹⁶ Cf. ID., *L'expérience du Samedi Saint*, dans *Communio*, 1 (1981), p. 65.

⁵¹⁷ Cf. ID., *La théologie*, t. 2 : *Vérité de Dieu*, p.393.

⁵¹⁸ Cf. ID., *La gloire et la croix*, t. 5 : *Nouvelle Alliance*, p. 198-202.

⁵¹⁹ Cf. ID., *Le mystère pascal*, p. 153.

Christ devait demeurer avec son âme dans l'Hadès aussi longtemps que son corps demeurait dans le tombeau »⁵²⁰.

De même que le salut offert aux hommes sur la terre est l'œuvre trinitaire, la rédemption dramatique par le biais de la descente aux enfers se veut aussi trinitaire. Puisque le Père envoie le Fils dans le monde pour sauver l'humanité, il doit l'introduire dans le séjour des morts. Pour atteindre ce séjour, le Fils doit passer par la mort. Cette exploration des enfers est nécessaire pour que ce qui était une prison soit transformé en un chemin.⁵²¹ L'image décisive de la rédemption se trouve ainsi dans la descente aux enfers où se déroulent l'enfoncement des portes et la libération des prisonniers. C'est ici, estime notre auteur, que l'œuvre du Triduum mortis atteint sa suprême intensité dramatique⁵²². Seul le Jésus-Christ Rédempteur mort sur la croix et enseveli a, en vertu de sa *kénose*, éprouvé tout le sérieux de ce que devait être le schéol. C'est aussi en vertu de cette même *kénose* que l'abandon où il était laissé par le Père revêt un caractère trinitaire. En ce sens, la descente aux enfers entendue comme une seconde mort, est l'expression du fruit de la croix rédemptrice. C'est en menant sa passivité jusqu'au bout que Jésus est ressuscité par Dieu.

6.4.3. La résurrection

Après avoir vu la passivité de Jésus aux enfers, comment alors comprendre que celui qui est amorphe, qui ne mène aucun combat puisse-t-il ressuscité et vaincre les puissances qui y règnent en maître ? Pour répondre à cette question, Balthasar recourt à ces paroles de Pierre : « Dieu l'a ressuscité » (Ac 2, 24) ; « Dieu l'a ressuscité d'entre les morts » (Ac 3, 15) ; « Le Dieu de nos pères a ressuscité ce Jésus que vous, vous aviez fait mourir en le suspendant au gibet » (Ac 5, 30). La résurrection est donc l'œuvre du Père. Ceci permet à Balthasar d'affirmer que c'est au Père que revient l'initiative dans la résurrection du Fils. C'est lui qui agit avec la vigueur de sa force. C'est dans la force de l'Esprit de Dieu, dans son Pneuma, que s'accomplit la résurrection du Fils⁵²³.

Dans le geste de la résurrection, la distance la plus extrême entre le Père et le Fils ressentie le Vendredi Saint et le Samedi Saint est désormais renversée en une intimité la plus étroite. Le Dimanche de la résurrection est la manifestation de la victoire du Christ sur la mort. Le Vendredi Saint n'est pas identiquement le Dimanche de la résurrection pour la simple raison

⁵²⁰ *Ib.*, p. 157.

⁵²¹ *Ib.*, p. 168-169.

⁵²² *Ib.*, p. 174.

⁵²³ Cf. *Ib.*, p. 198.

qu'au plan de l'économie trinitaire, la résurrection n'est pas un simple prolongement de la vie terrestre. Dans la passion et la descente aux enfers, le drame de l'éloignement est joué jusqu'au bout. La croix n'est pas l'émergence d'une réconciliation déjà réalisée depuis toujours entre Dieu et les hommes. C'est plutôt par le Christ mort et ressuscité que Dieu se réconcilie le monde, en déroulant l'action dramatique de la croix et de la résurrection du Fils. Grâce à la résurrection du Fils, le monde est élevé au plan divin. Car l'éloignement est dorénavant transformé en un rapprochement⁵²⁴.

La résurrection est le renversement radical de la mort à la vie éternelle, de la nuit la plus obscure de l'esprit à la lumière absolue, de l'éloignement insurmontable à la proximité la plus étroite. La gloire que le Fils acquiert à la résurrection est identique à celle qu'il avait auprès du Père avant l'incarnation. Mais l'humanité du Fils liée à son incarnation fait qu'il n'entre dans cette gloire que par l'action dramatique de la Trinité. C'est pourquoi, le Christ ressuscité garde les stigmates de sa passion. Certes, ces stigmates permettent aux disciples d'identifier le Christ ressuscité avec Jésus de Nazareth mort sur la croix⁵²⁵. Ce n'est pas tout. La raison de ces marques des clous encore visibles dans ses mains et celles de la flèche bien présentes dans son côté n'est pas seulement qu'elles attestent aux disciples l'identité du corps crucifié et du corps spirituel, devenu pour eux empiriquement insaisissable et franchit les portes closes. Elles ne sont pas non plus des simples signes qui rappellent une expérience vécue antérieurement. Elles montrent surtout que la dramatique mise en œuvre par la Trinité garde son actualité dans le temps. Cela veut dire que tous les moments terrestres du passé et du futur sont intégrés dans le présent⁵²⁶. La présence des stigmates montre aussi que Jésus ne revient pas au Jeudi Saint où tout allait bien. Loin s'en faut. Le Christ ressuscité ne revient pas en arrière par rapport à son incarnation. Bien au contraire, il va vers le Père (cf. Jn 16, 28). La résurrection du Christ est un passage à une forme d'existence qui laisse la mort derrière elle une fois pour toutes. En ressuscitant le Fils, par la force de l'Esprit, le Père lui accorde la gloire éternelle. La mort est donc vaincue dans ce qu'elle de redoutable. Son aiguillon lui a été arraché.

Comme nous pouvons le constater, la notion du salut est au cœur des préoccupations tant de la théologie populaire que de la théologie savante. Ce qui demande une mise en discussion.

⁵²⁴ Cf. ID., *La Dramatique divine*, t. 3 : *L'action*, Namur, culture et vérité, 1990, p. 336.

⁵²⁵ Cf. ID., *Le mystère pascal*, p. 204.

⁵²⁶ Cf. ID., *La Dramatique divine*, t. 3 : *L'action*, p. 336-337.

6.5. Essai de *disputatio*

Après avoir parcouru la *sotériologie populaire* et la *sotériologie savante*, nous voulons à présent mettre en débat ces deux registres de la théologie du salut. Nous voulons également mettre en discussion nos trois théologiens contemporains.

6.5.1. Sotériologie populaire et sotériologie savante

La *sotériologie populaire* que nous avons dégagée des enquêtes empiriques menées par Léon de Saint Moulin nous a suffisamment éclairé sur ce que le kinois entend par le concept de salut. Nous ne pouvions cependant pas nous limiter à cette sotériologie. Pour fonder notre corpus théologique sur un socle solide, nous avons complété cette étude par la pensée de trois théologiens catholiques contemporains : le français Bernard Sesboüé, le belge Adolphe Gesché et le suisse Hans Urs Von Balthasar. Il convient à présent de mettre en discussion ces deux registres théologiques : *théologie populaire* et *théologie savante*. Encore une fois, l'objectif que nous poursuivons n'est pas celui de satisfaire à une curiosité scientifique, mais d'éclairer autant que faire se peut les enjeux de l'articulation santé-souffrance-salut dans l'accompagnement spirituel de la PVVIH. Dans ce labeur, trois niveaux de discussion nous semblent possibles : le contexte, le style et le contenu.

D'abord le contexte. La sotériologie qui se dégage des enquêtes empiriques de Léon de Saint Moulin se situe dans un contexte populaire et non universitaire. Nous avons noté tout au début de ce chapitre que le choix que nous avons porté sur cette étude du père jésuite belge est guidé par notre objet de recherche. Les patients qui sont visés par notre thèse doctorale sont pour la plupart des gens simples et sans formation théologique. Ils vivent dans une société où circule une certaine sotériologie. Nous avons voulu nous mettre à l'écoute de cette théologie populaire, pour éviter que notre réflexion soit une simple spéculation vouée à l'échec ou une théologie en éclipse⁵²⁷. Par contre, l'étude que nous menons sur la pratique de l'aumônerie hospitalière et des institutions de soin se veut une approche académique. Il va sans dire que nous voulons faire dialoguer l'académicien et l'homme ordinaire.

Nos trois auteurs théologiens sont des académiciens préoccupés par la pertinence du langage théologique dans le contexte d'aujourd'hui. C'est ce que montre Adolphe Gesché au travers du principe de *salutarité*. La *Sotériologie populaire* et la *sotériologie savante* ne doivent donc pas

⁵²⁷ Sur la notion d'une théologie en éclipse, on se rapportera à Olivier NKULU, *La théologie académique : une discipline en éclipse*, Paris, L'Harmattan, 2013.

être pensées en termes d'opposition ni de tension destructive. Elles doivent plutôt être envisagées sous l'angle de l'articulation. Nous insistons sur le mot articulation. Articuler, en effet, n'est-ce pas faire succéder de façon harmonieuse des éléments distincts d'un tout ⁵²⁸ ? Articuler *sotériologie populaire* et *sotériologie savante*, n'est-ce pas aborder une question qui est au centre de l'intelligence de foi, mais exprimée sous des angles différents ⁵²⁹ ? Telle est notre première remarque.

Ensuite le style. La *sotériologie populaire* qui se dégage des enquêtes de Léon de Saint Moulin traduit les besoins réels de la population kinoise, destinataire directe de notre recherche et à qui notre thèse se propose d'adresser un message audible et crédible. Cette sotériologie est traduite dans un langage qui n'est ni philosophique, ni théologique au sens strict du terme. Cependant, ce langage ne doit pas être vu comme opposé au langage savant dans lequel s'expriment nos trois théologiens contemporains. Les deux langages se questionnent et s'enrichissent mutuellement. Entre les deux, se tisse une corrélation critique et réciproque. Le langage savant doit prouver sa pertinence dans un milieu populaire en quête du salut et le langage populaire, doit faire preuve de sa capacité à comprendre le donné de la foi. Deuxième remarque.

Enfin le contenu. Après ces deux remarques, nous pouvons aborder la question du contenu. Le salut est une réalité présente aussi bien dans la *sotériologie populaire* que dans la *sotériologie savante*. Dans les deux registres, le concept revêt une double signification. Dans sa connotation positive, il s'exprime en termes d'accomplissement. Dans sa connotation négation, il prend le sens de libération. Pour le kinois, le salut signifie une vie réussie et centrée sur Dieu. Dans cette perspective, l'homme doit faire la paix avec lui-même, avec son semblable et avec Dieu. Pareille vie a des retombés historiques et eschatologiques. Celui qui demeure dans le Christ obtient de Dieu le bonheur et la vie éternelle.

L'une des difficultés majeures de la *sotériologie populaire* réside dans l'attente d'un salut immédiat et triomphant. Pareille conception ne se rapproche-t-elle pas de la loi de la rétribution temporelle dont il était question dans le débat théologique entre Job et ses amis ? Nous avons vu se dessiner deux courants théologiques. Les amis de Job soutiennent la théologie de la rétribution temporelle, tandis que Job la remet en question. Nous avons également vu que le kinois considère le VIH/SIDA comme un châtement divin. Une question mérite d'être posée. Si

⁵²⁸ Cf. *Le petit Robert micro*, Paris, le Robert, 2013, p. 79.

⁵²⁹ Cf. Jean-Marie TILLARD e.a., *Foi populaire, foi savante*. Actes du Vème Colloque du Centre d'études d'histoire des religions populaires tenu au Collège dominicain de théologie (Ottawa), Paris, Cerf, 1976.

le VIH/SIDA est synonyme d'un châtement divin, que dire alors des enfants nés séropositifs ? Nous pourrions poser la question comme celle posée à Jésus par ses disciples au sujet de l'aveugle de naissance : « qui a péché, lui ou ses parents ? » (Jn 9, 2).

En outre, la *sotériologie populaire* exalte la toute-puissance de Dieu comme en témoignent les miracles de guérison. Or la toute-puissance de Dieu doit être articulée avec sa vulnérabilité *kénotique*. Le mystère de la croix, de la descente aux enfers et de la résurrection sont plus qu'éclairantes à ce sujet. Certes les miracles sont des signes de salut et de libération, mais il faut aussi articuler libération et rédemption. Nous avons vu ce que nos trois auteurs entendent par le concept de rédemption.

Par ailleurs, les deux registres sotériologiques reconnaissent le Christ comme sauveur et libérateur. Cet enjeu christologique est important pour penser l'accompagnement spirituel en termes de lieu d'articulation santé-souffrance-salut. Nous y reviendrons au septième chapitre. Appondissons notre réflexion en mettant en discussion nos trois auteurs.

6.5.2. La sotériologie savante face à elle-même

Après avoir mis en corrélation la *sotériologie populaire* et la *sotériologie savante*, nous voulons à présent mettre en discussion nos trois auteurs : Bernard Sesboüé avec sa théologie de la rédemption et du salut, Adolphe Gesché avec sa théologie de la destinée et Hans Urs Von Balthasar avec sa théologie du mystère pascal. À partir de ces trois théologiens, nous pouvons affirmer que la destinée, la rédemption et le mystère pascal font partie d'une même et seule réalité : le salut.

Chacun de ces auteurs réfléchit sur le mystère du salut selon sa propre sensibilité théologique. Si Bernard Sesboüé insiste sur le lien entre salut et rédemption, Hans Urs Von Balthasar met en exergue la dimension dramatique du salut. Adolphe Gesché est en quelque sorte celui qui jette le pont entre Sesboüé et Balthasar. C'est pour cette raison que, méthodologiquement, nous l'avons placé entre ces deux auteurs. Dire de la sorte ne signifie cependant pas que Gesché analyse la pensée de Sesboüé en la mettant en dialogue avec celle de Balthasar. C'est plutôt nous qui constatons, à partir de la thématique générale de notre recherche, que le théologien louvaniste constitue en quelque sorte une symbiose entre le théologien français et son collègue suisse. En effet, Gesché n'est pas loin de Sesboüé lorsqu'il étudie le salut en termes de destinée. Il n'est pas non plus éloigné de Balthasar lorsqu'il étudie la résurrection par le biais de la descente aux enfers. Ce rapprochement nous permet de

comprendre le lien intrinsèque entre la destinée, la rédemption et le mystère pascal. Ces trois pôles sont importants dans le contexte du VIH/SIDA. L'enjeu devient alors le suivant : comment articuler destinée, rédemption et mystère pascal dans le contexte d'une souffrance causée par le VIH/SIDA ? Il est vrai que ces trois concepts célèbrent une même réalité, celle du salut en Jésus-Christ, mais chacun d'eux donne un accent particulier qui éclaire l'enjeu central de notre recherche.

En effet, tous trois s'accordent sur une réalité anthropologique fondamentale : l'homme, quel qu'il soit, est fondamentalement un être tournée vers la destinée, peu importe la façon de la nommer. Théologiens, philosophes, humanistes, tous sont d'accord sur ce point. Que certains s'engagent dans la promotion de cette vocation de l'homme à partir du simple principe de l'humanité de l'homme, que d'autres l'approchent à partir de l'idée de Dieu, tous convergent vers un même but, celui d'une vie heureuse. L'affirmation théologique fondamentale est la suivante : la destinée, l'accomplissement, le bonheur, trouvent leur pleine signification dans la participation à la vie divine.

Bernard Sesboüé, Adolphe Gesché et Hans Urs Von Balthasar nous renseignent également que sur le chemin de son accomplissement, l'homme fait l'expérience des obstacles. Le salut prend alors le sens de libération et de rédemption. Distinguer ces deux concepts est d'une grande importance. Nous avons vu avec Sesboüé qu'entre libération et rédemption, il y a non seulement une nuance, mais aussi une grande différence. Si dans le Nouveau Testament le concept de libération se réfère plus au ministère de Jésus de Nazareth, le thème de la rédemption est davantage orienté vers le salut au travers d'un drame.

Le mystère pascal constitue le point culminant du salut en Jésus-Christ. Ce mystère célèbre la mort de Jésus sur la croix, sa descente aux enfers et sa résurrection d'entre les morts. Adolphe Gesché et Balthasar peuvent être rapprochés à ce niveau. Tous deux montrent avec clarté le schéma de ce mystère de la foi chrétienne. Pour Adolphe Gesché, ce schéma est : Terre-Enfer-Ciel. Le Christ ressuscité ne passe pas de l'enfer à la terre, mais de l'enfer au ciel. Ce schéma est aussi celui préconisé par Balthasar : Croix (terre)-Enfers-Ciel (auprès du Père).

Conclusion

La *sotériologie populaire* et la *sotériologie savante* nous éclairent suffisamment sur les enjeux de l'articulation santé-souffrance-salut. L'intitulé de notre chapitre est : *Penser le salut, pour penser la souffrance et la santé*. Par cet intitulé, nous voulions partir d'un élément fondamental de la foi chrétienne (le salut) afin de l'articuler à la souffrance et à la santé. Nous avons vu combien il est difficile de donner un sens à la souffrance en partant de la souffrance elle-même. En soi, la souffrance n'a aucun sens. Du même coup, il devient périlleux de partir du non-sens pour donner un quelconque sens. Par contre, le salut a un sens. Il est la destinée, il est la libération. Il est donc possible de partir du sens pour donner sens au non-sens.

Tout homme, avons-nous vu, est un être fondamentalement tourné vers la destinée, il veut réussir sa vie. Mais sur son chemin d'accomplissement, il rencontre des obstacles. Ce qui demande une libération. La santé fait donc partie du salut, et lorsqu'elle devient chancelante, elle engendre la souffrance. La maladie avec son corolaire de souffrance deviennent ainsi des obstacles dont il faut être libéré. Le VIH/SIDA est un obstacle à l'accomplissement de l'homme. À notre humble avis, penser le VIH/SIDA à partir de la notion du salut permettrait de concevoir cette pandémie non plus comme une question éthique, mais une question destinale. C'est ici, à notre avis, que la théologie pratique peut se distinguer des autres approches au sujet du VIH/SIDA. Poser le problème en termes de question destinale pourrait permettre à l'agir pastorale de surmonter tout discours moralisateur.

Le VIH/SIDA est un véritable obstacle à l'accomplissement de l'homme. En soi, la souffrance qu'il engendre ne rentre pas dans le registre de la destinée. La PVVIH a besoin d'une libération. Le *perdu de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH, quant à lui, emprunte une voie qui conduit à la mort. Il est dans l'erreur de destinée. C'est ici que le schéma du mystère pascal vaut son pesant d'or. Il est Terre-Enfers-Ciel. À l'annonce d'un diagnostic positif, la PVVIH commence le chemin de la passion. Tout s'écroule pour elle. Elle porte la croix. Durant le temps de la maladie, elle descend aux enfers. La difficulté réside dans la direction à prendre pour sortir de l'enfer.

Alors que le Christ sort de l'enfer pour monter au ciel, le *perdu de vue* veut sortir de l'enfer pour retourner à la terre. En outre, alors que le Christ ressuscité passe du Samedi Saint au Dimanche de la résurrection, le *perdu de vue* veut passer du Samedi Saint au Jeudi Saint. Ce qui n'est pas du tout possible. Alors que le Christ ressuscité se présente à ses disciples avec un corps glorieux gardant les stigmates de la passion, le *perdu de vue* veut une résurrection sans

stigmates. Or jusqu'à présent, il est impossible de guérir du VIH/SIDA. Ce qui est possible, c'est d'améliorer la qualité de vie, sans supprimer le virus. Cette amélioration de la qualité de vie est en quelque sorte une résurrection qui garde les stigmates qu'est le virus de l'immunodéficience humaine.

La théologie du mystère pascal exprime aussi un appel à la solidarité. Jésus s'est montré solidaire avec les morts. Il est descendu aux enfers, état d'une plus grande vulnérabilité qui puisse être pensée. En enfer, Jésus est amorphe, il ne peut rien de lui-même. Dans sa plus grande vulnérabilité, la PVVIH est amorphe. Précisons une fois de plus que nous sommes dans un langage métaphorique. Puis que devenu amorphe, Jésus ne pouvait pas se ressusciter lui-même. C'est le Père qui le ressuscite, par la force de l'Esprit. Devenue amorphe, la PVVIH a besoin d'une force qui lui vient d'un autre/Autre pour ressusciter. L'accompagnement spirituel devient alors le lieu du relèvement. Tel est l'objet du septième chapitre, le dernier de notre thèse.

SEPTIÈME CHAPITRE

L'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL DANS LES SOINS : LIEU D'ARTICULATION SANTÉ-SOUFFRANCE-SALUT

À partir de la réflexion menée aux chapitres précédents, nous voulons proposer quelques pistes pour un accompagnement spirituel susceptible d'articuler santé, souffrance et salut.

Le titre du présent chapitre permet déjà de se rendre compte que santé et salut sont reliés par le concept de souffrance comme leur moyen terme, et que la spiritualité se présente comme l'élément unificateur de ce triptyque. En ce sens, l'agir pastoral en milieu hospitalier – plus particulièrement dans la prise en charge globale de la PVVIH – est à comprendre comme un édifice construit sur quatre piliers suivants : santé, souffrance, salut, spiritualité. Aligner quatre concepts qui commencent par la lettre « S » n'a pas pour but de satisfaire à une synchronisation littéraire, mais de fournir une tentative de réponse aux enjeux de l'articulation santé-souffrance-salut par le biais de l'accompagnement spirituel. Ces quatre « S » sont comme des colonnes d'un édifice. Pour que cette construction soit solide et résiste aux intempéries, il faut un équilibre entre ces piliers.

En effet, dès le premier chapitre, nous avons vu combien le VIH/SIDA est une pandémie capable de décimer des populations entières, si on n'y prend garde. Plus d'un acteur s'implique dans la prise en charge globale du patient séropositif. Tout au long du premier chapitre, nous avons dégagé deux registres sur la prise en charge spirituelle des PVVIH : le service pastoral se cantonnant dans une approche basée sur des rites et le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) préconisant une approche centrée sur la dimension spirituelle. Nous avons également vu que, pour le PNLS, l'accompagnement spirituel est une relation d'aide qui permet à une PVVIH d'acquérir un équilibre intérieur susceptible de l'aider à vivre positivement, à résoudre les problèmes qui l'empêchent de pratiquer sa religion ou sa croyance. Rappelons que pour cet organe du Ministère de santé de la RD Congo, ces problèmes sont généralement les suivants : lien entre VIH/SIDA et péché, image de Dieu, guérisons-miracles, sens de la vie, question de la mort, sens du pardon et de réconciliation, refus de prier et/ou reniement de sa foi, pratiques spirituelles nuisibles à la santé, influence de la famille dans la recherche des guérisons-miracles.

Par cette perception, le PNLS s'inscrit dans une approche biomédicale du concept de spiritualité, celle qui « concerne l'utilisation des ressources spirituelles et religieuses dans l'acte de soin »⁵³⁰. Sa principale visée est celle de soigner. En tant que structure du Ministère de la santé présidant à la politique nationale en matière du VIH/SIDA, le PNLS voudrait rester dans

⁵³⁰ Guy JOBIN, *La spiritualité : facteur de résistance au pouvoir biomédical de soigner ?*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale*, 266 (septembre 2011), p. 131-132.

la ligne de conduite de l'OMS qui comprend la spiritualité comme tout ce qui touche aux aspects de la vie humaine liés aux expériences qui transcendent les phénomènes sensoriels⁵³¹.

Nous avons souligné que le service pastoral de l'hôpital saint Joseph préconise une approche sacramentelle, reléguant ainsi le counseling pastoral aux assistants sociaux et aux psychologues. Ne s'agit-il pas là d'une démission ? Tout en ne sous-estimant pas l'importance des sacrements pour le patient, nous pensons néanmoins qu'ils ne couvrent pas l'ensemble des besoins du malade, en l'occurrence ceux de la PVVIH. L'hôpital n'est pas une paroisse où les participants sont censés partager une même foi, mais un lieu hétérogène qui accueille des malades venant de divers horizons et différentes croyances. Même s'il n'accueillait que des chrétiens catholiques, réduire l'accompagnement spirituel à la seule dimension des sacrements n'est-ce pas restreindre le champ pastoral ? Les questions qui étranglent la PVVIH vont au-delà des sacrements comme nous l'avons mentionné au deuxième et au troisième chapitre. Les patients abandonnent les soins médicaux pour plusieurs raisons qui dépassent largement celle des rites ecclésiaux. À notre avis, l'abandon de soins par le patient séropositif traduit un échec d'accompagnement qui incombe à tous les acteurs impliqués dans la prise en charge de la personne infectée. En effet, comme nous l'avons souligné, le patient *perdu de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH éprouve un sentiment d'insatisfaction et d'impuissance.

Le quatrième chapitre consacré à l'éclairage magistériel a apporté une lumière sur la question de la souffrance de la PVVIH. Mais ce discours ecclésial sur la pandémie de notre siècle a surtout une portée éthique. À notre avis, et comme nous le verrons dans ce chapitre, l'agir pastoral doit passer de la question éthique à la question destinale. Sans minimiser la dimension éthique, nous estimons néanmoins que d'un point de vue pastoral, le VIH/SIDA est avant tout une question destinale. En d'autres termes, c'est la destinée de l'homme qui est en jeu. Le sixième chapitre nous a éclairé sur la portée théologique du salut, en lien avec la souffrance et la santé. Par analogie au mystère pascal, il s'est avéré que la PVVIH fait l'expérience de la passion et de la descente aux enfers. Par contre, dans sa quête de la santé, le *perdu de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH emprunte une voie conduisant plutôt à la mort. Pourtant, il faut souligner que la visée première de ce patient n'est pas la mort, mais la vie. Choisir la vie en empruntant une voie conduisant à la mort est plus que paradoxal. En effet, c'est parce qu'il est en quête de la santé perdue que le patient cherche à tout prix la guérison. Mais dans son cheminement, il commet une erreur de destinée. Affirmer cela ne signifie pas

⁵³¹ Cf. OMS citée par Gwennola RIMBAUT, *Soutenir une démarche spirituelle en milieu hospitalier*, Bruxelles, Lumen vitae, 2006, p. 29.

émettre un jugement de valeur, mais plutôt relever un constat malheureux qui ne peut nous laisser indifférent.

Par analogie à la théologie du mystère pascal esquissée au sixième chapitre, nous pouvons affirmer que le patient séropositif effectue une descente aux enfers où il devient amorphe, sa voix ne se fait plus entendre. Il est *mort* parmi les *morts*. Il a besoin d'être ressuscité par un autre/Autre. Cette résurrection, qui n'est pas une réanimation, est l'œuvre de la Sainte Trinité. Ainsi, l'accompagnement spirituel que nous nous proposons d'appeler *soins spirituels pastoraux* est le lieu par excellence du relèvement. Celui-ci passe par une articulation pertinente entre santé, souffrance et salut.

Il peut paraître inhabituel d'introduire une articulation entre ces trois termes (santé, souffrance, salut), car il est courant d'établir un lien soit entre santé et souffrance, soit entre souffrance et salut, soit entre santé et salut. À notre avis, articuler les trois par le biais des *soins spirituels pastoraux* pourrait permettre à l'agir pastoral de rencontrer le patient dans la réalité de sa souffrance et l'aider à se relever, afin de s'accomplir pleinement ou de finir son séjour terrestre avec la grâce de Dieu. De ce point de vue, la spiritualité est une ressource capacitante, pas au sens d'un *coping*, mais celui d'une destinée.

C'est une tâche passionnante pour un théologien que d'exercer sa réflexion et sa pratique parmi les professionnels de la santé. Ainsi, dans ce dernier chapitre, force nous est de faire percevoir aussi finement que possible l'articulation santé-souffrance-salut par le biais des *soins spirituels pastoraux*. La thèse que nous soutenons dans ce chapitre est la suivante : l'accompagnement spirituel (*soins spirituels pastoraux*) est le lieu où se réalise ou devrait se réaliser une juste articulation entre santé, souffrance et salut. C'est aussi le lieu d'une corrélation critique entre le registre biomédical et le registre religieux. Cette corrélation ne se fait pas dans la concurrence, mais plutôt dans la complémentarité. En articulant santé-souffrance-salut, les *soins spirituels pastoraux* s'inscrivent dans l'ordre de la destinée comme son lieu propre. Nous avons vu avec Adolphe Gesché que c'est par la destinée que la théologie se distingue des autres sciences. L'approche que nous proposons n'est pas une troisième voie entre la biomédecine et la pastorale, mais une articulation entre ces deux univers de discours. Nous insistons sur le mot "articulation" pour exprimer ce dialogue entre santé, souffrance et salut. Nous plaçons ainsi pour un accompagnement spirituel articulé à l'ordre de la destinée, en même temps qu'il s'intègre dans l'Église et dans les soins. L'expression "en même temps" est très fort importante ici. Car l'agir pastoral en milieu hospitalier ne se confond pas aux autres approches en présence.

Il n'est pas non plus leur appendice. En même temps qu'ils s'articulent dans l'ordre de la destinée, les *soins spirituels pastoraux* doivent s'intégrer dans les soins et dans l'Église. C'est donc simultanément que ces deux mouvements s'effectuent dans une même dynamique qui porte le sujet souffrant. En ce sens, articulation et intégration ne sont pas à penser comme juxtaposées, mais comme en interaction mutuelle. L'enjeu principal est précisément de rendre compte de cette circularité relationnelle. C'est à ce laborieux exercice que nous allons devoir nous appliquer.

7.1. Soins spirituels pastoraux articulés

Par *soins spirituels pastoraux* articulés, nous entendons un accompagnement pastoral susceptible de faire advenir un dialogue fructueux, pertinent et efficient entre santé, souffrance et salut. Nous ne le dirons jamais assez, santé et salut sont reliés l'un et l'autre par le concept de souffrance comme leur moyen terme, en même temps que la spiritualité se présente comme le lieu de leur juste articulation. En elle-même, la souffrance n'a aucun sens ; elle est un non-sens. L'une des thèses que nous soutenons dans cette étude est que la souffrance trouve sens dans la santé et le salut qui, eux ont un sens en eux-mêmes. Sans cette référence, la souffrance n'est que de trop dans l'expérience du sujet aux prises avec la pandémie du VIH/SIDA. Les *soins spirituels pastoraux* ne sont pas une solution magique, mais se proposent modestement comme le lieu d'émergence d'une vie articulée.

La théologie de la résurrection est le paradigme par excellence de cette juste articulation. D'entrée de jeu, il faut introduire une double remarque. Premièrement, il nous faut distinguer mystère de la résurrection et miracles de résurrection. Deuxièmement, il ne faut pas confondre résurrection des morts et expériences de résurrection.

Les miracles de résurrection sont des signes qui traduisent la puissance de Jésus sur la mort et anticipent ainsi la résurrection du Fils de l'homme. Cependant, la vie rendue aux morts au travers de ces miracles est strictement la même que celle qu'ils avaient avant la mort. Le schéma des miracles de résurrection est donc le suivant : Terre - Mort (tombeau) - Terre. En d'autres termes, tout le mouvement conduit à la terre comme à un élément bouclé d'un ensemble. Le mouvement va de la terre à la terre. Par contre, nous avons vu que le schéma du mystère de la résurrection est le suivant : Terre-Enfers-Ciel.

Les miracles de résurrection comme lieu d'articulation de notre triptyque ont des avantages, mais aussi des limites. Les avantages sont ceux qui consistent à voir dans ce geste

de Jésus une juste rencontre avec les défunts et leurs proches. Les limites se situent dans le schéma : Terre-Mort (tombeau) -Terre. Les *soins spirituels pastoraux* ne visent pas à ramener le patient séropositif à sa santé d'avant l'infection comme si le virus n'avait jamais fait irruption dans sa vie. La PVVIH porte son virus et le portera toujours, jusqu'à l'éventuelle découverte d'un traitement curatif ou jusqu'à sa mort. La visée de l'agir pastoral est plutôt d'aider le patient à traverser son échec⁵³².

Il convient également de préciser que lorsque nous envisageons la résurrection comme lieu pour penser une juste articulation, nous ne pensons pas nécessairement à la résurrection des morts que nous professons dans le credo. Nous pensons avant tout à la résurrection de Jésus-Christ professée par la même foi de l'Église. La théologie de la résurrection, par le biais de la descente aux enfers, ainsi que celle du mystère pascal ont suffisamment éclairé les enjeux de l'articulation santé-souffrance-salut. Tentons de les approfondir aussi finement que possible en les mettant en corrélation avec les *soins spirituels pastoraux*.

Nous avons vu que la résurrection – nous ne parlons pas des miracles de résurrection - n'est pas un simple prolongement de la vie terrestre, ni une rupture d'avec elle. Elle n'est pas non plus l'immortalité. Entre vie présente et vie éternelle, il y a continuité et discontinuité. Continuité dans la mesure où c'est le même homme qui a reçu le *pneuma tou Theou* dès la création qui entre dans la gloire du Père. Discontinuité parce que la vie éternelle ne consiste pas à retourner à la vie terrestre.

Revenons au schéma de la résurrection afin d'approfondir les enjeux de notre étude. La vie historique de Jésus est comprise entre l'incarnation et la passion. Par sa mort, Jésus est descendu aux enfers. Il est ressuscité le troisième jour et il est monté au ciel. Entre la mort et la résurrection se trouve un temps d'incertitude et de silence qu'il convient de respecter. Durant ce temps, le Père et l'Esprit Saint agissent et ressuscitent le Fils. Jésus ne se ressuscite pas tout seul. Par sa descente aux enfers, il est devenu amorphe, il ne sait plus agir. C'est le Père qui le ressuscite, par l'Esprit. Lors de ses apparitions, Jésus se montre à ses disciples avec son corps glorieux. Il n'est plus un cadavre, mais un vivant qui porte les stigmates de la passion. Cependant, il ne revient pas à sa vie d'avant la passion. Sa résurrection n'est pas comme celle de Lazare revenu à sa vie d'avant la mort. C'est plutôt la vie du ressuscité.

⁵³² Cf. Véronique MARGRON et Fred POCHÉ, *L'échec traversé*, Paris, Desclée de Brouwer, 2003.

Le corps du Christ ressuscité n'est plus un corps ensanglanté. Il est plutôt un corps en santé, mais porteur des stigmates de la passion. Il ne s'agit donc pas d'une esthétisation, mais d'un mystère qui articule santé-souffrance-salut. C'est cette réalité de foi que nous mettons en corrélation avec les réalités de la vie que Christoph Theobald appelle *expériences de résurrection*. Cet auteur distingue différents événements susceptibles de produire des *disclosure* (situation d'ouverture). Il s'agit notamment de la joie, du deuil, de l'angoisse, de la consolation, de la violence, de la réconciliation, etc⁵³³. Dans notre étude, les *disclosure situations* sont l'infection à VIH et son corolaire de souffrance.

La tâche des *soins spirituels pastoraux* articulés consiste à susciter chez le patient séropositif les *expériences de résurrection*. Celles-ci passent par un effort d'articulation entre la *destinée anthropologique* et la *destinée théologique*.

7.1.1. Articuler destinée anthropologique et destinée théologique

Nous avons vu avec Adolphe Gesché que la *destinée anthropologique* se rattache à l'arbre de la connaissance du bien et du mal, tandis que la *destinée théologique* se rapporte à l'arbre de vie. Ces deux modalités de vie ne sont pas juxtaposées, mais interactives dans une même et seule destinée entendue comme salut. La première modalité fait appel à la vie *bio-logique*, tandis que la seconde est reliée à la *vie zôè-logique*. La première modalité est cette vie terrestre faite de connaissance intellectuelle, affective, éthique et active. Elle traduit la vie d'un homme réconcilié avec lui-même et avec les autres hommes. La seconde modalité renvoie à une communion de vie avec Dieu.

Globale est la souffrance causée par le VIH/SIDA, car elle affecte le sujet dans toutes les dimensions de sa vie. En ce sens, la souffrance touche le patient séropositif aussi bien dans sa *destinée anthropologique* que dans sa *destinée théologique*. Il ne s'agit pas de deux destinées distinctes, mais d'une même et seule destinée exprimée en deux modalités. L'affection de l'une peut entraîner celle de l'autre. Le mouvement d'existence du sujet l'a clairement montré. La souffrance causée par le VIH/SIDA introduit chez le patient une déchirure entre vie *bio-logique* et *vie zôè-logique*. Le sujet souffrant devient ainsi comme un *cogito* écartelé. Il cherche désespérément son unité décapée.

À ce niveau de notre réflexion, nous pouvons formuler l'hypothèse suivante : si l'affection de l'une de ces deux modalités de vie peut entraîner l'affection de l'autre comme

⁵³³ Cf. Christoph THEOBALD, *Transmettre un Évangile de liberté*, Paris, Bayard, 2007, p. 106-108.

préconisé dans le mouvement d'existence du sujet, la *capacitation* de l'une ne concourt-elle pas à la *capacitation* de l'autre ? Cette hypothèse peut être argumentée à partir du mystère de la résurrection. En effet, si par la passion et la descente aux enfers, l'âme de Jésus a été séparée de son corps, leur unité organique a été restaurée par la résurrection. Ce geste se produit dans la volonté souveraine et discrète de la Sainte Trinité. Le Père et l'Esprit Saint qui ressuscitent le Fils ne sont pas étrangers à ce dernier. Ils font partie de la Sainte Trinité au sein de laquelle Jésus est la deuxième Personne. Les trois Personnes en Dieu partagent la même nature divine. La *capacitation* de la nature divine de la deuxième Personne concourt à la *capacitation* de sa nature humaine, en vue du salut de l'humanité. Ce salut est l'œuvre du Père, du Fils et du Saint-Esprit. En la deuxième Personne, incarnation et résurrection concourent à une même réalité : le salut des hommes. C'est pour nous les hommes et pour notre salut que Jésus s'est fait homme, c'est encore pour nous et pour notre salut qu'il a souffert sa passion.

Ces éléments du mystère du salut peuvent nous aider à approfondir notre hypothèse, sans tomber dans le concordisme, ni faire de *soins spirituels pastoraux* un *coping*, encore moins un simple adjuvant. Le dénouement réside dans l'articulation entre *destinée anthropologique* et *destinée théologique*. Alors que la première renvoie à la vie éthique, la seconde trouve son fondement dans le *pneuma toû Theoû* qui a été mis en l'homme dès la création. En ce sens, nous pouvons affirmer avec modestie que la santé se rattache à la *destinée anthropologique*, tandis que le salut se rapporte à la *destinée théologique*, et que la spiritualité se rattache au *pneuma toû Theoû*. Dès lors, la tâche des *soins spirituels pastoraux* consiste à raviver chez le patient le *pneuma toû Theoû* afin qu'il opère en lui une juste articulation entre *destinée anthropologique* et *destinée théologique*. Cette juste articulation peut produire chez le patient une guérison intérieure susceptible d'améliorer la santé physique. Ainsi, la spiritualité devient l'élément unificateur entre santé et salut.

7.1.2. Articuler guérison intérieure et guérison physique

Le patient séropositif porte et portera son virus jusqu'à sa mort ou jusqu'à l'éventuelle découverte d'un traitement curatif. Aujourd'hui, parler de guérison physique dans ce domaine peut paraître saugrenu. L'enjeu pour les *soins spirituels pastoraux* consiste à articuler le mirage d'une guérison physique et la possibilité d'une guérison intérieure. Le mystère de la résurrection nous sert de nouveau d'argument.

Les deuxième et troisième chapitres ont révélé que le patient *perdu de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH recherche la guérison physique. Voilà pourquoi il a un sentiment

d'insatisfaction par rapport aux soins qui lui sont prodigués en milieu hospitalier. Il veut à tout prix guérir et ce, par tous les moyens. Malheureusement il n'obtient pas cette guérison tant recherchée. Notons que dans son expérience de la souffrance, le patient séropositif est affecté dans sa vie *bio-logique*, comme dans sa vie *zôè-logique*, mais en lui le *pneuma toû Theoû* n'est pas anéanti. La tâche des *soins spirituels pastoraux* consiste à raviver chez le patient cet Esprit qui est en lui afin de restaurer l'harmonie brisée. En effet, la souffrance causée par le VIH/SIDA a désarticulé l'unité organique qui existait entre la *vie bio-logique* et la *vie zôè-logique*.

Pour ne pas rester dans une pure spéculation, illustrons notre propos par cette pensée d'Eckhard Frick au sujet de la souffrance de saint Ignace et de sa guérison intérieure⁵³⁴. Selon le théologien, médecin et psychiatre jésuite allemand, Ignace avait été blessé aux jambes alors qu'il défendait la forteresse de Pampelune contre les troupes françaises. Cette blessure touche à son image personnelle et à ses projets de vie. Eckhard Frick estime qu'il ne s'agit pas là d'une simple juxtaposition de différentes dimensions de la vie, mais d'un processus total, tout au long de la vie. Ignace avait certainement espéré retrouver son état de santé d'avant sa blessure. Hélas ! Il ne l'obtiendra pas. Il obtiendra plutôt une guérison intérieure grâce à laquelle il a su habiter son corps blessé. C'est en boitant qu'il traversera l'Europe, au service de l'évangile. L'important, estime l'auteur, c'est le processus intérieur, ce qui favorise la croissance d'Ignace, en lien avec sa blessure, sa guérison et sa transformation intérieure.

Comme nous pouvons le constater, saint Ignace a su articuler en lui guérison intérieure et guérison physique. Il est resté handicapé de la jambe droite qui porte désormais des cicatrices, mais grâce à la guérison intérieure, il a pu habiter son corps blessé. C'est sa *vie bio-logique* et sa *vie zôè-logique* qui sont ici articulées, dans la totalité de son *être au monde*. C'est grâce au *pneuma toû Theoû* qui a mis en marche les dynamismes internes et externes que saint Ignace a assumé spirituellement et de façon nouvelle les souffrances causées par sa blessure. Sa quête de Dieu est une rencontre avec un vis-à-vis mystérieux qui lutte avec lui⁵³⁵.

Revenons à la souffrance de la PVVIH. Il est scientifiquement claire qu'il est impossible au patient séropositif de revenir à sa santé d'avant l'infection. Affirmer ainsi ne veut pas dire que nous excluons la liberté de Dieu de guérir qui il veut, quand il veut et comme il veut. Mais parce que les *perdus de vue* qui sont allés chercher le miracle ostentatoire ne l'ont pas obtenu, nous constatons simplement cet échec cuisant. Dieu est Souverain et libre dans ses prodiges.

⁵³⁴ Cf. Eckhard FRICK, *Se laisser guérir : réflexion spirituelle et psychanalytique*, p. 11-14.

⁵³⁵ Cf. *Ib.*, p. 81.

On ne peut pas forcer sa main puissante, ni nier ses réalisations. Cependant cette problématique ne constitue pas l'objet principal de notre recherche. Nous ne pouvons donc pas nous y étendre. La question qui retient notre attention est celle des enjeux de l'articulation santé-souffrance-salut, par le biais des *soins spirituels pastoraux*. Il est plus précisément question ici de voir comment articuler guérison intérieure et guérison extérieure. L'exemple de saint Ignace est évocateur. Il est donc possible à une PVVIH d'articuler en elle les deux modalités de guérisons. Si saint Ignace a su habiter son corps blessé et handicapé, il est possible au patient séropositif d'habiter son corps porteur du virus de l'immunodéficience humaine. En adhérant au traitement, la PVVIH peut améliorer sa qualité de vie. Cette amélioration n'est pas le fruit d'un *coping*, mais du *pneuma toû Theoû*. La tâche des *soins spirituels pastoraux* consiste donc à raviver chez le patient cette grâce de l'Esprit de Dieu qui est en lui. C'est cet Esprit qui est à l'œuvre dans l'articulation santé-souffrance-salut. Le patient ne doit cependant pas rester passif dans cette œuvre qui s'accomplit en lui. Il doit y participer par son ouverture à l'altérité.

Le schéma de la théologie de la résurrection permet de comprendre que le geste de salut ne consiste pas à retourner à la vie physique d'avant la passion, mais de passer des enfers au ciel. Le patient séropositif ne rentre donc pas à sa santé d'avant l'infection comme si le virus n'avait jamais fait irruption dans sa vie, mais à l'amélioration de sa qualité de vie même si elle est porteuse d'un virus. Ce schéma humanise en même temps qu'il divinise.

7.1.3. Articuler humanisation et divinisation

Bernard Sesboüé nous a suffisamment renseigné sur le lien entre humanisation et divinisation. Selon lui, en effet, plus l'homme est divinisé, plus il est humanisé. L'enjeu majeur pour les *soins spirituels pastoraux* est donc celui de pouvoir réaliser une juste articulation entre humanisation et divinisation.

Selon Bernard Sesboüé, la divinisation est une notion à la fois anthropologique et théologique. L'homme est un être fondamentalement tourné vers l'absolu, que celui-ci soit Dieu ou une valeur quelconque. En ce sens, le don de la divinisation apparaît comme la possibilité qui permet à l'homme de s'accomplir pleinement. Cet accomplissement n'est pas le fruit du seul effort humain, mais plutôt d'un don de Dieu à l'homme. Ce don, c'est le *pneuma toû Theoû* reçu dès la création, peu importe la façon de le nommer.

La divinisation est aussi cette filiation adoptive de l'homme à Dieu, par le Christ. C'est également l'expression de la solidarité de Dieu avec l'homme. Le *pneuma toû Theoû* est en

l'homme, quel que soit son état de santé. Même dans un corps défiguré par la souffrance, l'Esprit de Dieu est bien présent. C'est cet Esprit que les *soins spirituels pastoraux* doivent rejoindre dans la prise en charge globale du patient séropositif.

Guy Jobin nous a éclairé sur les facteurs qui ont conduit à la volonté d'intégrer la dimension spirituelle dans les soins. Parmi ces facteurs figure le besoin d'humaniser le milieu de santé. Mais, comme l'écrit Angelo Brusco :

« Le terme “humanisation de l'hôpital”, entré désormais dans le langage courant, est employé selon des significations différents. Exprimant une manière de se situer face à la réalité de l'institution hospitalière, il subit l'influence de la philosophie de la vie, des intérêts et des préoccupations de ceux qui l'emploient. Si l'homme de la rue, le politicien, le religieux, l'expert en sociopsychologie, le philosophe parlent tous d'humanisation des milieux de santé, chacun d'eux toutefois analyse les mêmes phénomènes selon une perspective différente »⁵³⁶.

Que signifie alors humaniser pour les *soins spirituels pastoraux* ? N'est-ce-pas percevoir le patient comme un homme créé à l'image et la ressemblance de Dieu, et le traiter comme tel ? Cette image de Dieu en l'homme n'est pas supprimée malgré la souffrance ou encore la qualité du corps du sujet souffrant. Humaniser, n'est-ce pas envisager l'homme dans sa globalité, même s'il est en fin de vie ⁵³⁷ ? Pour les *soins spirituels pastoraux*, l'humanisation a une valeur salvifique⁵³⁸. En ce sens, la divinisation est l'humanisation accomplie.

Articuler destinée anthropologique et destinée théologique, guérison intérieure et guérison extérieure, humanisation et divinisation sont là les principales tâches des *soins spirituels pastoraux*. En même temps qu'ils s'articulent, les soins spirituels pastoraux doivent s'intégrer dans les soins et dans l'Église.

7.2. Soins spirituels pastoraux intégrés

Les *soins spirituels pastoraux* sont des soins à part entière. Pour ce faire, ils doivent s'intégrer dans la prise en charge globale du patient, et cela sans absorption ni prosélytisme. Envisagée comme mouvement d'existence du sujet, la spiritualité articule quatre pôles : physique, psychique, éthique, et religieux-transcendant. Ces pôles ne sont pas en concurrence les uns les autres. Situés au pôle religieux-transcendant, les *soins spirituels pastoraux* ne sont

⁵³⁶ Angelo BRUSCO, *Humanisation des milieux de santé*, Montréal, éd. Paulines, 1984, p. 19.

⁵³⁷ Cf. José PEREIRA, *Accompagner en fin de vie : intégrer la dimension spirituelle dans le soin*, Montréal, Médiaspaul, 2007.

⁵³⁸ Cf. Angelo BRUSCO, *o.c.*, p. 62.

pas moins que les autres soins prodigués au patient. Ils ne sont ni leur adjuvant, ni leur appendice, encore moins leur *hyper-soins*. Ils sont plutôt une approche pastorale du *prendre soin*.

7.2.1. Une approche pastorale du prendre soin

Quand le mot pastorale est utilisé, écrit Marcel Viau, « il nous vient tout de suite à l'esprit un ensemble plus ou moins élaboré d'activités concrètes reliées à la tâche d'un agent de pastorale(...). C'est l'aspect pragmatique qui domine lorsqu'il est question de la pastorale »⁵³⁹. Théologiquement, le mot pastoral trouve son origine dans la figure du Christ qui se présente comme Pasteur de son troupeau (Jn 10, 1-21). C'est ainsi que nous pouvons affirmer avec les auteurs du dictionnaire *Théo, l'encyclopédie catholique pour tous* que « l'origine du mot plonge au cœur de l'Évangile, là où le Christ en saint Jean se présente lui-même comme le Bon Pasteur, celui qui connaît ses brebis et que ses brebis le connaissent »⁵⁴⁰. À l'égard de son troupeau, le Bon Berger est chargé d'une quadruple tâche : il le dirige, veille sur lui, le nourrit et le soigne. Il appelle chaque brebis par son nom, car il les connaît toutes et celles-ci le connaissent. Il les mène dehors, marche devant elles et ses brebis le suivent (Jn 10,3-4). Le Bon Berger veille sur son troupeau. Il l'avertit des dangers qui le menacent et prend sa défense quand il voit s'approcher un danger (Jn 10, 12-13). Les brebis de Jésus entrent, sortent et trouvent de la pâture, car le Bon Berger est venu afin qu'elles aient la vie et qu'elles l'aient en abondance (Jn 10,9-10). Il prend soin de ses brebis, en particulier des plus faibles. Telle est la pointe l'approche pastorale.

Les *soins spirituels pastoraux* consistent à *être présent* et à *prendre soin* à la manière du Christ. Ils sont une action censée, qui puise ses matériaux dans la tradition chrétienne en même temps qu'elle entre en dialogue avec le monde de la santé. Ils sont une action à la fois humaine et divine. En d'autres termes, ils sont à entendre comme « collaboration à l'œuvre de Dieu »⁵⁴¹. Fulgence Muteba ne dit pas autre chose lorsqu'il écrit à propos de la pastorale : elle « est le lieu de coopération entre les individus agissant au nom de leur foi et Dieu agissant à travers eux. L'action des hommes coopère à l'action divine agissant discrètement en eux. Mais

⁵³⁹ Marcel VIAU, *Introduction aux études pastorales*, Montréal, éd. Paulines/ Médiaspaul, 1987, p.82.

⁵⁴⁰ *Théo : l'encyclopédie catholique pour tous*, Paris, Droguet et Ardant/Fayard, 1989, p. 557.

⁵⁴¹ Paul BARRAU, *Pastorale*, dans *Dictionnaire de spiritualité*, t. 12 : Première partie, Paris, Beauchesne, 1984, p. 376.

cela n'épargne pas les humains chrétiens de mener cette action de manière à lui conférer un certain degré d'efficacité, selon l'intelligence qu'ils ont reçue de Dieu »⁵⁴².

Accompagner le patient selon une approche pastorale, c'est donc articuler l'esprit de Dieu et l'esprit de l'homme⁵⁴³, tout en s'intégrant dans l'Église et dans le monde

7.2.2. Une pastorale en Église et dans le monde

Les *soins spirituels pastoraux* ne sauraient se concevoir en dehors de l'Église. En tant que pratiques ecclésiales, ils participent à la charge pastorale de l'Église. En ce sens, on ne doit pas perdre de vue qu'ils sont avant tout une pratique, et surtout une pratique ecclésiale. Ces deux caractéristiques vont ensemble. Sans la première caractéristique, les *soins spirituels pastoraux* perdraient en pertinence ; sans la seconde, ils resteraient simplement spirituels, avec tout le risque de créer amalgame et confusion avec les autres approches qui disent pouvoir offrir elles aussi un accompagnement spirituel en temps de maladie. Explicitons notre propos.

Les *soins spirituels pastoraux* sont avant tout une pratique. Mais que veut dire le mot pratique ? C'est en vain qu'on cherchera ce concept dans le *Dictionnaire de théologie pratique*⁵⁴⁴, comme c'est en vain également qu'on y cherchera celui de pastorale. Est-ce par omission que ces deux concepts fondamentaux de la théologie pratique contemporaine ne sont pas repris dans cet écrit qui, par ailleurs est le seul qui existe en langue française ? Nous n'entrons pas dans les détails de cette lacune. Soulignons simplement que ce fait n'est pas nouveau. Jacques Audinet l'avait déjà observé à son temps. En effet, après avoir parcouru les quatre premiers volumes de l'ouvrage intitulé *Initiation à la pratique de la théologie*, le théologien français écrit :

« On n'y cherchera en vain le mot "pratique". Il ne figure ni dans les titres, ni dans aucun des index des quatre volumes, pas même dans le texte des chapitres qui pourraient le plus s'en approcher, par exemple ceux qui parlent de la politique ou de la prédication. Manifestement il ne fait pas partie du vocabulaire du théologien des années cinquante »⁵⁴⁵.

⁵⁴² Fulgence MUTEBA, *Éléments pour une pastorale de libération : analyse critique à partir du contexte africain*, dans *Repenser le salut chrétien dans le contexte africain*, p. 225.

⁵⁴³ Cf. Enzo BIANCHI et Luciano MANICARDI, *Accompagnement des malades*, Genève, Parole et Silence, 2003, p. 18-26.

⁵⁴⁴ Cf. Christophe PAYA et Bernard HUCK (éd.), *Dictionnaire de théologie pratique*, Charols, éd. Excelsis, 2011.

⁵⁴⁵ Cf. Jacques AUDINET, *Écrits de théologie pratique*, Ottawa, Novalis, 1995, p. 89-90.

Jean-Guy Nadeau abonde dans le même sens lorsqu'il affirme :

« Bien que la théologie pratique réfère massivement à la pratique, on y compte peu de réflexions sur le concept de pratique. On en trouve en fait davantage sur les rapports entre théorie et pratique. Or, la saisie du concept de pratique nous paraît essentielle comme toile de fond des recherches et de la formation en théologie pratique »⁵⁴⁶.

C'est justement dans le rapport entre théorie et pratique que Denis Villepelet envisage le concept de pratique lorsqu'il écrit :

« Au-delà de l'usage et de son extension remarquable, la notion de pratique est d'abord un métaconcept élaboré philosophiquement toujours lié à celui de théorie »⁵⁴⁷.

Mais quel sens revêt le concept en lui-même et en théologie pratique ? Pour le définir, nous nous référons à Jean-Guy Nadeau qui le comprend en ces termes :

« On définira la pratique comme un système complexe d'actions et d'interactions de sujets, orienté vers une ou diverses fins, comportant des relations de coordination et de subordination, réglé par des règles de différents types, marqué par une dissymétrie entre les acteurs de ces pratiques, situé dans un contexte (institution, socioculturel, religieux) qui l'influence et lui donne signification, et qu'il cherche à influencer. Téléologique, orientée vers une fin, la pratique est un processus ou à tout le moins une tentative d'influence sur les autres, le monde, soi-même, les institutions, le savoir, etc. Fut-elle de conservation, la pratique vise à réaliser quelque chose, c'est-à-dire à influencer le réel et donc les humains qui en font partie. Si elle est "agir pour" et "agir avec", elle est aussi "agir sur" »⁵⁴⁸.

Explicitons cette définition en la mettant en lien avec les *soins spirituels pastoraux* :

Comprendre les *soins spirituels pastoraux* comme un système complexe d'action et d'interaction des sujets, c'est exprimer la complexité d'un faisceau de relations enchevêtrées les unes les autres. Cet agir pastoral doit articuler différents éléments qui en font partie intégrante. En effet, plusieurs acteurs sont impliqués dans la prise en charge globale du patient séropositif. L'enjeu pour les *soins spirituels pastoraux* est de s'intégrer dans ce système sans y

⁵⁴⁶ Jean-Guy NADEAU, *La pratique comme lieu de la théologie pratique*, dans *Laval théologie et philosophie*, t. 60, 2 (juin 2004), p. 207 (<https://www.erudit.org/revue/ltp/2004/v60/n2/010342ar.html>, page consultée le 27 mars 2015)

⁵⁴⁷ Denis VILLEPELET, *Pratique et action*, dans Gilles ROUTHIER et Marcel VIAU (éd.), *Précis de théologie pratique*, Bruxelles, Lumen vitae, 2007, 2^{ème} édition augmentée, p. 122.

⁵⁴⁸ Jean-Guy Nadeau, *La pratique comme lieu de la théologie pratique*, p. 214.

perdre son identité, ni vouloir ramener les autres approches à sa seule identité. En ce sens, les *soins spirituels pastoraux* impliquent une interaction sans fusion ni confusion.

Une pratique est orientée vers une ou diverses fins, affirme Jean-Guy Nadeau. Dans le faisceau de relations enchevêtrées, les *soins spirituels pastoraux* doivent définir clairement leur identité en indiquant sans ambiguïté les fins qu'ils poursuivent. Ces fins ne sont autres que le salut intégral du sujet souffrant. En ce sens, cet agir pastoral n'est ni une action philanthropique, ni psychologique, ni biomédicale. Elle est plutôt pastorale, en référence au Christ Bon Berger qui est venu pour que les hommes aient la vie.

Une pratique est située dans un contexte (institutionnel, socioculturel, religieux, etc.) qui l'influence et lui donne signification. S'intégrant en Église et à l'hôpital, sans absorption et ni concurrence, les *soins spirituels pastoraux* doivent être une vraie présence de l'Église dans le monde de la santé. Ils doivent être cette courroie de transmission de la vie de Jésus et l'actualisation de son agir en milieu hospitalier. Car finalité du salut et finalité de santé se répondent en écho.

Une pratique est susceptible d'influencer le sujet agissant, l'autre, l'institution, le savoir, etc. Dans le cadre des *soins spirituels pastoraux*, le verbe "influencer" doit être compris dans le sens de susciter l'ouverture à l'altérité ou encore produire des *disclosure situations*. En tant que pratique ecclésiale, les *soins spirituels pastoraux* doivent produire chez le patient, comme aussi chez l'agent pastoral, une transformation intérieure qui articule santé, souffrance et salut. Cette transformation est l'œuvre du *pneuma toû Theôû* qui est aux tréfonds du patient et de l'agent.

Comme nous pouvons le constater, en tant que pratique ecclésiale, les *soins spirituels pastoraux* doivent articuler Église et monde de la santé. Pareille entreprise demande de l'intelligence.

7.2.3. Une pastorale de l'intelligence

Pour s'intégrer efficacement en milieu hospitalier et en Église, les *soins spirituels pastoraux* doivent articuler foi, raison et culture⁵⁴⁹. En effet, comme le comprend Robert Mager, « la foi n'est pas l'envers de la raison, mais un élément capital de ce que l'on pourrait appeler

⁵⁴⁹ Sur le rapport entre la foi et la raison, on se reportera à JEAN - PAUL II, *Lettre encyclique Fides et Ratio*, Kinshasa, Médiaspaul, 1998.

une rationalité intégrale, par-delà les bornes de la simple logique et de la rationalité instrumentale »⁵⁵⁰. En tout cas, la pastorale en milieu hospitalier doit contribuer à « l'intelligence du devenir humain, en luttant contre toutes les réductions de l'humain à la chose, et en marquant les ouvertures que permet la foi en Dieu. Pour ce faire, elle doit s'astreindre à comprendre l'humain dans toute sa complexité, en continuant à fréquenter les divers domaines du savoir qui éclairent cette complexité, notamment les sciences dites humaines »⁵⁵¹. Cet homme n'est pas abstrait, mais plutôt concret, situé dans l'espace et dans le temps, porteur d'une culture. Il est pétri dans son identité culturelle. *Les soins spirituels pastoraux* ne pourront prouver leur pertinence « sans atteindre l'intériorité de la personne qu'est l'identité culturelle, instance de jugement qui commande son comportement »⁵⁵².

Les soins spirituels pastoraux ne sont donc pas une question du bon sens, mais plutôt une lucidité accrue. Ils se doivent de creuser en profondeur la réalité de la souffrance à laquelle est confronté le patient. Cette lucidité se pose avec une acuité particulière lorsqu'il s'agit d'accompagner une PVVIH. L'intelligence dont il s'agit ici « n'est pas un processus qui va de la réflexion à l'exécution »⁵⁵³, mais un fécond va et vient entre foi, raison et culture, entre intériorité et extériorité. C'est dans ce va et vient que se tisse une juste articulation entre santé, souffrance et salut.

Acte de la raison et de la foi, *les soins spirituels pastoraux* exigent une bonne formation en théologie et en sciences humaines ainsi qu'une bonne préparation pratique de l'agent pastoral. En ce sens, *les soins spirituels pastoraux* qui ne s'élaboreraient rien que dans une bibliothèque de théologie ou dans une salle climatisée, sans aucun contact réel avec la souffrance du patient séropositif, et sans entrer en dialogue avec les sciences biomédicales et les autres sciences humaines, risque d'être une pure idéologie ou du prosélytisme déguisé. De même, une science biomédicale qui n'entrerait pas en dialogue avec la théologie risque d'escamoter la finalité du salut. Un agir pastoral qui ne se baserait que sur la foi sans une réelle confrontation avec la raison et la culture serait une idéologie trompeuse. *Les soins spirituels pastoraux* doivent faire preuve du principe de salutarité, c'est-à-dire articuler aussi finement que possible le mandat social et la finalité du salut. Une pareille tâche n'est possible que dans

⁵⁵⁰ Robert MAGER, *La théologie universitaire et l'intelligence du devenir humain : en réaction à Jean-Marie Sevrin*, dans Jean DUHAIME et Jean-Claude PETIT (éd.), *Les lieux de la théologie aujourd'hui* (Théologiques, 14), 1, 2 (2006), p., 57.

⁵⁵¹ *Ib.*, p.58.

⁵⁵² Gilbert SHIMBA, *Dieu est-il l'auteur de nos maladies ?*, Kinshasa, Médiaspaul, 2004, p.50.

⁵⁵³ Marcel Viau, *La nouvelle théologie pratique*, Montréal, éd. Paulines/ Médiaspaul, 1993, p. 140.

un dialogue fructueux entre rationalité théologique et rationalité biomédicale (ou celle des autres sciences humaines).

Il est dommage de constater que le *cursus studiorum* du théologien congolais ne prévoit aucune matière sur les *soins spirituels pastoraux*, ni sur la problématique du VIH/SIDA. Or le SCEAM souligne avec insistance l'importance, voire l'urgence d'insérer cette problématique dans la formation du théologien africain. Il n'est pas rare de rencontrer des théologiens congolais qui n'ont aucune notion sur les voies de transmission et de non transmission du virus de l'immunodéficience humaine, ni sur les phases de son évolution dans l'organisme de l'homme, encore moins sur le traitement antirétroviral. Ces théologiens affichent également une ignorance sur les moyens de prévention en matière du VIH/SIDA ; le seul discours qu'ils sont capables de tenir est celui de l'usage ou non usage du préservatif. La notion de lieu théologique l'a montré, il ne faut pas se tromper dans le choix des questions théologiques à débattre. Focaliser son discours sur l'usage ou non-usage du préservatif et fermer les yeux sur les vraies questions destinales ne serait-il pas une offense à la foi, à la raison et à la culture ? La pastorale de l'intelligence permet de sortir de cette ignorance, obstacle majeur aux *soins spirituels pastoraux*. Pourquoi ne pas introduire systématiquement dans le cursus du théologien congolais un module sur le VIH/SIDA ? À notre avis, la seule formation théologique ne suffit pas pour accompagner un patient séropositif. Les enjeux de cette pathologie dépassent le seuil d'une théologie académique telle qu'elle est conçue aujourd'hui.

Par ailleurs, le théologien doit confronter ses connaissances avec la réalité concrète de la pandémie, de la culture biomédicale et de la culture africaine. Pour ce faire, un temps de stage en milieu hospitalier s'avère nécessaire. Ce stage pastoral ne doit pas être une simple banalité⁵⁵⁴, mais plutôt être un temps de corrélation critique entre la théologie académique, la théologie populaire, le savoir médical, la culture africaine et la souffrance du patient. Il est aussi le temps d'une mise en œuvre et en épreuve des aptitudes de l'agent pastoral⁵⁵⁵. Sans ce moment de contact au quotidien avec le monde de la souffrance, les *soins spirituels pastoraux* risquent de ramer à contre-courant à l'instar des amis de Job.

D'autre part, il est courant de rencontrer des chrétiens qui, au nom de leur foi, aimeraient rendre service à l'Église et à la société en offrant aux PVVIH un accompagnement spirituel,

⁵⁵⁴ On se reportera à Fulgence MUTEBA, *Le stage pastoral au-delà de la banalité. Contribution à la formation pratique des candidats au presbytérat* (Église africaine en dialogue : travaux de la Faculté de Théologie, 19), Kinshasa, Université catholique du Congo, 2014.

⁵⁵⁵ Cf. *Ib.*, p. 59-67.

alors qu'ils n'ont aucune formation théologique. Nous pensons qu'il ne suffit pas d'être un bon chrétien, tenant de la foi, pour accompagner un patient séropositif. La pastorale de l'intelligence est exigeante : il faut articuler sans cesse foi, raison et culture, afin de réaliser une juste articulation entre santé, souffrance et salut. Cet exercice est contraignant qu'il demande une bonne formation. Affirmer cela ne veut dire que tout le monde doit devenir théologien au sens académique du terme. Nous estimons néanmoins qu'une bonne connaissance théologique est nécessaire pour la pertinence des *soins spirituels pastoraux*. Cette connaissance pourra porter essentiellement sur l'anthropologie théologique, la théodicée et la sotériologie.

C'est ici le lieu de rappeler l'importance d'élaborer un manuel de formation de l'agent pastoral dans ce domaine et la nécessité de mettre sur pied un guide-pratique pour agir avec foi et lucidité. Dans le monde francophone, les catholiques traînent encore les pieds pendant que les protestants s'efforcent, tant bien que mal, à offrir un guide-pratique comme nous l'avons mentionné dans l'introduction générale.

Sans cette formation, l'agent pastoral encours deux grosses difficultés : celle de passer à côté d'une juste rencontre chrétienne avec le patient séropositif et celle de tenir un langage qui se contente de formuler de belles promesses, sans consistance réflexive. Tant que l'agent pastoral n'aura pas effectué ce décollage conceptuel, et qu'il ne l'aura pas articulé à la rationalité biomédicale, son agir sera fondé sur des bases fragiles. De même, sans savoir rationalité théologique et la rationalité biomédicale, l'accompagnement spirituel sera une simple idéologie. C'est par un travail d'articulation au quotidien que les *soins spirituels pastoraux* pourront rejoindre le patient dans ses capacités.

7.2.4. Une pastorale basée sur les capacités⁵⁵⁶

Entendus comme une pastorale basée sur les capacités, les *soins spirituels pastoraux* auront pour tâche de soutenir le patient séropositif dans les capacités dont il se trouve porteur. Martha Nussbaum définit les capacités comme « les réponses à la question : “qu'est-ce que cette personne est capable de faire et d'être ?” »⁵⁵⁷. La question peut également être formulée dans le cadre du VIH/SIDA : “qu'est-ce que la PVVIH est-elle capable de faire et d'être ?”.

⁵⁵⁶ Cf. François YUMBA, *Face à la personne fragilisée par le VIH/SIDA : plaidoyer pour accompagnement spirituel basé sur les capacités*, dans Hans AUSLOOS, Henri DERROITTE et Dominique JACQUEMIN (éd.), *Fragilités, handicaps, capacitation et théologie : de l'importance de penser ces questions en théologie* (Études de théologie et d'éthique, 8), Zürich, LIT VERLAG et Co. KG Wien, 2015, p. 271-273.

⁵⁵⁷ Martha NUSSBAUM, *Capacités : comment créer les conditions d'un monde plus juste ?*, Paris, Climats, 2012, p. 39.

Martha Nussbaum distingue trois types de capacités : capacités de base, capacités internes et capacités combinées (ou capacités externes)⁵⁵⁸. Les capacités de base sont ce bagage inné de chaque individu, qui constitue une base nécessaire pour le développement des autres capacités. Les capacités de base sont plus moins prêtes à fonctionner, mais étant donné qu'elles sont très rudimentaires, elles ne peuvent pas être directement converties en fonctionnement⁵⁵⁹. Les capacités internes quant à elles, sont les états développés de la personne. Elles constituent les conditions suffisantes à l'exercice des fonctions requises. À la différence des capacités de base, ces états demandent des conditions de maturité pour être fin prêts. Quelquefois, ceci demande tout simplement du temps et une maturité physique sans beaucoup d'interventions externes, estime l'auteur. Le plus souvent, renchérit-elle, ces capacités se développent uniquement grâce à l'environnement proche, cependant l'environnement élargi peut empêcher leur déploiement⁵⁶⁰. D'où la nécessité des capacités combinées ou externes. Celles-ci sont les capacités internes combinées à des conditions externes adaptées à l'exercice de la fonction. Toutefois, souligne l'auteur, la distinction entre capacités internes et capacités combinées n'est pas très nette, car développer une capacité interne requiert généralement des conditions externes favorables. Néanmoins, poursuit Martha Nussbaum, cette distinction est opérante puisqu'une capacité largement exercée peut être contrecarrée⁵⁶¹.

De la PVVIH, que lui reste-t-il pour penser ce qu'elle capable de faire et d'être ? Y répondre demande que soient repérées chez elle les capacités de base, les capacités internes et les capacités combinées.

L'infection à VIH perturbe le mouvement d'existence, et par le fait même empêche l'accomplissement de certaines capacités internes et capacités combinées. Avant l'infection, l'individu déployait librement ses capacités. Et lorsque la souffrance est entrée dans sa vie, ses capacités ont été ébranlées. Certes, elles n'ont pas été anéanties, mais étouffées. Toutefois, le patient a en lui des dispositions spirituelles qui, si elles sont ravivées, pourront lui permettent de sortir du ghetto. Comme l'écrit le pape Jean-Paul II, « la souffrance, en effet, ne peut être transformée par une grâce venant du dehors, mais par une grâce intérieure. Le Christ, de par sa

⁵⁵⁸ Cf. Martha NUSSBAUM, *Femmes et développement humain: l'approche des capacités*, Paris, Des femmes-Antoinette Fouqué, 2008, p 128-129; ID., *Capacités: comment créer les conditions d'un monde plus juste?*, Paris, Climats, 2012, p. 39-44.

⁵⁵⁹ Cf. ID., *Femmes et développement humain : l'approche des capacités*, p. 128.

⁵⁶⁰ Cf. *Ib.*, p. 129.

⁵⁶¹ Cf. *Ib.*, p. 130.

propre souffrance salvifique, se trouve au plus profond de toute souffrance humaine et peut agir de l'intérieur par la puissance de son Esprit de vérité, de son Esprit consolateur »⁵⁶². C'est cette grâce du Christ qu'il faudra raviver afin de redynamiser les capacités internes et redonner sens à la vie aux prises avec la souffrance.

Le *pneuma toû Theoû* est le principe unificateur du mouvement d'existence du sujet souffrant, mais pour qu'il produise ce qu'il signifie, il faut un travail sur les trois catégories de capacités. Dès lors, les *soins spirituels pastoraux* devront faire preuve d'ouverture, de patience, d'empathie, de compassion et de discernement, en vue de témoigner le visage du Christ qui aime, console, libère et conduit l'homme à son plein épanouissement et à sa réalisation intégrale⁵⁶³.

L'agent pastoral doit donc être capacité au travers d'une pastorale de l'intelligence, afin qu'ils articulent avec pertinence le triptyque santé-souffrance-salut. Il s'agit d'une tâche qui demande de l'engagement.

7.2.5. Une pastorale de l'engagement grâce à la foi

Se déployant dans le monde de la souffrance, les *soins spirituels pastoraux* exigent un engagement personnel et collectif fondé sur la foi en Jésus-Christ mort et ressuscité. À notre avis, il est difficile, voire impossible à un agent pastoral de prodiguer les *soins spirituels pastoraux* s'il lui manque la foi. Nous avons souligné l'importance du mandat ecclésial⁵⁶⁴. Outre cette disposition canonique, il faut avoir la foi sans laquelle l'engagement chrétien en milieu hospitalier risquerait une simple philanthropie.

Un chrétien qui veut vivre l'essentiel de sa foi ne peut être adepte du statu quo. À la vérité, comme chez le prophète, dans son cœur, brûle un feu et sa langue devient un glaive ; parfois il encourage, il pousse les hommes en avant. Par contre, quand l'intérêt supérieur de la cité ou de la Nation le demande, il avertit, il menace ; sa langue devient même tranchante. L'évangile qui suscite la foi est essentiellement « la parole subversive par excellence, celle qui, par là même qu'elle se profère en vérité, dévoile, désenchante ou désarticule les nécessaires constructions humaines qui ne gouvernent la vie collective qu'en lui imposant l'illusoire

⁵⁶² JEAN-PAUL II, *Lettre Apostolique Salvifici doloris*, n°26.

⁵⁶³ Cf. CONFÉRENCE ÉPISCOPALE NATIONALE DU CONGO, *Déclaration de la CENCO sur la lutte contre le VIH/SIDA*, Kinshasa, Secrétariat Général de la CENCO, 2007, n°16.

⁵⁶⁴ Sur les dispositions canoniques, on se reportera à Alphonse BORRAS, *Statut canonique de l'équipe d'aumônerie hospitalière*, dans L'ÉQUIPE D'AUMÔNERIE HOSPITALIER, *Accueillir, accompagner, annoncer*, Bouge, Médiascreen, 1992, p. 45-67.

évidence de leur normalité ou de leur pérennité »⁵⁶⁵. L'homme de Dieu trouble le monde à cause de sa foi. Cette adhésion au Seigneur est le regard que Dieu voudrait que nous portions sur notre situation dans le monde. Son lieu de la pratique et de l'intelligence est celui où l'homme vit concrètement.

La foi se vit dans l'Église et dans le monde. Jean Baptiste Metz l'exprime mieux : l'Église « n'est pas tout simplement “non-monde” ; elle n'existe pas “à côté” ou “au-dessus” de notre société , mais en elle, comme une communauté qui lui appartient et qui essaye de vivre des promesses de Dieu annoncées et définitivement confirmées en Jésus, qui donc tente toujours à nouveau de faire pénétrer cette espérance dans la société contemporaine dont elle critique les exclusives et les prétentions totalitaires »⁵⁶⁶. Ainsi, les *soins spirituels pastoraux* ont pour tâche de : « continuer, sous l'impulsion de l'Esprit consolateur, l'œuvre même du Christ, venu dans le monde pour rendre témoignage à la vérité, pour sauver non pour condamner, pour servir non pour être servi »⁵⁶⁷.

L'Église de la RD Congo devra donc apprendre à ses agents pastoraux œuvrant en milieu des soins, le refus d'un monde inhumain en s'engageant, efficacement dans la lutte pour la santé. Le droit à la santé est inviolable. Le Dieu de Jésus-Christ est un Dieu de la santé, tout ce qui est opposé à ce dessein n'a pas de place. L'Église doit apprendre à l'homme à se tenir debout et à prendre en mains son destin. Une pastorale d'engagement en appelle à une libération se construisant comme langage d'un peuple qui, par sa foi découvre Dieu en s'impliquant dans un mouvement de circularité santé-souffrance-salut. Elle est appelée, plus que jamais, à organiser, à mobiliser ses forces et ses moyens en vue de conscientiser les groupes qui sont à l'écoute de ce qu'elle annonce. Cet engagement demande de l'audace. Il faut braver la peur.

Une foi agissante et engageante n'est pas un prosélytisme, mais plutôt celle qui se laisse continuellement questionner par la réalité concrète de la souffrance, de la santé et de la quête du salut. Tout en bousculant les aisances, la foi chrétienne engagée dans le monde de la santé doit, elle aussi, se laisser interpellé. La théologie pratique définissant la pratique ecclésiale en milieu hospitalier n'est-elle pas une « théorie critique de la pratique ecclésiale dans la société »⁵⁶⁸ ? Dès lors, les *soins spirituels pastoraux* doivent être une instance réflexive

⁵⁶⁵ Vincent COSMAO, *Changer le monde : une tâche pour l'Église*, Paris, Cerf, 1979, p. 109.

⁵⁶⁶ Jean-Baptiste METZ, *Pour une théologie du monde* (Cogitatio fidei, 57), Paris, Cerf, 1971, p. 107.

⁵⁶⁷ DEUXIÈME CONCILE DU VATICAN, *Constitution pastorale Gaudium et Spes*, n° 3.

⁵⁶⁸ Norbert GREINACHER, *La théologie pratique comme théorie critique de la pratique ecclésiale dans le monde*, dans Adrian VISSCHER (éd.), *Les études pastorales à l'Université*, p. 279-297.

s'interrogeant sans cesse sur la pertinence du discours de l'Église sur le VIH/SIDA, et sur son agir en milieu hospitalier. Ils doivent articuler le discours éthique de l'Église et la finalité du salut. Nous avons affirmé que la pandémie du VIH/SIDA est avant tout une question destinale. Dès lors, la visée pastorale est de restaurer la vie.

7.2.6. Une pastorale de la restauration

Restaurer, c'est rétablir en bon état ou réparer en respectant l'état primitif⁵⁶⁹. Notons que dans le cadre de notre recherche, il ne s'agit pas de réparer une personne humaine comme s'il s'agissait d'une chose. Il s'agit plutôt de restaurer le bon état de santé, ou mieux la vie de la personne vivant avec le VIH/SIDA. Éminemment théologique et pastorale, une telle tâche trouvent sa pleine signification dans le mystère pascal tel que présenté au sixième chapitre.

Par ailleurs, dans son étude sur les vies restaurées⁵⁷⁰, Anne-Marie Saunal analyse théologiquement et psychanalytiquement quelques textes bibliques, notamment la parabole de l'enfant prodigue ou du père miséricordieux (cf. 15, 11-32) et la péricope de la femme adultère (cf. Jn 8, 1-11). Dans les deux textes, l'auteur met en lumière la figure d'une personne perdue. Corrélant la situation du fils prodigue avec celle de ses patients, Anne-Marie Saunal écrit :

« C'est bien ce cri de détresse que j'entends : "Je suis perdu". Combien de fois l'ai-je entendu, ce cri, à mon cabinet, ou avant dans d'autres lieux d'écoute. Un être perdu se sent en grand danger, de mort souvent »⁵⁷¹.

L'auteur renchérit :

« Le fils prodigue s'était bel et bien perdu à force de dissemblance, à force de n'écouter que la part de lui avide de jouissance et de facilité. Il avait négligé les autres dimensions de son être, ce qui ne reste jamais sans conséquence »⁵⁷².

De la perte, il en est aussi question chez la femme adultère :

« Elle a perdu son honneur, sa dignité, la possibilité de se marier plus tard et d'enfanter, elle a perdu jusqu'à son être. Elle est à l'acmé du malheur, dans une angoisse psychique et morale. À

⁵⁶⁹ Paul ROBERT, *Dictionnaire Alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, Dictionnaire Robert, 1970, p. 1542.

⁵⁷⁰ Cf. Anne-Marie SAUNAL, *Des vies restaurées*, Paris, Cerf, 2014.

⁵⁷¹ *Ib.*, p. 35.

⁵⁷² *Ib.*, p. 42.

sa manière, elle est sur la croix, au summum de l'humiliation, à deux doigts du châtiment mortel »⁵⁷³.

Le deuxième et le troisième chapitre de notre étude ont présenté la réalité du patient *perdu de vue*. À la lumière de l'idée du mouvement d'existence du sujet et de l'anthropologie qui la sous-tend, il ressort que le patient séropositif est perdu dans la totalité de son être au monde. Cette *perte de vue*, en effet, n'est pas que médicale. Elle est aussi psychique, sociale, éthique, spirituelle au sens religieux du terme. Car, pour emprunter l'expression de Claire Marin :

« La maladie est littéralement une catastrophe, bouleversement brutal du monde intérieur, du sens de l'identité du malade, de son existence même. Elle est rupture et fracture dans la continuité de l'expérience, mais aussi violente perturbation, brouillage de la représentation du monde et de soi, perte de repères. Dans ce renversement, elle assigne au malade une autre identité, à son corps défendant. Une identité dans laquelle le malade ne se reconnaît plus et dans laquelle les autres parfois ne le retrouvent pas non plus. Une identité vécue le plus souvent sur le mode négatif, dévalorisante et humiliante »⁵⁷⁴.

Mise en relation avec la pensée d'Anne-Marie Saunal et celle de Claire Marin, la *perte de vue* médicale de la PVVIH n'est-elle pas une *perte de vue* contingente traduisant la *perte de vue* essentielle ? En effet, le patient est perdu dans l'idée qu'il a de lui-même et de l'autre aussi bien humain que divin ; il a perdu les repères par lesquels il se reconnaissait lui-même et identifiait l'autre/Autre. En outre, l'autre, humain et non pas divin, a lui aussi perdu le patient. Car il ne sait plus le reconnaître. Tous deux sont dans un cercle vicieux de *perte de vue*. Pour sa part, Dieu n'a pas perdu l'homme aux prises avec la souffrance. Car il pense toujours à lui comme nous l'avons souligné au cinquième chapitre.

Comment les *soins spirituels pastoraux* peuvent-ils aider le patient séropositif à restaurer sa vie ? N'est-ce pas en articulant santé, souffrance et salut ? C'est une démarche intérieure consistant à redécouvrir l'image de soi et celle de l'autre/Autre.

⁵⁷³ *Ib.*, p. 97.

⁵⁷⁴ Cf. Claire MARIN, *La maladie, catastrophe intime*, Paris, PUF, 2014, p. 6.

Conclusion

On l'aura pressenti, ce chapitre confère un nouveau statut à l'accompagnement spirituel de la personne vivant avec le VIH/SIDA en milieu hospitalier catholique de Kinshasa. Il ne s'agit ni d'un agir pastoral basé exclusivement sur les rites ecclésiaux, ni d'une appropriation biomédicale du concept de spiritualité, mais plutôt de *soins spirituels pastoraux* intégrés dans la pratique hospitalière et dans l'Église. En d'autres termes, il s'agit d'un *prendre soin* articulant santé, souffrance et salut.

Ce nouveau statut permet de réaliser une juste rencontre chrétienne avec la PVVIH pour qu'en elle se produise le salut intégral. Les *soins spirituels pastoraux* transforment ainsi la souffrance en un lieu où l'homme devant Dieu s'adresse à son créateur dans un dialogue qui n'est plus un monologue. En ce sens, Dieu n'est plus un interlocuteur lointain et aphone, mais un mystérieux allié luttant pour et avec le sujet souffrant.

Articulant destinée anthropologique et destinée théologique, guérison intérieure et guérison extérieure, humanisation et divinisation ; s'intégrant en milieu hospitalier et en Église, les *soins spirituels pastoraux* restaurent au tréfonds du patient séropositif le *corpore et anima unus*, l'*imago dei* et la *persona*. En ouvrant à l'éternité, ils sauvent le présent et l'avenir.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Tout au long de cette étude, nous nous sommes efforcé de dégager les enjeux majeurs de l'accompagnement spirituel de la personne vivant avec le VIH/SIDA en milieu hospitalier catholique de Kinshasa : l'articulation santé-souffrance-salut et l'intégration des *soins spirituels pastoraux* dans l'Institution de santé et dans l'Église.

Les différentes sections relèvent ces enjeux, selon qu'il s'agisse des chapitres se rapportant à la phase descriptive, au ressourcement théologique ou aux perspectives d'avenir. Ces chapitres ne sont ni linéaires, ni juxtaposés, mais plutôt interactifs.

Les 23^{ème} et 24^{ème} *Semaines théologiques* de Kinshasa ainsi que la pratique en aumônerie hospitalière catholique contiennent en filigrane ces enjeux théologiques et pastoraux. En effet, ces deux colloques ainsi que les résolutions et les recommandations qui y ont été formulées les sous-entendent avec une subtilité remarquable. Les concepts de guérison, de souffrance, et de salut y sont évoqués en lien avec ceux de pastorale, de catéchèse et d'accompagnement des malades. Scrutés à fond, ces deux pôles qui ont déclenché en nous l'idée du présent projet de recherche révèlent que ces concepts sont à articuler les uns aux autres, en même temps qu'il faut les intégrer sans confusion dans la pratique ecclésiale et dans les soins.

Le premier chapitre a, d'une part, essayé de mettre en lumière la souffrance globale de la PVVIH. En ce sens, « la maladie et la souffrance ne sont pas des expériences qui regardent seulement le substrat physique de l'homme, mais l'homme, dans sa totalité et dans son unité somatique-spirituelle »⁵⁷⁵. D'autre part, puisque la souffrance causée par cette pandémie est globale, la prise en charge du patient qui en est affecté se veut elle aussi globale. Elle est

⁵⁷⁵JEAN-PAUL II, *Lettre Apostolique Moto proprio Dolentium Hominum*, n°2.

médicale, psychologique, socioculturelle, économique, spirituelle. En effet, comme l'écrit le Pape Jean-Paul II, « maladie et souffrance sont des phénomènes qui, scrutés à fond, présentent toujours des interrogations qui vont au-delà de la médecine elle-même pour atteindre l'essence de la condition humaine en ce monde (...). On comprend donc facilement l'importance que revêt, dans les services socio-sanitaire, la présence non seulement de pasteurs d'âmes, mais aussi d'un personnel sanitaire qui soit guidé par une vision intégralement humaine de la maladie, et sache en conséquence réaliser une proximité complète envers le malade qui souffre »⁵⁷⁶.

C'est dans cette perspective que nous avons relevé la présence de deux modèles de prise en charge spirituelle du patient séropositif dans le milieu des soins : l'aumônerie hospitalière préconise une approche basée sur les rites, tandis que le PNLS prône une approche centrée sur le concept de spiritualité. Telle est la pratique qui pose question : ces deux modèles d'accompagnement spirituel fonctionnent de façon parallèle, l'un à côté de l'autre. L'enjeu réside dans leur articulation. À notre avis, il ne devrait pas s'agir de deux approches séparées, mais d'une même approche intégrant les deux visions. L'accompagnement spirituel ne se réduit pas aux rites, mais les englobe dans une pratique beaucoup plus large qui s'étend aux questions existentielles. Il y a donc « une nécessaire interaction entre l'exercice de la profession médicale et l'action pastorale, car l'unique objet des deux, c'est l'homme, pris dans sa dignité de fils de Dieu, de frère qui a besoin, tout comme nous, d'aide et de réconfort »⁵⁷⁷.

Les deuxième et troisième chapitres ont révélé un malaise qui sévit dans le milieu hospitalier catholique de Kinshasa : les patients *perdus de vue* de la prise en charge de l'infection à VIH. Ce phénomène met au grand jour le déficit d'accompagnement et questionne les deux modèles parallèles qui viennent d'être mentionnés. En effet, les raisons qui favorisent l'abandon des soins vont au-delà des rites. Elles renvoient plutôt aux questions existentielles de l'homme. Au fond, elles traduisent un sentiment d'insatisfaction et d'impuissance. C'est parce qu'il se sent impuissant face à une souffrance globale qui l'écrase, c'est aussi parce qu'il est insatisfait de l'approche de prise en charge et d'accompagnement qui lui est proposée que le patient séropositif abandonne les soins. Il se tourne vers d'autres voies qu'il croit meilleures. Malheureusement, là non plus, il ne trouvera pas le résultat escompté.

⁵⁷⁶ *Ib.*, n°2.

⁵⁷⁷ JEAN-PAUL II, *Le médecin au service de la vie : discours au Congrès mondial des médecins catholiques*, dans *La Documentation catholique*, 1840 (novembre 1982), p. 1032.

Ces trois chapitres descriptifs ont éclairé la problématique et ont permis de baliser le questionnement théologique : comment réaliser une juste rencontre chrétienne avec la PVVIH pour que se produise en elle un salut intégral ? Dans sa lettre apostolique *Motu proprio Dolentium hominum* par laquelle se constitue la Commission pontificale pour la pastorale des services de la santé, le pape Jean-Paul II n'écrit-il pas que : « pour le chrétien, la rédemption du Christ et sa grâce salvifique atteignent tout l'homme dans sa condition et donc y compris la maladie, la souffrance et la mort » ?⁵⁷⁸ Comment atteignent-elles la PVVIH aux prises avec une souffrance globale ?

Pour répondre à cette question, le quatrième chapitre s'est appuyé sur le Magistère de l'Église, afin d'y cerner l'enjeu majeur d'une juste rencontre avec le patient séropositif. L'enseignement officiel de l'Église sur la pandémie a permis d'effectuer une première compréhension théologique des enjeux de l'accompagnement spirituel de la personne vivant avec le VIH/SIDA en milieu hospitalier catholique de Kinshasa. L'articulation santé-souffrance-salut s'exprime ici en termes de dialogue entre la raison et la foi. Les deux s'enrichissent mutuellement. La raison médicale permet à la foi de s'exprimer avec lucidité, à son tour, la foi permet à la raison de s'exprimer en respectant la dignité humaine. Il est dès lors important de souligner que l'agent pastoral engagé dans la prise en charge de la PVVIH ne doit pas ignorer les principes de base de la réalité du virus de l'immunodéficience humaine, ainsi que ceux du syndrome de l'immunodéficience acquise. Par sa foi, l'agent pastoral ouvre le patient séropositif à une *ressource capacitante* non négligeable.

L'intégration de soins spirituels pastoraux s'exprime en termes d'action interdisciplinaire. Soignant et agent pastoral concourent, chacun à sa manière, au bien-être du sujet souffrant. Leur ennemi commun, c'est la souffrance. Mais quel sens donner à la souffrance ? En quoi est-elle un lieu pour le théologien ?

Le cinquième chapitre a tenté de répondre à ces deux questions. Il a d'abord clarifié ce qu'il faut entendre par lieu théologique et comment le concept de souffrance peut se prévaloir de ce qualificatif. Il a ensuite établi une distinction entre souffrance, mal, vulnérabilité et douleur. Après cette clarification conceptuelle, ce chapitre s'est penché sur la difficile question du sens de la souffrance. Il s'est avéré qu'en elle-même la souffrance n'a aucun sens, elle le reçoit.

⁵⁷⁸ ID., *Lettre Apostolique Moto proprio Dolentium Hominum*, n°2

Dans cette section de notre étude, la corrélation théologique a surtout consisté à comprendre la praxis du Christ face aux souffrants de son temps. L'enjeu majeur était de voir comment Jésus articule santé, souffrance et salut. La grande difficulté a concerné la pathologie du VIH/SIDA. Il s'agit d'une pandémie parue 2000 ans après Jésus-Christ ; aucun verset biblique ne traite de cette question. Mais, puisque le Magistère a attiré notre attention sur le dialogue entre la raison et la foi, nous nous sommes tourné vers la rationalité médicale pour comprendre les caractéristiques de la pandémie et voir dans quelle mesure établir une corrélation avec les données scripturaires.

Les sciences médicales, quant à elles, nous ont permis de comprendre que le VIH/SIDA est une maladie infectieuse qui provoque des conséquences physiques, psychiques, sociales et spirituelles. Il était dès lors possible de réaliser une homologie de rapport avec les données bibliques.

Durant sa vie terrestre, le Christ a soulagé toutes sortes de souffrances humaines comme en témoignent ses miracles de guérison et d'exorcisme. Nous avons ainsi cherché à identifier les maladies infectieuses du temps de Jésus. La lèpre est celle qui a le mieux rempli les critères. Elle est une maladie infectieuse aux conséquences physiques, psychiques, sociales et spirituelles. En effet, le lépreux de la Bible était aux prises avec la souffrance globale. Il souffrait dans son corps défiguré ou mutilé ; il était affecté psychologiquement car il habitait sa maladie comme une crise existentielle ; exclu de la société et du culte, il vivait sa maladie comme une impureté.

C'est dans ce contexte de la souffrance globale du lépreux que le Christ réalise une juste rencontre en articulant santé, souffrance et salut. Il guérit le malade au niveau physique et le purifie. Le nouveau guéri est réinséré socialement et culturellement. Cette pratique de Jésus éclaire ce que doit être une prise en charge globale de la PVVIH, considérée comme le lépreux du troisième millénaire, et surtout comment penser l'intégration de l'accompagnement spirituel dans les soins.

Les miracles de guérison et d'exorcisme réalisés par Jésus-Christ ont pour finalité le salut. C'est parce qu'il apporte le salut intégral que Jésus-Christ veut libérer l'homme de la maladie et de la souffrance.

Le sixième chapitre a inversé la démarche pour penser le non-sens à partir du sens, afin de donner sens au non-sens. De même que la croix trouve sa pleine signification dans la résurrection du Christ, de même la souffrance peut trouver sens à partir de la notion du salut.

Ce chapitre a analysé deux registres : la *sotériologie populaire* et la *sotériologie savante*. Ces deux registres ont montré que tout homme a besoin du salut. Celui-ci s'exprime en termes de destinée et de libération. En effet, tout homme, quel qu'il soit, veut réussir sa vie. Mais sur son chemin d'accomplissement, il rencontre des obstacles. La maladie avec son corollaire de souffrance deviennent ainsi des obstacles dont il faut être libéré. Le VIH/SIDA est un obstacle à l'accomplissement de l'homme. À l'annonce d'un diagnostic positif, la PVVIH commence le *chemin de Croix*. Tout s'écroule pour elle. Elle porte la croix. Durant le temps de la maladie, elle descend aux enfers. La difficulté réside dans la direction à prendre pour en sortir.

Alors que le Christ sort des enfers pour monter au ciel, le *perdu de vue* veut sortir pour retourner à la terre. En outre, alors que le Christ ressuscité passe du Samedi Saint au Dimanche de la résurrection, le *perdu de vue* veut passer du Samedi Saint au Jeudi Saint. Ce qui n'est pas du tout possible. Le Christ ressuscité se montre à ses disciples avec un corps glorieux mais qui garde les stigmates de la passion, le *perdu de vue*, lui, veut une résurrection sans stigmates. Or jusqu'à présent, il est impossible de guérir du VIH/SIDA. Ce qui est possible, c'est d'améliorer la qualité de vie, sans supprimer le virus.

La théologie du mystère pascal exprime aussi un appel à la solidarité. Jésus s'est montré solidaire avec les morts. Il est descendu aux enfers, état d'une plus grande vulnérabilité qui puisse être pensée. En enfer, Jésus est amorphe, il ne peut rien de lui-même. Dans sa plus grande vulnérabilité, la PVVIH est amorphe. Puisque devenu amorphe, Jésus ne pouvait pas se ressusciter par lui-même. C'est le Père qui le ressuscite, par la force de l'Esprit. Devenue amorphe, la PVVIH a besoin d'une force qui lui vienne d'un autre/Autre. C'est ici que l'accompagnement spirituel prend tout son sens.

Le septième chapitre a proposé des pistes de réflexion à partir desquelles des pratiques concrètes peuvent prendre corps, afin de réaliser une juste rencontre chrétienne avec la PVVIH. Ces pistes s'orientent dans deux directions : les *soins spirituels pastoraux* articulés et les *soins spirituels pastoraux* intégrés. En réalité, il s'agit des mêmes soins qui s'articulent et s'intègrent en même temps. En ce sens, articulation et intégration ne sont pas à penser comme juxtaposées, mais comme en interaction mutuelle. L'enjeu principal consiste à rendre compte de cette circularité relationnelle.

Par *soins spirituels pastoraux* articulés, nous entendons un accompagnement pastoral susceptible de faire advenir un dialogue fructueux, pertinent et efficient entre santé, souffrance et salut. Ce dialogue n'est possible que si on articule *vie biologique* et *vie zôè-logique*, humanisation et divinisation, guérison physique et guérison intérieure. Par ce travail d'articulation, les soins spirituels pastoraux tentent de raviver chez la PVVIH le *Pneuma Toû Theoû* afin qu'il produise des *ressources capacitantes* qui pourront l'aider à traverser la souffrance.

Cette étude est une modeste contribution à la prise en charge globale de la PVVIH et à l'agir pastoral en milieu hospitalier catholique de Kinshasa. Nos conclusions ne sont pas applicables toujours et partout. Car notre étude, tout en étant ouverte à d'autres contextes, reste circonscrite en un lieu. En outre, les pistes de réflexion évolueront avec les connaissances et découvertes ultérieures.

BIBLIOGRAPHIE

I. Saintes Écritures

- *Bible de Jérusalem*, Paris, Cerf, 2001.
- *Traduction Œcuménique de la Bible*, Paris, Cerf, 2004.

II. Documents d'Églises

- ARCHIDIOCÈSE DE KINSHASA, *Gouvernement Pastoral de l'Archidiocèse de Kinshasa*, Kinshasa, éd. de l'Archidiocèse, 2003.
- ARCHIDIOCÈSE DE KINSHASA, *Le concile Vatican II et l'avenir de notre Église. Actes du Synode diocésain (1986-1988)*, t. 1, Kinshasa, éd. de l'Archidiocèse, 1988.
- ARCHIDIOCÈSE DE KINSHASA, *Le concile Vatican II et l'avenir de notre Église. Actes du Synode Diocésain (1986-1988)*, t. 2, Kinshasa, éd. de l'Archidiocèse, 1988.
- BENOÎT XVI, *Exhortation Apostolique Post-synodale Africae Munus* (2011), Rome, Libreria editrice vaticana, 2011.
- BENOÎT XVI, *Lettre Encyclique Deus Caritas est* (2005), Kinshasa, Médiaspaul, 2006.
- CONFÉRENCE ÉPISCOPALE NATIONALE DU CONGO, *Déclaration du Comité permanent de la CENCO sur la lutte contre le VIH/SIDA*, Kinshasa, éd. du Secrétariat Général, 2007.
- CONFÉRENCE ÉPISCOPALE NATIONALE DU CONGO, *Orientations pastorales de la CENCO dans la lutte contre le VIH/SIDA en RDC*, Kinshasa, éd. du Secrétariat Général, 2008.
- CONSEIL ŒCUMÉNIQUE DES ÉGLISES, *Écouter avec amour, conseil pastoral : l'accompagnement chrétien des personnes vivant avec le VIH/SIDA*, Genève, WCC Publications, 2007.
- CONSEIL ŒCUMÉNIQUE DES ÉGLISES, *Guide pour l'accompagnement pastoral des personnes touchées par le VIH/SIDA*, Genève, Action des Églises pour la santé, 1990.
- DEUXIÈME CONCILE DU VATICAN, *Les seize documents conciliaires*, Montréal, Fides, 2001.

- ÉGLISE CATHOLIQUE, *Sacrements pour les malades : pastorale et célébrations*, Paris, Chatelet-Tardy, 1977.
- ÉGLISE CATHOLIQUE, *Catéchisme de l'Église Catholique*, Kinshasa, Médiaspaul, 1994.
- ÉGLISE CATHOLIQUE, *Code de Droit canonique bilingue et annoté*, Paris, Cerf/Tardy, 2009.
- ÉGLISE CATHOLIQUE, *Instrumentum laboris de la deuxième Assemblée spéciale pour l'Afrique du Synode des évêques*, dans *La Documentation catholique*, 2422 (avril 2009), p. 405-431.
- ÉGLISE CATHOLIQUE, *Les 57 propositions pour l'Afrique*, dans *La Documentation catholique*, 2434 (novembre 2009), p. 1035-1055.
- JEAN-PAUL II, *Lettre Encyclique Redemptor hominis* (1979), Kinshasa, éd. Saint Paul Afrique, 1979.
- JEAN-PAUL II, *Discours à des médecins et à des chirurgiens*, dans *La Documentation Catholique*, 1796 (novembre 1980), p. 1038-1039.
- JEAN-PAUL II, *Le médecin au service de la vie. Discours au Congrès mondial des médecins catholiques*, dans *La Documentation catholique*, 1840 (novembre 1982),
- JEAN-PAUL II, *Lettre Apostolique Salvifici doloris* (1984), dans *La Documentation Catholique*, 1869 (mars 1984), p. 233-250.
- JEAN-PAUL II, *Lettre Apostolique Moto proprio Dolentium hominum* (1985), Rome, Libreria editrice vaticana, 1985.
- JEAN-PAUL II, *Lettre Encyclique Redemptoris missio* (1990), Kinshasa, éd. Saint Paul Afrique, 1991.
- JEAN-PAUL II, *L'Église face au défi du Sida. Discours aux participants à la Conférence internationale organisée par le Conseil pontifical pour la pastorale des Services de la santé*, dans *La Documentation catholique*, 1998 (janvier 1990), p. 56-59.
- JEAN-PAUL II, *Lettre Encyclique Centesimus annus* (1991), Rome, Libreria editrice vaticana, 1991.
- JEAN-PAUL II, *Exhortation Apostolique Post-synodale Ecclesia in Africa* (1995), Rome, Libreria editrice vaticana, 1995.
- JEAN-PAUL II, *Lettre Encyclique Evangelium vitae* (1995), Rome, Libreria editrice vaticana, 1995.
- JEAN-PAUL II, *Lettre Encyclique Fides et Ratio* (1998), Kinshasa, Médiaspaul, 1998.
- PAUL VI, *Evangelii nuntiandi*, Kinshasa, éd. Saint Paul Afrique, 1975.

- SYMPOSIUM DES CONFÉRENCES ÉPISCOPALES D'AFRIQUE ET DE MADAGASCAR, *Déclaration de Gorée* est repris dans *La Documentation catholique*, 2249 (juin 2001), p. 529.
- SYMPOSIUM DES CONFÉRENCES ÉPISCOPALES D'AFRIQUE ET DE MADAGASCAR, *Notre prière est pleine d'espérance. Message et plan d'action du SCEAM contre le sida*, dans *La Documentation catholique*, 2307 (février 2004), p. 135-138.

III. Ouvrages

- ASSEMBLÉE NATIONALE RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Constitution de la République Démocratique du Congo (Journal officiel de la République Démocratique du Congo, numéro spécial de février 2006)*, Kinshasa [s.n.], 2006.
- AUDINET Jacques, *Écrits de théologie pratique*, Ottawa, Novalis, 1995.
- BIANCHI Enzo et MANICARDI Luciano, *Accompagnement des malades*, Genève, Parole et Silence, 2003.
- BLASER Klauspeter, *La théologie au XXe siècle : Histoire-Défis-Enjeux*, Lausanne, éd. L'Age de l'Homme, 1995.
- BOUCHARD Olivier et NDOUR Tidiane (éd.), *Prise en charge globale du VIH dans les pays à ressources limitées : guide de formation à l'usage des paramédicaux*, Paris, éd. Doin, 2011.
- BOURGINE Benoît, RODRIGUES Paulo et SCOLAS Paul (éd.), *La margelle du puits, Adolphe Gesché : une introduction*, Paris, Cerf, 2013.
- BRUSCO Angelo, *Humanisation des milieux de santé*, Montréal, éd. Paulines, 1984.
- BUETUBELA Paul-Marie, *Les miracles aujourd'hui*, Kinshasa, Médiaspaul, 2002.
- BUREAU DIOCÉSAIN DES ŒUVRES MÉDICALE DE L'ARCHIDIOCÈSE DE KINSHASA, *Plan stratégique du BDOM-Kinshasa (2004-2009)*, Kinshasa, [s.n.], 2004.
- BUREAU DIOCÉSAIN DES ŒUVRES MÉDICALE DE L'ARCHIDIOCÈSE DE KINSHASA, *Rapport annuel 2006*, Kinshasa, [s.n.], 2006,
- CARITAS CONGO, *Rapport d'activités*, [s.n.], 2008.
- COLLAUD Thierry, *Démence et résilience : mobiliser la dimension spirituelle (Soins et Spiritualités, 2)*, Bruxelles, Lumen vitae, 2013.
- COMBLIN Joseph, *Anthropologie chrétienne*, Paris, Cerf, 1991.
- COMMISSION THÉOLOGIQUE INTERNATIONALE, *La théologie aujourd'hui : perspectives, principes et critères*, Paris, Cerf, 2012.
- COSMAO Vincent, *Changer le monde : une tâche pour l'Église*, Paris, Cerf, 1979.

- D'HOUTAUD Alphonse, *Sociologie de la santé : langage et savoir, environnement et éthique*, Paris, L'Harmattan, 1998.
- DEMASURE Karlijn (éd.), *Se relever après l'abus sexuel : accompagnement psycho-spirituel des survivants* (Soins et Spiritualités, 5), Bruxelles, Lumen vitae, 2014.
- DÉPELTEAU François, *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003.
- DESMET Marc, *Vivre la gestion hospitalière : une question spirituelle ?* (Soins et Spiritualités, 6), Bruxelles, Lumen vitae, 2015.
- DUPUIS Michel, *Le soin, une philosophie*, Paris, éd. Seli Arslan, 2013.
- ELA Jean-Marc, *Ma foi d'Africain*, Paris, Karthala, 1985.
- FRICK Eckhard, *Se laisser guérir : réflexion spirituelle et psychanalytique* (Soins et Spiritualités, 1), Bruxelles, Lumen vitae, 2011.
- GESCHÉ Adolphe, *Dieu pour penser*, t. 1 : *Le mal*, Paris, Cerf, 1993.
- GESCHÉ Adolphe, *Dieu pour penser*, t. 2 : *L'homme*, Paris, Cerf, 1993.
- GESCHÉ Adolphe, *Dieu pour penser*, t. 3 : *Dieu*, Paris, Cerf, 1994.
- GESCHÉ Adolphe, *Dieu pour penser*, t. 6 : *Le Christ*, Paris, Cerf, 2001.
- GESCHÉ Adolphe, *Dieu pour penser*, t. 5 : *La destinée*, Paris, Cerf, 2003.
- GESCHÉ Adolphe *Pensées pour penser*, t. 1 : *Le mal et la lumière*, Paris, Cerf, 2003.
- JACQUEMIN Dominique, *Bioéthique, médecine et souffrance : jalons pour une théologie de l'échec*, Montréal, Médiaspaul, 2002.
- JACQUEMIN Dominique *Quand l'autre souffre : éthique et spiritualité*, Bruxelles, Lessius, 2010.
- JOBIN Guy (éd.), *Sida, rites et hospitalité : aux croisements de la spiritualité et de la santé*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2011.
- JOBIN Guy, *Des religions à la spiritualité : une approche biomédicale du religieux dans l'hôpital* (Soins et Spiritualités, 3), Bruxelles, Lumen Vitae, 2012.
- JOURDENAIS Manon et NADEAU Jean-Guy (éd.), *Maintenant que ne vais plus mourir. L'expérience spirituelle des homosexuels vivant avec le VIH/sida : guide pour l'accompagnement*, Québec, Fides, 1998.
- KÜNG Hans, *L'homme, la souffrance et Dieu*, Paris, Desclée De Brouwer, 1969.
- LAMBERT Dominique et REZSÖHAZY René, *Comment les pattes viennent au serpent : Essai sur l'étonnante plasticité du vivant*, Paris, Flammarion, 2004.
- LARCHET Jean-Claude, *Théologie de la maladie*, Paris, Cerf, 2001, 3^{ème} édition.

- LARCHET Jean-Claude, *Dieu ne veut pas la souffrance des hommes*, 2^{ème} édition revue et augmentée, Paris, Cerf, 2008.
- LARCHET Jean-Claude, *Théologie du corps*, Paris, Cerf, 2009.
- LARCHET Jean-Claude, *Le chrétien devant la maladie, la souffrance et la mort*, Paris, cerf, 2010.
- LE BLANC Guillaume, *Que faire de notre vulnérabilité ?* Paris, Bayard, 2011.
- LECUIT Jean-Baptiste, *L'anthropologie théologique à la lumière de la psychanalyse : la contribution majeure d'Antoine Vergote* (Cogitatio fidei, 259), Paris, Cerf, 2007.
- LEIBNIZ, *Essais de théodicée*, Paris, Imprimerie et librairie classiques, 1974.
- LUNEAU René, *Paroles et silences du Synode africain (1989-1995)*, Paris, Karthala, 1997.
- MABUNDU Fidèle, *Lire la Bible en milieu populaire*, Paris, Karthala, 2003.
- *Maladie et Souffrance en Afrique : l'Église interpellée par la pandémie du SIDA. Actes de la XXIV^{ème} Semaine théologique de Kinshasa du 21 au 26 février 2005*, Kinshasa, FCK, 2007.
- MALDAMÉ Jean-Michel, *Le scandale du mal : une question posée à Dieu*, Paris, Cerf, 2001.
- MARCOTTE Eugène, *La nature de la théologie d'après Melchior Cano*, Ottawa, éd. de l'Université, 1949.
- MARGRON Véronique et POCHÉ Fred, *L'échec traversé*, Paris, Desclée de Brouwer, 2003.
- MARIN Claire, *La maladie : catastrophe intime*, Paris, PUF, 2014.
- METZ Jean-Baptiste, *Pour une théologie du monde* (Cogitatio fidei, 57), Paris, Cerf, 1971.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Manuel du Centre de Santé*, t. 3, Kinshasa, [s.n.], 1995, 2^{ème} édition.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, *Vade-mecum du partenariat dans le secteur de la santé*, Kinshasa, [s.n.], 2002.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Recueil des normes de la zone de santé*, [s.n.], 2006.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Stratégie de renforcement du système de santé*, Kinshasa, [s.n.], 2006.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Convention-cadre de partenariat n°1250/CAB/MIN/SP/009/2007 du 20 septembre 2007 entre le*

Gouvernement de la République Démocratique du Congo et le Comité permanent des Évêques du Congo asbl, portant sur la collaboration dans le domaine de la santé, Kinshasa, [s.n.], 2007.

- MOLTSMANN Jürgen, *Le Dieu crucifié : la croix du Christ, fondement et critique de la théologie chrétienne* (Cogitatio fidei, 80), Paris, Cerf, 1974.
- MONODE-ZORZI Stefanie, *Soins aux personnes âgées : intégrer la spiritualité ?* (Soins et Spiritualités, 2), Bruxelles, Lumen vitae, 2012.
- MOREAU Régis, *Guide de lecture des textes du Concile Vatican II : Gaudium et Spes 1965*, Perpignan, Artège, 2012.
- MUTEBA Fulgence, *Le stage pastoral au-delà de la banalité : contribution à la formation pratique des candidats au presbytérat* (Église africaine en dialogue. Travaux de la Faculté de Théologie, 19), Kinshasa, Université catholique du Congo, 2014.
- NKULU Olivier, *La maladie vue par les médecines et les croyances : un regard à partir de la phénoménologie*, Paris, Persée, 2013.
- NKULU Olivier, *La théologie académique : une discipline en éclipse*, Paris, L'Harmattan, 2013.
- NUSSBAUM Martha, *Femmes et développement humain. L'approche des capacités*, Paris, Des femmes-Antoinette Fouqué, 2008.
- NUSSBAUM Martha, *Capacités : comment créer les conditions d'un monde plus juste ?*, Paris, Climats, 2012.
- OGDEN Jane, *Psychologie de la santé*, Bruxelles, Boeck, 2008.
- PAILLÉ Pierre et MUCCHIELLI Alex, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 2010, 2^{ème} édition.
- PEREIRA José, *Accompagner en fin de vie : intégrer la dimension spirituelle dans le soin*, Montréal, Médiaspaul, 2007.
- PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Guide National de traitement de l'infection à VIH par les antirétroviraux*, Kinshasa, 2005.
- PROGRAMME NATIONAL MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Plan stratégique national de lutte contre le SIDA (2010-2014)*, Kinshasa, [s.n.], 2009.
- PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Module de formation du prestataire sur la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Manuel du formateur*, Kinshasa, [s.n.], 2010.

- PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Module de formation du prestataire sur la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Manuel du participant*, Kinshasa, [s.n.], 2010.
- PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Guide national de prise en charge de l'infection à VIH en RDC*, Kinshasa, [s.n.], 2013.
- RAHNER Karl et VORGRIMLER Herbert, *Petit dictionnaire de théologie catholique*, Paris, éd. du Seuil, 1970.
- RATZINGER Joseph, *Jésus de Nazareth : connaître et comprendre Jésus*, Paris, éd. Flammarion, 2007.
- *Repenser le salut chrétien dans le contexte africain. Actes de la XXIII^{ème} Semaine théologique de Kinshasa du 10 au 15 mars 2003*, Kinshasa, FCK
- RICŒUR Paul, *Le Juste*, t. 2, Paris, éd. Esprit, 2001, p. 227-243.
- RIMBAUT Gwennola, *Soutenir une démarche spirituelle en milieu hospitalier*, Bruxelles, Lumen vitae, 2006.
- SAUNAL Anne-Marie, *Des vies restaurées*, Paris, Cerf, 2014.
- SESBOÜÉ Bernard, *Jésus-Christ l'unique médiateur : essai sur la rédemption et le salut*, t.1 : *Problématique et relecture doctrinale*, Paris, Desclée, 1988, 2^{ème} édition corrigée et mise à jour.
- SESBOÜÉ Bernard, *Jésus-Christ l'unique médiateur : essai sur la rédemption et le salut*, t.2 : *Les récits du salut : Proposition de sotériologie narrative*, Paris, Desclée, 1995.
- SHIMBA Gilbert, *Guérison par la foi dans l'Église catholique de Kinshasa : approche lexicale, sociologique et théologique* (thèse inédite de doctorat en théologie), Kinshasa, 2002 (Promoteur Joseph NTEDIKA).
- SHIMBA Gilbert, *Dieu est-il l'auteur de nos maladies ?*, Kinshasa, Médiaspaul, 2004.
- SHIMBA Gilbert, *Comment guérir par la prière*, Kinshasa, Médiaspaul, 2005.
- SHIMBA Gilbert, *Guérison par la foi dans l'Église catholique de Kinshasa : approche sociologique*, Paris, Edilivre, 2012.
- SHIMBA Gilbert, *Pourquoi le renouveau charismatique pose problème ?*, Kinshasa, Médiaspaul, 2007.
- TEMPELS Placide, *La philosophie bantoue*, Paris, Présence africaine, 1945.
- THEOBALD Christoph, *Transmettre un Évangile de liberté*, Paris, Bayard, 2007.
- THÉVENOT Xavier, *Souffrance, bonheur et éthique. Conférences spirituelles*, Paris, éd. Salvator, 1990.

- THÉVENOT Xavier, *Souffrance, bonheur et éthique. Conférences spirituelles*, Paris, éd. Salvador, 2002.
- THÉVENOT Xavier, *La souffrance a-t-elle un sens ?* Paris, éd. Don Bosco, 2011.
- TILLARD Jean-Marie e.a., *Foi populaire, foi savante. Actes du Vème Colloque du Centre d'études d'histoire des religions populaires tenu au Collège dominicain de théologie (Ottawa)*, Paris, Cerf, 1976.
- TILlich Paul, *Théologie systématique*, t.1 : *Introduction. Première partie : raison et révélation*, Paris, Cerf, 2000.
- TSHIKENDWA Ghislain, *De l'absurdité de la souffrance à l'espérance : une lecture du livre de Job en temps du VIH/SIDA*, Kinshasa, Médiaspaul, 2004.
- VAN CAMPENHOUDT Luc, et QUIVY Raymond, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, 2011, 4^{ème} édition entièrement revue et augmentée.
- VAN DIJK Rijk, DILGER Hansjörg, BURCHARDT Marian et RASING Thera (éd.), *Religion AIDS Treatment in Africa : Saving Souls, Prolonging Lives*, Farnham, Ashgate, 2004.
- VIAU Marcel, *Introduction aux études pastorales*, Montréal, Ed. Paulines/ Médiaspaul, 1987.
- VIAU Marcel, *La nouvelle théologie pratique*, Montréal, éd. Paulines/ Médiaspaul, 1993.
- VON BALTHASAR Hans, *Le mystère pascal* (Dogmatique de l'histoire du salut, 12), Paris, Cerf, 1972.
- VON BALTHASAR Hans, *La Dramatique divine*, t. 3 : *L'action*, Namur, culture et vérité, 1990.
- VON BALTHASAR Hans, *La gloire et la croix*, t. 5 : *Nouvelle Alliance*, Paris, Desclée de Brouwer, 1990.
- VON BALTHASAR Hans, *La dramatique divine*, t. 4 : *Le dénouement*, Namur, Culture et vérité, 1993.
- VON BALTHASAR Hans, *La théologique*, t. 2 : *Vérité de Dieu*, Namur, Culture et vérité, 1995.
- VON BALTHASAR Hans, *Au cœur du mystère rédempteur*, Magny-les-Hameaux, SOCEVAL éditions, 2005.
- WALDENFELS Hans, *Manuel de théologie fondamentale*, Paris, Cerf, 1997.
- WÉNIN André, *L'homme biblique : lecture dans le premier Testament*, Paris, Cerf, 2009, 2^{ème} édition revue et augmentée.

- WÉNIN André, *Pas seulement de pain... Violence et alliance dans la Bible*, Paris, Cerf, 1998.

IV. Articles

- BASSET Lytta, *La guérison : restauration de la capacité de relation*, dans *Sciences pastorales*, 24,1 (2005), p. 9-34.
- BASZANGER Isabelle, *Douleur*, dans LECOURT Dominique (éd.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, p. 356-361.
- BLOND Serge, *Physiopathologie de la douleur*, dans JACQUEMIN Dominique et DE BROUCKER Didier (éd.), *Manuel de soins palliatifs*, Paris, Dunod, 2009, p. 195-203, 3^{ème} édition.
- BORRAS Alphonse, *Statut canonique de l'équipe d'aumônerie hospitalière*, dans L'ÉQUIPE D'AUMÔNERIE HOSPITALIER, *Accueillir, accompagner, annoncer*, Bouge, Imprimerie Médiascreen, 1992, p. 45-67.
- BUETUBELA Paul-Marie, *Libération et salut dans la praxis de Jésus de Nazareth*, dans *Repenser le salut chrétien dans le contexte africain. Actes de la XXIIIe Semaine Théologique de Kinshasa du 10 au 15 mars 2003*, Kinshasa, FCK, 2004, p. 93-105.
- BUETUBELA Paul-Marie, *Maladie et guérison dans la praxis de Jésus selon les synoptiques*, dans *Maladie et souffrance en Afrique : l'Église interpellée par la pandémie du SIDA. Actes de la XXIVe Semaine Théologique de Kinshasa du 21 au 26 février 2005*, Kinshasa, FCK, 2007, p.75-104.
- CHENU Marie-Dominique, *Les lieux théologiques chez Melchior Cano*, dans AUDINET Jacques e.a., *Le déplacement de la théologie. Actes du colloque méthodologique de février 1976 (Le point théologique, 21)*, Paris, éd. Beauchesne, 1977, p. 45-50.
- DE SAINT MOULIN Léon, *La perception du mal à Kinshasa et dans quelques localités du Zaïre*, dans *Revue Africaine de Théologie*, 19 (1995), p. 53-92.
- DE SAINT MOULIN Léon, *La perception du salut et de la libération à Kinshasa*, dans *Repenser le salut chrétien dans le contexte africain. Actes de la XXIII^{ème} Semaine théologique de Kinshasa du 10 au 15 mars 2003*, Kinshasa, FCK, 2004, p. 21-37.
- DERROITTE Henri, *Construire un projet pastoral : étapes et méthodes*, dans ROUTHIER Gilles et VIAU Marcel (éd.), *Précis de théologie pratique*, Bruxelles, Lumen Vitae, 2007, 2^{ème} édition augmentée, p. 687-696.
- DI MATTIA Lino, *Maladie et guérison en Afrique*, dans CENTRE POUR L'INCULTURATION, *Souffrance, maladie et mort en Afrique subsaharienne : perspectives pour l'inculturation* (Recherche et documents, 3), Nairobi, Mariapolis Piero, 2005, p. 93-117.

- DILLEN Annemie et MAGER Robert, *Research in Pratical Theology : Methods, Methology and Normativity*, dans WOLFTEICH Claire (éd.), *Invitation to Pratical Theology : Catholic voices and visions*, New York, Paulist press, 2014, p. 301-328.
- DONZÉ Marc, *La théologie pratique entre corrélation et prophétie*, dans GISEL Pierre (éd.), *Pratique et théologie*, Genève, Labor et Fides, 1989, p. 183-190.
- DONZÉ Marc *Théologie pratique et méthode de corrélation*, dans VISSCHER Adrian (éd.), *Les études pastorales à l'Université*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 1990, p. 82-100.
- ENGELHARDT Hugh –Tristram, *Les concept de santé et de maladie*, dans GIROUX Elodie et LEMOINE Maël (éd.), *Philosophie de la médecine : santé, maladie, pathologie*, Paris, Librairie philosophique J. VRIN, 2012, p. 231-258.
- GEFFRÉ Claude, *Du savoir à l'interprétation*, dans AUDINET Jacques e.a., *Le déplacement de la théologie. Actes du colloque méthodologique de février 1976* (Le point théologique, 21), Paris, éd. Beauchesne, 1977, p. 51-64.
- GIRE Pierre, *Pour une métaphysique de la personne : qu'est-ce que la personne humaine ?*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale*, 195 (1995), p. 13-27.
- GREINACHER Norbert, *La théologie pratique comme théorie critique de la pratique ecclésiale dans le monde*, dans Adrian VISSCHER (éd.), *Les études pastorales à l'Université*, p. 279-297.
- *Hypostase*, dans *Dictionnaire de théologie catholique*, t. 7, Paris, Librairie Letouzey et Ané, 1922, p. 370-437.
- JACQUEMIN Dominique, *La confrontation à la souffrance : un lieu pour penser le lien entre éthique et spiritualité*, dans LEBOUL Daniel et JACQUEMIN Dominique (éd.), *Spiritualité : interpellation et enjeux pour le soin et la médecine*, (Les Carnets de l'espace éthique de Bretagne occidentale, 2), Montpellier, Sauramps médical, 2010, p. 53-78.
- JACQUEMIN Dominique, *Douleur/souffrance*, dans LÉMOINE Laurent, GAZIAUX Éric et MÜLLER Denis (éd.), *Dictionnaire encyclopédique d'éthique chrétienne*, Paris, Cerf, 2013, p. 640-648 ;
- JACQUEMIN Dominique, *Soins palliatifs : entre rationalité, spiritualité et existence*, dans JACQUEMIN Dominique et DE BROUCKER Didier (éd.), *Manuel de soins palliatifs*, Paris, Dunod, 2014, 4^{ème} édition revue et augmentée, p. 125-131 ;
- JOBIN Guy, *La spiritualité : facteur de résistance au pouvoir biomédical de soigner ?*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale*, 266 (2011), p. 131-149.

- JOBIN Guy, *Êtes-vous en belle santé ? Sur l'esthétisation de la spiritualité en biomédecine*, dans JOBIN Guy, CHARRON Jean-Marie et NYABENDA Michel (éd.), *Spiritualité et biomédecine : enjeux d'une intégration*, Presses de l'Université Laval, 2013, p. 41-61.
- KABASELE André, *De la culpabilité à la responsabilité : regard sur la figure de Job et actualisation*, dans *Maladie et souffrance en Afrique : l'Église interpellée par la pandémie du SIDA. Actes de la XXIV^e Semaine théologique de Kinshasa du 21 au 26 février 2005*, Kinshasa, FCK, 2007, p. 59-74.
- LADARIA Luis, *Anthropologie chrétienne*, dans LATOURELLE René (éd.), *Dictionnaire de théologie fondamentale*, Paris, Cerf/Montréal, Bellarmin, 1992, p. 38-45.
- LAMBERT Dominique, *Faut-il se libérer de la fragilité ? Questions posées par une robotisation des activités humaines*, dans ARS Bernard (éd.), *Fragilité, dis-nous ta grandeur ! Un maillon clé au sein d'une anthropologie postmoderne*, Paris, Cerf, 2013, p. 101-118.
- LAMBERT Dominique, *Risques et espoirs d'un discours sur la vulnérabilité*, dans Bernard ARS (éd.), *Fragilité, dis-nous ta grandeur ! Un maillon clé au sein d'une anthropologie postmoderne*, Paris, Cerf, 2013, p. 13-30.
- LATARGET Jacques, *Porter sur la douleur un regard nouveau*, dans PERROTIN Catherine et DEMAISON Michel (éd.), *La douleur et la souffrance*, Paris, Cerf, 2002, p. 23-25.
- *Lèpre*, dans LÉON-DUFOUR Xavier (éd.), *Vocabulaire de théologie biblique*, Paris, Cerf, 1991, col. 655-656.
- LIÉGEOIS Axel, *Le conseiller spirituel et le partage d'informations en soins de santé : un plaidoyer pour un secret professionnel partagé*, dans *Counseling et spiritualité*, 29 (2010), p. 85-97.
- LIÉGEOIS Axel, *Pastoral counseling in care services: between confidential spece and integrated car*, dans *Counseling et spiritualité*, 25 (2006), p. 127-140.
- MAGER Robert, *La théologie universitaire et l'intelligence du devenir humain : en réaction à Jean-Marie Sevrin*, dans DUHAIME Jean et PETIT Jean-Claude (éd.), *Les lieux de la théologie aujourd'hui* (Théologiques, 14), 1, 2 (2006), p. 51-59.
- MALU Modeste, *Maladie et souffrance dans la théologie contemporaine : sur la dimension ascétique de l'existence chrétienne*, dans *Maladie et Souffrance en Afrique : l'Église interpellée par la pandémie du SIDA. Actes de XXIV^e Semaine théologique de Kinshasa du 21 au 26 février 2005*, Kinshasa, FCK, 2007, p. 105-116.

- MICHON Cyrille et NARCISSE Gilbert, *Lieux théologiques*, dans LACOSTE Jean-Yves (éd.), *Dictionnaire critique de théologie*, Paris, Cerf, 1998, p. 790-793.
- MOINGT Joseph, *Perte du lieu, Rapt du lieu*, dans Audinet Jacques e.a., *Le déplacement de la théologie. Actes du colloque méthodologique de février 1976* (Le point théologique, 21), Paris, éd. Beauchesne, 1977, p. 151-156.
- MUTEBA Fulgence, *Éléments pour une pastorale de libération : analyse critique à partir du contexte africain*, dans *Repenser le salut chrétien dans le contexte africain. Actes de la XXIIIème Semaine théologique de Kinshasa du 10 au 15 mars 2003*, Kinshasa, FCK, 2004, p. 217-244.
- MWENE Gaston, *Salut dans l'univers de représentations symboliques des sociétés lignagères africaines*, dans *Repenser le salut chrétien en contexte africain. Actes de la XXIIIème Semaine théologique de Kinshasa du 10 au 15 mars 2003*, Kinshasa, FCK, 2004, p. 83-92.
- N'SITU Adelin, *L'impact psychologique, spirituel et émotionnel du VIH/SIDA*, dans *Maladie et Souffrance en Afrique noire : l'Église interpellée par la pandémie du SIDA. Actes de la XXIV^e Semaine théologique de Kinshasa du 21 au 26 février 2005*, Kinshasa, FCK, 2007 p. 35-41.
- NADEAU Jean-Guy, *La pratique comme lieu de la théologie pratique*, dans *Laval théologie et philosophie*, t. 60, 2 (juin 2004), p. 205-224.
- NGU'USIM Richard, *Le thème du salut dans la musique congolaise moderne et dans les églises de réveil*, dans *Repenser le salut chrétien dans le contexte africain. Actes de la XXIIIème Semaine théologique de Kinshasa du 10 au 15 mars 2003*, Kinshasa, FCK, 2004, p. 39-50.
- NZUZI Serge, *Résolutions et recommandations*, dans *Repenser le salut chrétien dans le contexte africain. Actes de la XXIIIème Semaine théologique de Kinshasa du 10 au 15 mars 2003*, Kinshasa, FCK, 2004, p. 307-311.
- PLOURDE Simone, *Incontournable en éthique biomédicale : le concept de personne. Quelques rappels*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale*, 195 (1995), p.29-58.
- RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, *Loi n°08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées*, dans *Journal officiel de la République Démocratique du Congo*, 14 (juillet 2008), p. 9-16.

- RICHARD Marie-Sylvie, *La souffrance globale*, dans JACQUEMIN Dominique et DE BROUCKER Didier (éd.), *Manuel de soins palliatifs*, Paris, Dunod, 2009, 3^{ème} édition, p. 147-158.
- ROUET Albert, *Santé, désir et vulnérabilité*, dans *La Maison-Dieu*, 217 (1999), p. 37-49.
- SINGLETON Michel, *Du salut à la santé : demandes africaines et offres d'Églises*, dans PIROTTE Jean et DERROITTE Henri (éd.), *Églises et santé dans le tiers monde hier et aujourd'hui* (Studies in Christian mission), 5 (1991), p.139-148.
- SUAUDEAU JACQUES, *Le magistère de l'Église sur le traitement et la prévention du VIH/SIDA*, dans *Dolentium hominum*, 2 (2011), p. 35-53.
- *Union hypostatique*, dans *Dictionnaire de théologie catholique*, t. 7, Paris, Librairie Letouzey et Ané, 1922, p. 438-568.
- VILLEPELET Denis, *Pratique et action*, dans ROUTHIER Gilles et VIAU Marcel (éd.), *Précis de théologie pratique*, Bruxelles, Lumen vitae, 2007, 2^{ème} édition augmentée, p. 121-136.
- VON BALTHASAR Hans, *L'expérience du Samedi Saint*, dans *Communio*, 1 (1981), 63-71.
- VON BALTHASAR Hans, *Plus loin que la mort*, dans *Communio*, 1 (1981), p. 2-3.
- YUMBA François, « *Docteur, sauve-moi* » : santé et salut en dialogue, dans *Lumen vitae*, 3 (2012), p. 323-330.
- YUMBA François, *Face à la personne fragilisée par le VIH/SIDA : plaidoyer pour accompagnement spirituel basé sur les capacités*, dans AUSLOOS Hans, DERROITTE Henri et JACQUEMIN Dominique (éd.), *Fragilités, handicaps, capacitation et théologie : de l'importance de penser ces questions en théologie* (Études de théologie et d'éthique, 8), Zürich, LIT VERLAG et Co. KG Wien, 2015, p. 271-273.

V. Documents électroniques

- JACQUEMIN Dominique, *Spiritualités : quelle place leur accorder dans les soins ?*
Conférence Sésame-mars 2012,
www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/ebim/documents/Sesame-spiritualites.pdf, page
consultée le 24 février 2015.
- KAMDOUM Caroline, *Secret médical et SIDA : l'information du partenaire*
(<http://www.maisonmedicale.org/Secret-medica>, page consultée le 03 mai 2013).
- MAUMAHA Rosane et MONZÉE Joël, *Le secret thérapeutique : influences socioculturelles et implications pour les professionnels de santé*
(<http://ethiquepublique.revues.org/122>, consulté le 03 mai 2013).
- OMS, *Le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne : le point sur l'épidémie et les progrès du secteur de la santé vers l'accès universel. Rapport de situation 2011* (whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.5_fre.pdf, p. 2, page consultée le 13 octobre 2012).
- Paul RICŒUR, *La souffrance n'est pas la douleur*
(http://cges.umn.edu/docs/Ricoeur.La_souffrance_nest_pas_la_douleur.pdf., page
consultée le 3 janvier 2012).
- RENAHY Émilie, PARIZOT Isabelle, VALÉE Julie et CHAUVIN Pierre (éd), *Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010*
(<http://www.iplesp.upmc.fr/ds3/Rapports%20en%20ligne/Rapport%20%20Renoncement%20DREES.pdf>, page consultée le 10 avril 2015).
- RUBBO Pierre-Alain, *Découverte du SIDA*
(www.masterenseignementsvtnice.com/documents/Dcouverte-du-SIDA.pdf, page
consultée le 23 septembre 2012).
- SESBOÜÉ Bernard, *Le bonheur et le salut*,
(www.diocesisrimouski.com/ecol/pdf/sesboue_txt.pdf, page consultée le 21 novembre 2014).
- *Vivre avec le VIH : premier résultat de l'enquête ANRS-VESPA2, BEH n°26-27*
(http://www.invs.sante.fr/beh/2013/27/2013_26-27_0.html, consulté le 19 août 2013).

TABLE DES MATIÈRES

Sigles et abréviations.....	1
Introduction générale.....	3
1. Motivation et problématique	3
2. Hypothèses	7
3. Approche méthodologique	9
4. Division du travail.....	17
5. Originalité du travail	18
Premier chapitre : Statut de l'accompagnement spirituel dans la prise en charge globale de la personne vivant avec le VIH/SIDA.....	22
1.1. Controverse de la découverte.....	24
1.2. Structure, mode de transmission et évolution du virus	26
1.3. Quelques données épidémiologiques.....	29
1.4. Prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/SIDA	31
1.4.1. Prise en charge médicale : traitement antirétroviral	32
1.4.2. Prise en charge psychologique	35
1.4.3. Prise en charge socioculturel, économique et juridique	43
1.4.4. Prise en charge spirituelle.....	48
1.5. Service d'aumônerie au sein de l'hôpital saint Joseph	51
1.6. Spiritualité et soins dans la pensée biomédicale.....	57
1.6.1. Dominique Jacquemin et le concept de mouvement d'existence du sujet	59
1.6.2. Guy Jobin et la critique du concept de spiritualité en biomédecine	63
1.7. Enjeux théologiques et pastoraux	67
Conclusion	69
Deuxième chapitre : <i>Patients perdus de vue</i> de la prise en charge de l'infection à VIH : un défi à l'accompagnement spirituel.....	71
2.1. Brève présentation du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales de Kinshasa	73

2.2.	Déroulement de l'enquête.....	79
2.3.	Présentation de résultats de l'enquête.....	82
2.3.1.	Paroles des personnes vivant avec le VIH/SIDA	83
2.3.2.	Paroles des soignants.....	90
	Conclusion	106
	Troisième chapitre : Analyse de contenu de l'enquête	107
3.1.	La notion d'alliance thérapeutique	110
3.2.	Sens de la maladie et de la souffrance	112
3.2.1.	Conséquence du péché	112
3.2.2.	Cause du péché.....	114
3.2.3.	Mauvais sort	120
3.3.	Sens de la vie et de la mort	121
3.4.	Une souffrance globale	122
3.5.	Quête de guérison-miracle.....	126
3.6.	Visite chez le guérisseur traditionnel.....	128
3.7.	Sens de la santé.....	130
3.8.	Penser l'échec	133
	Conclusion	136
	Quatrième chapitre : Santé-souffrance-salut dans le Magistère de l'Église sur la lutte contre le VIH/SIDA	137
4.1.	La Conférence Épiscopale Nationale du Congo.....	138
4.1.1.	Lecture de la <i>Déclaration du Comité permanent de la CENCO sur la lutte contre le VIH/SIDA</i>	138
4.1.2.	Lecture des <i>Orientations pastorales de la CENCO dans la lutte contre le VIH/SIDA</i>	143
4.1.3.	Quelques éléments de réflexion en vue d'un approfondissement	153
4.2.	Le Symposium des Conférences Épiscopales d'Afrique et de Madagascar.....	156
4.2.1.	<i>Déclaration de Gorée</i>	156
4.2.2.	<i>Message et plan d'action du SCEAM contre le sida</i>	157
4.3.	Synodes africains.....	161
4.4.	Le Magistère romain.....	164
4.4.1.	Recours aux sciences biomédicales	164
4.4.2.	La prévention.....	166
4.4.3.	Soins à la personne infectée	167

Conclusion	168
Cinquième chapitre : La souffrance humaine : un lieu théologique.....	170
5.1. Le concept de lieu théologique	172
5.1.1. La notion de lieu théologique chez Melchior Cano	172
5.1.2. Déplacement des lieux théologiques	175
5.1.3. La Commission théologique internationale.....	177
5.2. Le concept de souffrance	181
5.2.1. Souffrance et douleur	181
5.2.2. Souffrance et vulnérabilité	183
5.2.3. Souffrance et mal	184
5.3. L'homme devant Dieu	187
5.4. Quand la souffrance entre dans la vie de l'homme	193
5.4.1. Sens de la souffrance.....	193
5.4.2. Dieu contre la souffrance	202
Conclusion	211
Sixième chapitre : Penser le salut pour penser la souffrance et la santé	212
6.1. La <i>théologie populaire du salut</i> à Kinshasa	214
6.1.1. Salut comme libération.....	215
6.1.2. Salut comme vie réussie	220
6.2. Bernard Sesboüé	223
6.2.1. Salut comme plénitude de vie	224
6.2.2. Salut comme libération.....	227
6.2.3. Salut comme rédemption.....	229
6.3. Adolphe Gesché.....	233
6.3.1. Salut comme destinée.....	234
6.3.2. Salut comme libération.....	239
6.4. Hans Von Balthasar	246
6.4.1. La passion.....	246
6.4.2. La descente aux enfers	249
6.4.3. La résurrection.....	252
6.5. Essai de <i>disputatio</i>	254
6.5.1. Sotériologie populaire et sotériologie savante	254
6.5.2. La sotériologie savante face à elle-même	256

Conclusion	258
Septième chapitre : L'accompagnement spirituel dans les soins : lieu d'articulation santé-souffrance-salut	260
7.1. Soins spirituels pastoraux articulés.....	264
7.1.1. Articuler destinée anthropologique et destinée théologique.....	266
7.1.2. Articuler guérison intérieure et guérison physique	267
7.1.3. Articuler humanisation et divinisation	269
7.2. Soins spirituels pastoraux intégrés	270
7.2.1. Une approche pastorale du prendre soin	271
7.2.2. Une pastorale en Église et dans le monde	272
7.2.3. Une pastorale de l'intelligence	274
7.2.4. Une pastorale basée sur les capacités	277
7.2.5. Une pastorale de l'engagement grâce à la foi.....	279
7.2.6. Une pastorale de la restauration	281
Conclusion	283
Conclusion générale	284
Bibliographie	290
Table des matières	304