LVMIERE ET VIE

Les Malades

R. MARTIN-ACHARD
Prière des malades dans le psautier

G. CRESPY
Maladie et guérison dans le N.T.

J.-S. TABOURNEL
La société et les malades

H. PÉQUIGNOT
Les malades aujourd'hui

K. CANEVARO
Témoignage

86

Sommaire complet à l'intérieur

SOMMAIRE

LUMIÈRE ET VIE
Présence des malades 1

HENRI PÉQUIGNOT
Les malades d'hier et d'aujourd'hui..... 3

ROBERT MARTIN-ACHARD
La prière des malades dans le psautier d'Israël 25

GEORGES CRESPY
Maladie et guérison dans le Nouveau Testament 45

KATY CANEVARO
Etre malade 70

SUZANNE FOUCHÉ
Le malade, explorateur des terres de douleur. 77

JEAN BOUCHARD
La communauté chrétienne et les malades . . 85

JEAN-SIMON TABOURNEL
La société et les malades 101

LES LIVRES

I. Ecriture Sainte 119
II. Liturgie 122
III. Œcuménisme 125
IV. Notes de lecture 128

LVMIERE ET VIE

Tome XVII Janvier-Février 1968 N° 86

Présence des malades

Les malades sont souvent les grands absents de notre société. Immobiles et diminués, ils ont été « mis en congé », et c'est sans eux que se poursuit la vie normale. Nous oublions leur présence, et lorsque nous leur rendons visite et qu'il nous faut leur parler, nous éprouvons un certain désarroi.

En nous invitant à porter sur eux notre regard, le présent cahier souhaite contribuer à rendre bien portants et malades plus solidaires les uns des autres.

Etre solidaire, c'est d'abord comprendre. Or le statut du malade dans la société est en pleine mutation. Le Professeur Péquignot, de la faculté de Paris, nous aide à en prendre conscience : dans l'article qui ouvre ce numéro, il analyse les multiples facteurs qui différencient la situation du malade aujourd'hui de celle qui était la sienne dans le passé, tant au plan de la représentation qu'il se donne de son mal que de ses relations avec les bien portants et les médecins.

Solidarité, c'est encore le thème que met en valeur l'étude de Robert Martin-Achard sur les prières de malades dans le psautier. Au premier abord, celles-ci paraissent se présenter comme un ensemble de complaintes et d'actions de grâces individuelles ; elles sont en fait l'œuvre de la communauté croyante d'Israël qui, se faisant solidaire de celui qui est touché par le mal, exprime par ce biais la détresse de toute situation humaine et chante, dans la foi, la louange du Dieu qui guérit et sauve l'homme tout entier.

Dans le Nouveau Testament, les guérisons de Jésus tiennent une place importante ; peuvent-elles nous apporter un

enseignement sur le sens de la maladie ? En nous livrant le résultat de ses recherches, Georges Crespy nous avertit qu'il ne faut pas trop se presser de chercher dans les Evangiles une « doctrine chrétienne » de la maladie. Maladie et guérison sont des réalités secondes par rapport à la foi en la messianité de Jésus et à l'espérance qu'ouvre sa résurrection. Les guérisons de Jésus ne sont que le support symbolique, le « signe » du monde qu'il annonce.

*Est-il cependant possible de dégager un sens chrétien de la maladie ? Pour donner une réponse à cette question, nous avons fait appel à ceux pour qui la maladie est une compagne quotidienne, soit qu'ils aient à la subir, et c'est le cas de Katy Canevaro, de l'équipe d'*Il Gallo *de Gênes, soit qu'ils se soient mis au service des malades après en avoir subi les épreuves, comme Suzanne Fouché, fondatrice et animatrice de la* Ligue pour l'adaptation des diminués physiques au travail. *Toutes deux nous apportent leur témoignage et le fruit de leur expérience.*

L'abbé Jean Bouchard, aumônier d'hôpital, évoque les dimensions pastorales des problèmes posés par les malades dans la société d'aujourd'hui et nous oriente dans la direction « à la fois mystique et très humaine » qui permettra à la communauté chrétienne de vivre en solidarité profonde avec ceux que les accidents de santé séparent d'elle.

Nous ne pouvions clore ce dossier sans traiter d'une dimension essentielle du thème que nous abordions : si autrefois le secours aux malades relevait des « œuvres de miséricorde », il est devenu aujourd'hui un problème politique et social. La presse a suffisamment parlé, ces derniers temps, de la crise des hôpitaux et des questions sanitaires et sociales pour qu'il soit inutile d'insister sur ce point. Jean-Simon Tabournel, de la Chronique sociale de France, *en analysant l'état actuel des rapports de la société et des malades et en présentant les réformes qu'il est possible et souhaitable d'introduire, nous fait pénétrer dans cette dimension nouvelle de la charité.*

Puissent les réflexions de ce cahier nous persuader que notre monde ne sera pleinement humain que lorsqu'il permettra aux malades d'y être authentiquement présents.

LES MALADES D'HIER ET D'AUJOURD'HUI

Il n'y a de définition possible des *maladies* qu'à partir de la médecine. C'est cette activité pratique fondée sur leur connaissance scientifique qui les définit. Mais, par ailleurs, on ne peut définir la médecine qu'à partir des *malades*. Il n'y a eu une médecine que parce qu'un certain nombre d'humains ont imaginé qu'ils pouvaient quelque chose aux inconforts dont ils souffraient. Qu'on ne cherche pas au départ à séparer blessures, infirmités et maladies, ce sont des détails subordonnés. On voit très tôt dans toutes les cultures un ensemble d'anomalies empiriquement définies pour lesquelles la victime demande le secours de ce spécialiste socialement catégorisé qu'est le médecin.

La définition de l'état de malade sinon de la maladie ou des maladies a donc d'emblée deux faces — bien entendu liées entre elles — une face subjective, sentiment de malaise ou de menace pour la vie, et une face objective : ce malaise, cette menace sont considérés par l'ambiance sociale comme relevant de la médecine. Les limites de ces définitions objective et subjective sont floues ; on peut d'autant moins s'en étonner à l'origine des temps et des civilisations que nous assistons, encore aujourd'hui, à des conflits de frontières et à des oscillations ; on voit revendiquer par le policier, le magistrat, le moraliste ou l'éducateur telle ou telle catégorie d'individus que d'autres confieraient au psychiatre, ou plus simplement ne confieraient à personne, par exemple actuellement les vieillards...

Ce qu'ont été les malades dans les civilisations qui ont précédé dans le temps ou accompagnent encore dans l'espace

notre civilisation occidentale du XXe siècle, on peut sinon le savoir du moins le conjecturer à l'aide de deux sources de renseignements : une connaisance assez précise des maladies qui frappent les populations à l'état « de nature » et les écrits des anciens médecins.

En effet, malgré des disparités géographiques, sur lesquelles on a trop insisté, la pathologie des peuples de l'ère préindustrielle a peu changé de l'origine des temps jusqu'au développement du monde moderne. On peut essayer de la résumer à grands traits. La population est jeune, l'espérance de vie à la naissance de vingt à vingt-cinq ans. La mortalité infantile liquide dans les meilleures années la moitié d'une promotion de nouveau-nés avant l'âge de cinq ans. Pour le nouveau-né, c'est l'allaitement maternel ou la mort. La famine, la malnutrition, les parasitoses intestinales surtout, le paludisme, les maladies infectieuses sont les grandes causes de mortalité. Dans chaque mort prématurée il est difficile de faire la part de la malnutrition et de l'infection. De même, la mort traumatique est fréquente, mais la surinfection y joue un rôle important. L'accident obstétrical (mécanique, infectieux ou hémorragique) est une cause de mort suffisamment importante, à une époque où l'espacement des naissances est dû au seul allaitement maternel, pour que cela suffise à faire du sexe féminin le sexe faible, c'est-à-dire à diminuer l'espérance de vie des femmes par rapport aux hommes de façon statistiquement significative.

Ce sont là les grands groupes de la pathologie. Bien sûr, un petit nombre de sujets deviennent plus vieux, suffisamment vieux pour faire des arthroses et des cancers. Un très petit nombre de gens sont suffisamment oisifs et suralimentés pour qu'on se gausse de l'obèse goutteux et qu'on oppose les maladies du riche à celles du pauvre.

Il faut également noter qu'à cette époque, trop peu de gens savent lire pour que les troubles de la réfraction oculaire soient réellement perçus, que la vie rurale est simple et que l'absence totale de scolarisation ne permet pas de distinguer du reste de la population beaucoup de débiles légers.

Il y a, certes, des malades mentaux qui posent des problèmes d'intégration sociale ; il est possible que certains d'entre eux trouvent une certaine insertion ou un relatif équilibre dans des activités sectaires (philosophes cyniques, prêtres de Cybèle dans l'Antiquité classique). L'expérience actuelle des psychiatres africains montre d'ailleurs la valeur empirique des « sorciers » dans le traitement de beaucoup d'entre eux, à partir d'une communauté profonde de convictions vécue par le malade et son guérisseur.

Nous avons sur toute cette pathologie des observations relativement précises, car ces phénomènes ont été observés et étudiés par la littérature et l'art. De plus, nous possédons une littérature médicale spécialisée depuis l'Antiquité classique, celle-ci est connue et relativement compréhensible : si l'on s'en tient à la meilleure, on peut reconnaître le projet d'une médecine vraiment scientifique. Il est même remarquable et à un certain point de vue tragique d'avoir vu se développer durant tant de siècles, servi par des hommes par ailleurs souvent remarquables, un projet aussi correctement pensé que celui de la médecine moderne, sans qu'il ait pu mordre sur le réel et déboucher sur la constitution d'une science dont les méthodes étaient pourtant clairement établies. Plus d'un, en effet, définit de façon parfaite la méthode médicale comme une science empirique fondée sur la classification naturelle de faits bien observés. Elle a le droit de s'aider d'une généralisation prudente, mais en la soumettant toujours à la vérification expérimentale, elle ne peut recevoir aucun concept antérieur à l'expérience, fût-il issu de spéculations philosophiques ou théologiques. Certains de ces médecins étaient de bons observateurs et ont rassemblé des faits intéressants, beaucoup étaient courageux, savaient résister aux légendes, à la pression sociale, aux différents types de charlatanisme qui sévissaient en leur temps. Pourtant il fallut attendre la fin du XVIIe siècle et Morgagni pour que la médecine sorte du bavardage des mots et s'enracine dans l'anatomie pathologique, c'est-à-dire dans la première technique de contrôle objectif du discours des médecins.

En ce qui concerne notre réflexion, les premiers travaux des anatomo-pathologistes ont une importance considérable ; en écrivant le *De sedibus morborum,* Morgagni mettait en évidence derrière l'histoire plus ou moins précise, toujours déformée, que constitue le récit du malade, des anomalies visibles et palpables des viscères. Bien sûr, il faudra encore des dizaines d'années, voire des siècles, pour bâtir une nosologie, c'est-à-dire un catalogue raisonnable des diverses maladies, il faudra aussi pour créer la médecine moderne que, prenant pour guide la connaissance théorique de ces lésions anatomiques, les médecins se donnent pour tâche de créer la sémiologie, c'est-à-dire une science des symptômes qui, sur le vivant, permette de prévoir les résultats de l'autopsie. Il y a plus d'un demi-siècle entre Morgagni et la découverte d'Auenbrugger, et plus d'un siècle avant que Corvisart ne généralise la percussion et que Laënnec non seulement découvre l'auscultation mais, ce qui est beaucoup plus important, dresse pour un organe privilégié, l'appareil pulmonaire, le tableau à double entrée des correspondances entre les signes d'examen physique et les lésions anatomiques.

Néanmoins, un pas essentiel était franchi qui devait totalement modifier la situation du malade. A la définition habituelle psycho-sociologique de la maladie s'opposait maintenant une définition scientifique anatomo-clinique ; la médecine devenait une technique autonome de définition et de contrôle. Secondairement, un pas décisif était fait en faveur de cette idée qu'il n'y avait pas *la* maladie mais *des maladies.*

Mais, avant de suivre dans le présent les conséquences de cette révolution qui fut peut-être trop lente pour avoir été comprise, demandons-nous, à l'aide de la riche documentation que nous ont apportée les médecins de l'ancien temps, ce qu'était la maladie ou plutôt la situation du malade à l'état de nature.

I. LE STATUT DU MALADE DANS LE PASSÉ

Ce qui caractérise le plus nettement le statut du malade avant la connaissance de la médecine scientifique, c'est pré-

cisément qu'il n'y a pas une définition de la maladie ou des maladies en dehors de l'élaboration, par chaque tradition culturelle, des malaises ressentis par le malade. Ainsi certaines cultures traditionnelles considèrent comme morbides des comportements particuliers ou des aspects inhabituels, par exemple : la gaucherie, la gemellité, l'albinisme, et excluent de la maladie certains comportements psychologiques voire certains symptômes moteurs (convulsions) pour en faire l'indice non d'une maladie naturelle mais d'une possession, c'est-à-dire de quelque chose de surnaturel. Non seulement il n'y a pas de technique extérieure comme notre médecine à laquelle l'autorité sociale ou le malade puisse faire appel pour arbitrer en cas de désaccord, mais encore le désaccord n'est pas pensable. Ainsi le possédé est d'accord avec sa société ; il est visible, à lire les grands romanciers du XIXe siècle, que nul ne s'étonne qu'un chagrin d'amour donne de la fièvre, voire « une fièvre cérébrale ». On pourrait même méchamment remarquer qu'on s'en étonne d'autant moins qu'on ne prend pas régulièrement la température ; de chaque grand médecin de l'Antiquité, la légende cite comme exemple de beau diagnostic et de traitement réussi une « maladie de langueur » par amour impossible.

Deux autres caractères doivent être soulignés : en général le malade est un sujet jeune et l'opposition paraît très nette entre la maladie aiguë du sujet jeune, qui est la maladie proprement dite, et l'état chronique (du sujet âgé) qui relève de l'hospice d'incurables, d'une institution d'infirmes ou d'invalides et qui ne paraît pas à proprement parler être du ressort de la médecine. La médecine traite des maladies aiguës.

Elle en traite plus qu'elle ne les traite, mais ceci est une autre affaire. En effet, en l'absence de thérapeutique valable pour tout ce qui concerne la pathologie infectieuse, la maladie est vite jugée : ou bien, malgré une allure parfois dramatique, on est guéri en quelques jours, ou bien on en meurt en quelques jours. Qu'il s'agisse d'une pneumonie, d'un typhus, d'une rougeole ou d'une appendicite, le schéma est le même. Comme la maladie n'existe qu'à partir du seuil où appa-

raissent des symptômes fonctionnels, et cela aussi bien pour le médecin que pour le malade, une maladie essentiellement chronique comme la tuberculose apparaît au malade et à son médecin comme une série d'incidents d'une durée de quelques jours à quelques semaines, crachements de sang, points de côté, congestions pulmonaires, grippe avec troubles digestifs, etc., entre lesquels le sujet ne se considère pas et n'est pas considéré comme malade et que termine, en quelques semaines aussi, une « phtisie galopante ».

Sur le plan subjectif, la maladie est donc bien une *épreuve* au sens où l'on parle d'une épreuve d'examen, quelque chose de douloureux au cours duquel on voit la mort de près, mais quelque chose de bref. Par ailleurs, il semble bien qu'aucune différence n'est faite entre le symptôme mental et le symptôme physique. Certes, le délirant chronique, l'imbécile et le dément sont quelque peu à part et classés en dehors de la médecine, mais peut-être précisément avec les infirmes incurables et chroniques de toutes natures et simplement parce qu'ils sont en dehors du schéma de la maladie, crise brève et aiguë. La psychose aiguë, la « frénésie » reste dans le domaine médical commun.

N'allons pas plus loin sans remarquer que ceci facilite la situation subjective du malade. Un certain nombre de maladies aiguës — et c'est pour cela peut-être que la prise de conscience des problèmes psychologiques par le médecin a été si tardive — posent très peu de problèmes psychologiques : dans le drame d'une maladie aiguë, disons une fracture ou une pneumonie, il se produit une telle simplification de la vie du malade que sa maladie occupe tout son contenu mental et qu'il n'y a rien d'autre qu'elle dans les rapports du malade avec le médecin. Par conséquent, tout peut s'arranger sans que personne en ait pris conscience. De même que la brutalité du début a pu couper court aux problèmes, de même la rapidité de la terminaison permettra éventuellement d'oublier complètement ce qui s'est produit. Nous devrions d'ailleurs être plus prudents et employer le terme psychiatrique de « scotomiser » au lieu d'« oublier ».

En fait, aucun problème majeur n'est posé par certaines maladies aiguës pour certains malades.

Non seulement la maladie est aiguë, mais elle frappe un sujet jeune. Il y a chez le jeune des attitudes particulières, désinvoltes envers la vie et la mort, et vis-à-vis du risque. Ces attitudes de jeu sont peut-être d'autant plus faciles que la mort est moins menaçante. Les sujets jeunes, par ailleurs, sont moins amenés à considérer la maladie comme une rupture de leur carrière parce que, précisément, leur carrière est devant eux ; ils ne cessent de faire des projets d'avenir même quand ils n'y croient plus, ils n'intègrent pas l'accident morbide dans le cadre d'une diminution progressive et inéluctable de leur autonomie. Il arrivera même assez souvent que la maladie aiguë ou l'accident soient pour eux un alibi, une halte qui leur facilite ou leur donne l'illusion de leur faciliter un nouveau départ, une reconversion. On sait que c'est le secret espoir qu'il y a derrière beaucoup de tentatives de suicide juvénile, lorsque l'échec possible en a été envisagé ou même souhaité par le suicidant. Il espère une restructuration de son existence ; il arrive d'ailleurs qu'il gagne, au moins à court terme. On sait aussi que c'est là-dessus que jouent toute l'ergothérapie et toute la psychothérapie des affections du sujet jeune, même dans le monde d'aujourd'hui où beaucoup de ces affections sont chroniques. On fait miroiter, pour faciliter l'intégration de la maladie par le malade, la possibilité qu'il aura au cours de cette maladie d'utiliser ses loisirs forcés pour un complément de culture, une promotion professionnelle et sociale.

Mais, déjà, nous sommes sortis de notre description tournée vers le passé, et il faut y revenir pour souligner que la brièveté a d'autres aspects favorables : il n'y a pas rupture avec le milieu familial et social, il n'y a pas désadaptation, le risque d'abandon est nul, la sollicitude n'a pas le temps de s'épuiser autour du malade. En l'absence d'une technique médicale différenciée, il n'y a pas lieu de soustraire le malade à son milieu habituel pour lui imposer un traitement ; au contraire, on le laisse dans un monde familier. On ne peut

parler à cette époque, comme on en parlera plus tard, de *monde des malades* : malades, médecins et bien portants parlent à peu près le même langage et les concepts qu'évoquent les maladies sont à peu près les mêmes chez les uns et les autres.

Ce n'est pourtant pas un âge d'or pour le malade, et, en disant cela, je ne veux pas seulement rappeler les risques qu'il court et la rareté des cas où l'on peut lui venir réellement en aide, mais encore souligner le fait qu'à ce stade de la culture, malades, médecins et société sont d'accord pour penser que la maladie a un sens, pour lui chercher et pour lui trouver une signification.

Cette signification s'exprime dans un monde où toute force est psychologique et où il n'y a pas de hasard. Il faut trouver à la maladie non pas une cause mais un coupable. Ce coupable, suivant les cas, ce sera le malade ou un ennemi du malade, ce seront les dieux ou plus généralement des forces spirituelles mises en branle par le malade parce qu'il aura violé, quelquefois d'ailleurs sans le savoir, une interdiction ou un tabou, parfois encore, ces forces surnaturelles auront été mobilisées par d'autres que le malade lui-même. Nous sommes à l'époque de la culpabilité collective, de la culpabilité familiale, de la sorcellerie. Ce que l'homme a pensé de cette situation, nous le savons par d'innombrables témoignages littéraires qui manifestent une certaine unité, depuis les discours des amis de Job jusqu'aux différentes attitudes que la fable grecque décrit autour du mal incurable de Philoctète. Il est peut-être plus frappant d'en retrouver les traces dans des textes à caractère scientifique et infiniment plus proches de nous ; l'exemple le plus piquant que l'on en puisse donner est, peut-être, la façon dont le très grand clinicien anglais Sydenham assume la responsabilité morale de la goutte dont il est atteint. « On ne manquera pas de croire qu'il est très difficile et même presque impossible de connoître la nature de la goutte, ou que j'ai bien peu d'esprit et de sagacité, puisque, malgré les observations que j'ai faites sur l'histoire et le traitement de cette maladie, je n'ai pu

m'en guérir moi-même depuis trente-quatre ans que j'en suis affligé (...) La goutte attaque le plus souvent les vieillards qui, après avoir passé la plus grande partie de leur vie dans la mollesse, les plaisirs et la bonne chère, dans les excès de vin et d'autres liqueurs spiritueuses, étant ensuite appesantis par l'âge, ont abandonné entièrement les exercices du corps auxquels ils étoient accoutumés dès leur jeunesse ».

Là encore, il faut pourtant se garder de trop dramatiser : lorsque nous pensons aux malades d'hier avec notre sentimentalité d'aujourd'hui, nous aurions volontiers tendance à penser qu'ils ajoutaient à leur vrai malheur, à leur vraie souffrance, la souffrance surérogatoire d'une culpabilité imaginaire. En fait, à regarder les choses de près, les mécanismes compensateurs étaient nombreux : d'abord, le premier de tous, le caractère objectif et non moral d'une culpabilité rarement personnelle et souvent involontaire ; ensuite, la fréquence avec laquelle cette culpabilité était par un mécanisme de projection reportée sur autrui. L'habitude de battre sa coulpe sur la poitrine du voisin s'applique aussi aux culpabilités illusoires. Bien des hommes ont été accusés et punis de maux qu'ils étaient bien incapables de faire. Enfin, on minimise, sans doute, le caractère rassurant qu'il y a chez l'homme à avoir trouvé une explication, même si cette découverte ne conduit à aucune mesure raisonnable sur le plan pratique. Il était sans doute important psychologiquement et utile socialement d'infléchir les activités, de faire des besognes qui se disaient dirigées contre le mal. Que pouvaient faire les Grecs devant Troie frappée par la peste ? Inventer l'épidémiologie moderne et en même temps les antibiotiques ? Les découvertes ne se font pas comme cela sur des commandes émanant d'une situation précise. Il était au fond plus sensé de laisser au fléau le temps de s'éteindre en recherchant quel dieu avait pu être offensé et par quel acte. L'*Iliade* nous dit même que cela libéra une captive de l'esclavage ; cette histoire eut au moins pour elle quelques avantages. On est évidemment moins enthousiaste lorsqu'on voit massacrer quelques malheureux individus par un peuple qui les accuse d'être à l'origine d'une épidémie...

⁂

Mais pour la deuxième fois nous ne pouvons nous empêcher de glisser du passé au présent, car cet état d'esprit a beaucoup moins disparu qu'on ne pourrait le souhaiter et lorsqu'un homme ou une collectivité sont frappés par la maladie, il leur est impossible, encore aujourd'hui, de ne pas chercher le sens que cette épreuve a pour eux. Et l'on retrouve alors comme aux anciens temps les mêmes attitudes fondamentales : culpabiliser leur situation de malade ou y rechercher une cause extérieure. Certes, de plus en plus souvent, l'homme moderne recherchera des causes humaines exprimées dans un langage naturaliste et ne faisant pas appel à des causes surnaturelles, il accusera le climat (« le froid » par exemple), il accusera ses conditions de travail (« le surmenage »), il accusera en bloc les « tensions du monde moderne », plus ou moins confusément, il recherchera un responsable et bâtira sur l'existence de ce responsable une doctrine juridique pour exiger réparation de la part des tiers. Il est frappant que ces concepts, qu'on décrirait facilement dans le langage d'Auguste Comte comme étant un stade métaphysique succédant à un stade théologique, s'ils essaient par moment de se raccrocher à des concepts scientifiques, constituent soit des généralisations abusives, soit même de pures et simples allégations.

Je m'étais permis, autrefois, de résumer la législation sur la tuberculose d'un certain nombre d'Etats modernes en montrant qu'elle se ramenait à deux propositions contradictoires : « La tuberculose est incurable », proposition qui s'appliquait aux candidats à une fonction publique et « la tuberculose est curable », proposition qui s'appliquait à ceux qui étaient déjà titulaires d'une fonction publique. Il y a d'autres contradictions aussi manifestes : le bénéfice du doute, en termes juridiques, la présomption d'origine, s'applique assez généralement dans la fonction militaire, alors qu'en pathologie du travail la charge de la preuve repose, en fait, sur la victime, etc. Il est même remarquable de voir qu'aucun compte n'est tenu, dans l'élaboration de tels concepts, de l'état actuel de la science. Ainsi, en France, le législateur en 1945 a créé un

statut différentiel pour la tuberculose, les maladies mentales et les cancers frappant ses fonctionnaires, suivant que ces maladies avaient été causées ou non par leur métier. Or, en l'état actuel de la science, il n'est pratiquement jamais possible de répondre de façon scientifiquement correcte à une telle question. Les circonstances d'apparition de ces maladies dans une population sont, en effet, trop mal connues. L'application d'une telle législation ne pouvait donc n'être que fantaisiste et inéquitable. Or ceci ne paraît avoir choqué personne. Il serait intéressant de se demander pourquoi.

La première raison qui vient à l'esprit est l'incapacité de l'homme à penser le hasard en tant que point de rencontre de chaînes causales indépendantes les unes des autres. Cette impossibilité devient radicale lorsqu'il est lui-même concerné, puisqu'il faudrait pour cela qu'il sorte du point de vue selon lequel il est le centre du monde et accepte de se voir comme un point parmi d'autres ; c'est un effort difficile à maintenir longtemps pour chacun de nous. La deuxième raison est précisément l'ignorance dans laquelle nous sommes encore du déterminisme de beaucoup de maladies. En l'absence d'une rigoureuse étiologie nous ne nous sentons pas freinés dans le droit de battre la campagne. La troisième raison est que, de toutes façons, la maladie exige de nous que nous l'intégrions dans notre biographie et que nous nous adaptions à elle dans l'avenir. Certains succès des théories psychosomatiques, le succès qu'a gardé, dans la mythologie des foules, l'idée des traumatismes infantiles popularisée par les débuts de la psychanalyse — succès qui a résisté à leur quasi abandon par les psychanalystes et par Freud lui-même — s'expliquent certainement par cette dernière tendance.

On pourrait même faire remarquer qu'aujourd'hui encore, même dans les cas où les schémas étiologiques sont scientifiquement les plus précis, rien n'interdit à un croyant de trouver à sa maladie un sens spirituel. Bien sûr, mais c'est précisément pour cela qu'il faut se garder de se précipiter devant la première signification venue qui n'est, peut-être, qu'une névrose surajoutée à la maladie réelle. Il est possible que toute

maladie ait ou puisse prendre une signification spirituelle, il n'est pas évident que ce soit celle qui vient en premier à l'esprit du malade, même de bonne foi. C'est précisément parce que, dans un nombre de cas qui augmente d'année en année avec les progrès de la science, on peut trouver à une maladie déterminée une cause précise dans un comportement localisé du malade, par exemple sa consommation d'alcool ou de tabac, ou dans une nuisance extérieure précise, par exemple un toxique industriel ou des radiations, qu'il ne faut pas confondre avec ces cas, dont on peut déduire un comportement adapté, personnel ou collectif, de prophylaxie ou de traitement, le cas général où rien de cela n'est possible et où il faut avoir la sagesse de ne pas se contenter de fausses raisons.

II. LE MALADE AUJOURD'HUI

Pour en venir aux caractéristiques du malade d'aujourd'hui, son statut psychologique et social ne se définit pas par simple opposition à celui du malade du lointain passé. Tout d'abord, le malade d'aujourd'hui est, dans une majorité écrasante, un malade âgé, atteint d'une maladie chronique ; à cela, il y a plusieurs explications et elles ne vont pas toutes dans le même sens.

« Découverte » de la maladie chronique

Les progrès thérapeutiques préventifs ou curatifs, l'amélioration générale du niveau de vie et des conditions d'hygiène ont fait disparaître certaines maladies (paludisme, variole, diphtérie), ont au moins écourté l'évolution ou diminué la gravité de certaines autres (gonococcie, typhoïde, pneumonie microbienne).

Le même progrès a empêché la mort de malades qui restent des handicapés chroniques (insuffisance respiratoire post-tuberculeuse, paralysies respiratoires poliomyélitiques). L'augmentation régulière du nombre des sujets des classes d'âge les plus élevées et la survie prolongée d'affections graves en est le résultat. Il s'agit, quoi qu'on en ait dit, d'une conséquence heureuse.

Le progrès des explorations cliniques et paracliniques a augmenté plus considérablement encore, — en apparence bien sûr, mais cela revient au même pour l'opinion publique et même la conscience médicale — le nombre des sujets que l'on sait porteurs d'une affection chronique et la durée durant laquelle chaque affection est observée et traitée. Le manomètre, l'électrocardiographe, les rayons X ont ainsi contraint de prendre conscience de la fréquence de l'hypertension, de l'athérosclérose coronarienne, de la longue durée des tuberculoses latentes.

Par ailleurs, les transformations de la vie moderne ont entraîné d'autres modifications très importantes. Elles ont fait apparaître des maladies qui ne pouvaient être perçues dans la situation antérieure. Ainsi, le développement de l'instruction et des tâches urbaines, l'enseignement généralisé de la lecture (hâté par certaines méthodes comme la méthode globale) ont permis de découvrir, dans une population scolaire normale, 10 à 15 % de ce que nous appelons maintenant des dyslexiques. D'autre part, l'allongement de la vie humaine par simple disparition de la mortalité de l'état de nature a modifié la composition même des populations ; on connaît assez bien chez le Méditerranéen et dans certaines races noires l'existence de traits chromosomiques qui sont à l'origine de diverses maladies sanguines. Dans notre civilisation contemporaine, les sujets porteurs de ces traits sont des malades à partir d'un certain âge, dans certaines circonstances, notamment lorsqu'ils absorbent certains produits de notre technique moderne. Il semble bien démontré, maintenant, que ces sujets défavorisés par leurs conditions actuelles de vie étaient autrefois, dans une situation meilleure pour « survivre » au sens darwinien du terme, car cette maladie métabolique les rendait en contrepartie relativement réfractaires au paludisme dans une population où, de toute façon, personne n'atteignait un âge avancé. L'assainissement du milieu leur a fait perdre, par rapport à leurs collègues, cet avantage et ce sont eux maintenant les malades, car le paludisme a disparu et la vie s'est allongée ; cet exemple est à méditer par

tous ceux qui manient de façon un peu simpliste le concept de sélection naturelle de l'espèce humaine, car l'homme se différencie, au moins, des autres espèces animales en ceci qu'il a totalement transformé son milieu de vie. Le monde de vie de l'homme est actuellement un monde humanisé, un monde fait par l'homme.

L'efficacité du traitement prolongé des maladies chroniques mérite de nous retenir plus longtemps. Il n'est pas paradoxal de dire qu'une infirmité ou une incapacité n'entre vraiment dans la conscience médicale et sociale que le jour où elle peut être traitée. Bien que le terme chronique ne signifie que « de longue durée », il a été très tôt synonyme d'abandon thérapeutique. On trouve dans l'*Ecclésiastique* (10, 10) ce verset : « Une longue maladie se moque du médecin ». Le texte original est sûrement suffisamment ambigu pour que toutes les éditions proposent aussi cette autre traduction : « Une longue maladie, le médecin en rit ». Or, les grands progrès thérapeutiques de ces dernières années se sont aussi bien appliqués aux affections chroniques qu'aux maladies de courte durée : les cortisoniques dans les rhumatismes inflammatoires, les anticoagulants dans les thromboses récidivantes, les suppléances endocriniennes dont l'extrait thyroïdien et l'insuline ont ouvert la liste. Cette efficacité est d'autant plus remarquable que c'est souvent avec retard et réticence que ces traitements ont été appliqués de façon prolongée. Les neuroleptiques ont guéri des psychoses aiguës avant qu'on les utilise pour resocialiser des psychoses chroniques, l'antibiothérapie de la tuberculose a commencé par des cures de quinze jours, l'antibiothérapie prolongée et continue des affections bronchiques et urinaires est encore discutée. Les thérapeutiques les plus extrêmes, telles la stimulation cardiaque électrique ou l'épuration extra-rénale, s'étendent du domaine de l'urgence momentanée à celui des traitements au long cours. Il serait facile de décrire une évolution parallèle des thérapeutiques chirurgicales dont le centre d'intérêt est visiblement passé en un demi-siècle du diagnostic urgent à la correction méthodique, à l'« orthopédie » si l'on pouvait étendre le sens original de ce terme à la pathologie viscérale et à celle de l'adulte.

La raison essentielle nous paraît pourtant la dernière : elle est d'ordre nosologique. On pourrait presque symboliquement dresser, comme un tableau à double entrée, la liste des diagnostics ou des titres de chapitre d'un livre de pathologie il y a un siècle et aujourd'hui : on trouverait d'un côté : angine de poitrine, névralgie sciatique, névralgie dentaire, colique hépatique ou néphrétique, pleurésie *a frigore,* hémoptysie, hématémèse, épilepsie, tentative de suicide, gastralgie... Nous pensons aujourd'hui : athérosclérose coronarienne, discarthroses lombo-sacrées, carie dentaire, lithiase biliaire ou rénale, tuberculose ou cancer bronchique, hypertension portale ou ulcération gastro-duodénale, lésions cérébrales locales, névrose, maladie ulcéreuse. Certains de ces exemples témoignent de la mise en évidence d'un état permanent, évolutif ou non, derrière une série d'accidents identiques (exemple : l'épilepsie) ou disparates (exemple : pleurésies, hémoptysies). Dans d'autres cas, le transfert d'un état aigu à la pathologie chronique témoigne d'une meilleure connaissance des stades initiaux de la maladie et d'une appréciation plus juste de sa durée réelle (exemple : l'ictus et l'athérosclérose carotidienne ou vertébro-basilaire, la mise en évidence de cancers *in situ* des années avant l'apparition des signes cliniques abusivement décrits comme signes de début).

En fait, les données que nous venons d'analyser sont bien connues de tous les praticiens et presque sans y penser, dans chaque examen médical, le médecin d'aujourd'hui, devant un épisode aigu, recherche une affection permanente qui peut être sa cause ou que, du moins, cet épisode est une occasion de dépister. Des malaises banaux, des affections saisonnières sont certainement l'occasion la plus fréquente du diagnostic d'affections chroniques latentes.

Pourtant, nous se sommes pas sûrs que la pensée médicale ait parfaitement intégré ce changement d'optique. Comme il arrive souvent, alors que le comportement individuel du praticien vis-à-vis de son malade est correct, l'élaboration théorique de son expérience n'est pas faite, et ceci a les plus fâcheuses conséquences à partir du moment où cette élaboration

théorique conduit à des structures administratives et à des organisations hospitalières qui reflètent une élaboration doctrinale périmée.

La maladie, découverte de l'opacité de l'homme à lui-même

Mais l'expérience du malade comporte aussi un autre aspect qui est né, lui, de façon presque directe, du progrès de la science médicale et des connaissances objectives sur l'homme. La maladie est, en effet, pour chacun de nos contemporains, l'occasion de découvrir combien est étranger en lui-même son substrat biologique, son corps, plus subtilement encore son substrat psychologique, ce que le langage courant appelle encore son âme. Des avoirs qu'il ne lui vient pas à l'esprit de distinguer de son être, dont il a l'illusion qu'ils le constituent, brusquement se révèlent à ses yeux comme quelque chose d'opaque, d'inconnu. Bien sûr, on nous dira que si Socrate insistait sur le *connais-toi toi-même,* c'est qu'il avait compris que l'homme a besoin de faire la science de lui-même et qu'il ne peut le faire au minimum que par le dialogue avec autrui. Somme toute, son contemporain Hippocrate entrevoyait déjà que l'homme ne pouvait connaître son corps que par l'observation du corps d'autrui et l'expérience faite sur celui-ci. Mais, que représentent de telles opinions, si elles ne sont pas vécues, si elles ne sont que théories philosophiques ? Or, pour chaque homme et pour chaque femme de ces temps, leur corps, leur âme n'étaient qu'eux-mêmes, en dehors de l'expérience exceptionnelle de la possession dont ils connaissaient l'existence théorique. Ils savaient bien, sans doute, que le destin de leur corps ne dépendait pas que d'eux, car un accident, une maladie pouvaient en rompre l'histoire ; ils ne percevaient pas concrètement la présence en eux-mêmes de cette opacité. C'est un lieu commun des biologistes, des physiologistes et des psychologues que de rappeler le silence de nos organes, l'absence de sensibilité viscérale et, s'il ne faut pas philosopher trop hardiment sur ces faits négatifs, il n'en demeure pas moins que cette absence de renseignements sur le fonctionnement de nos organes, le fait que notre sensibilité soit tournée vers le monde extérieur et les

fonctions de relation font plus qu'indiquer que la connaissance de notre vie viscérale par sensibilité interne n'est pas chose particulièrement utile ; elle n'est qu'une aide médiocre dans les périls de la vie et de la morbidité : la rage de dents ou la colique sont plus douloureuses que les destructions viscérales les plus étendues et que les maladies qui conduisent habituellement à la mort.

Ce caractère étranger de notre corps, beaucoup d'entre nous peut-être finiraient par en prendre leur parti. Beaucoup plus menaçante apparaît l'opacité de notre esprit ; bien entendu, certains systèmes sont rassurants : faire de toutes les maladies mentales, de tous les symptômes anormaux de notre psychisme, la conséquence d'une altération du système nerveux, que celle-ci soit anatomique comme on le pensait autrefois, biochimique comme on le penserait volontiers aujourd'hui, comporte l'aspect rassurant, au moins en apparence, de ne plus distinguer entre maladies mentales et maladies organiques. Se jeter dans l'océan de la psychogénèse de certaines théories, notamment psychanalytiques, comporte un aspect rassurant par un procédé exactement inverse ; on peut en retirer l'espoir de se rendre maître de l'ensemble de ses symptômes mentaux et même quelquefois physiques, par la prise de conscience intégrale de sa propre biographie, car dans la vie quotidienne l'homme doit apprendre à vivre avec en son corps, en son âme, cette étrangeté qui est pourtant en lui-même, qui est pourtant de lui-même, que sa personnalité psychologique et biologique aura contribué à former, qui est sa maladie et qui sera peut-être, un jour, sa mort.

L'écran technique entre le médecin et le malade

Cette expérience, dont nous avons maintenant conscience à chaque maladie, nous la faisons sous le regard du médecin. En effet, la relation du malade avec son médecin a cessé d'être un pur dialogue pour devenir soumission à une série d'examens objectifs ; cet inconnu en nous, quelqu'un d'autre le connaît, ou du moins peut le connaître s'il se donne la peine de nous examiner avec tout le soin nécessaire et s'il

dispose de l'équipement adéquat. Bien sûr, il ne nous connaît pas encore tout entier ; dans ses triomphes, le médecin aime parler de ce qu'il connaît dans l'homme, il oublie volontiers combien, dans nos viscères profonds, de zones sont muettes, combien de maladies ne parlent à l'investigation médicale la plus approfondie et la plus appareillée qu'à un stade où déjà l'évolution terminale est proche, mais outre que le progrès des méthodes d'investigation est au moins aussi rapide que celui de la thérapeutique, rien en principe dans les structures que nous connaissons n'y met de bornes, et d'ores et déjà, pour le psychisme du malade qui se soumet à l'examen médical, une fondamentale inégalité est vécue : il se livre à un homme qui en sait infiniment plus que lui sur lui-même ; allons plus loin, cet homme en sait infiniment plus que lui et ne peut pas lui transmettre de façon adéquate sa connaissance ; non qu'elle soit théorique ou secrète, elle est tout simplement scientifique. Il n'y a pas de muraille plus opaque, il ne peut pas plus lui transmettre ce qu'il sait qu'Einstein dans un dîner en ville ne pouvait faire comprendre la théorie de la relativité à sa voisine de table, non que celle-ci n'eût été capable de la comprendre s'il en avait fait son élève, de même que Socrate pouvait faire retrouver la géométrie à un jeune esclave dans le *Menon,* mais tout simplement parce que cette opération n'était pas facile, qu'elle demandait des semaines, des mois, des années de travail et d'efforts, somme toute non rentables. L'homme est trop heureux de conduire une automobile sans en pénétrer les mécanismes, il lui est indifférent de monter dans un avion et de ne pas encore avoir très bien saisi comment cette machine de plusieurs tonnes peut s'élever dans l'air. Il pourrait, si la modestie intellectuelle et la foi du charbonnier dans la science étaient des qualités répandues, avoir la même confiance vis-à-vis de la science médicale ; dans la vie quotidienne, en fait, il a d'ailleurs, en règle générale, confiance : quand il raisonne, dans cette couche rationnelle de son esprit, il admet très bien de mal comprendre, mais dans l'angoisse du malade que de thèmes et de fantasmes naissent de cette situation d'inégalité. Ainsi les fantasmes de certains juristes sur l'impérialisme médical (on

cite toujours, d'ailleurs, comme exemple de cet impérialisme médical des cas de situations totalitaires où des médecins, en fait esclaves, ont obéi aux ordres de fous au pouvoir), fantasmes de tout malade selon lesquels *on* ne lui dit pas la vérité, *on* lui cache ce qu'il a (ce qui d'ailleurs peut arriver), ruses quelquefois infantiles pour mettre en contradiction les médecins successifs qu'il va voir. Qui ne comprendrait ce qui se passe derrière ces fantasmes ?

Mais il est exact que la médecine pourrait être tyrannique et que la bonne médecine exclut l'autorité juridique, administrative du médecin sur le malade (et *vice versa*).

Socialisation de l'état de malade : hôpitaux et pouvoirs publics

Du fait de la technicité croissante de la thérapeutique, le malade se trouve très souvent aujourd'hui arraché à son réseau de relations personnelles et introduit dans des centres de soins d'une taille telle que la collectivité seule peut en assumer la charge. Dans un nombre de cas de plus en plus grand, c'est à l'*industrie hospitalière* que le médecin traitant doit faire appel.

Les « usines à soins » ont progressivement pris la suite des établissements créés par de pieuses personnes tout au long du Moyen Age pour y héberger les mendiants, les infirmes, les pèlerins. Le même nom d'hôpital et, malheureusement, les mêmes locaux, dans un vieux pays comme le nôtre, recouvrent des réalités aussi différentes qu'un lieu d'hébergement pour abandonnés et un centre de soins de haute technicité.

On parle souvent de la déshumanisation de la médecine dans les centres collectifs de soins. Il y a, autour de cette notion, beaucoup de malentendus. Il va sans dire que nous approuverons tous les efforts qui seront faits pour rendre plus familiale et plus intime, plus humaine si l'on veut, l'atmosphère des établissements hospitaliers. Mais ceci ne doit pas nous rendre aveugles à l'égard des raisons psychologiques profondes qui expliquent pour une large part toute la littérature consacrée à cette question. Il est frappant de constater, en effet, que dans les mêmes milieux sociaux où l'on trouvait

naturel, il y a cent ans, qu'il y ait cinq ou six malades par lit dans les hôpitaux et qu'il n'y ait aucune catégorisation des malades selon l'âge ou le diagnostic, on refuse aujourd'hui de voir l'immense progrès accompli et l'on se plaint qu'il y ait encore des salles communes de quarante ou cinquante lits. Certes, dans toutes les couches de la population, le besoin de confort et d'une certaine dignité a augmenté, et c'est un progrès social dont il convient de se féliciter. Mais surtout, dans ces cinquante dernières années, l'hôpital a été fréquenté de plus en plus par une clientèle de rang social élevé qui s'est passionnée pour le problème alors qu'elle y était froidement indifférente quand c'étaient « les autres » qui avaient à l'affronter.

La déshumanisation n'est pas une fonction simple et linéaire du volume du centre de soins. Elle n'est pas seulement une question matérielle de locaux, de rideaux aux fenêtres et de fleurs sur les murs. Elle est, avant tout, un problème d'organisation technique : le malade n'a pas toujours affaire au même médecin et à la même infirmière. Il a un dossier qui est présenté au hasard des heures de visite et des jours de consultation tantôt à l'un, tantôt à l'autre. Il y a donc facilement discontinuité, sinon des soins, du moins du contact psychologique entre le malade et le dispensateur de soins. Le problème de la continuité des soins, de la stabilité du personnel de ces institutions n'est pas insoluble. Encore faut-il le poser pour penser à le résoudre, et tenir compte de l'importance de ce problème dans le fonctionnement des organismes collectifs.

De toutes façons, cet outil qu'est le centre de soins est une collectivité humaine très complexe qui doit, pour subsister et se développer, poser et résoudre une foule de problèmes économiques et financiers qui ne sont absolument plus à l'échelle du malade individuel. L'augmentation du coût de la médecine moderne a pour conséquence que ceux qui veulent se faire soigner n'en ont pas, et en auront de moins en moins, les moyens. Il faut que se substituent à eux des organisations sociales qui répondent pour eux des frais engagés par le

traitement. Cette constitution dans tous les pays du monde d'un *tiers répondant* est un phénomène social d'une importance capitale.

Il faut bien avouer que l'apparition de ce tiers répondant, qui est de plus en plus une collectivité puissante située à l'échelon national et par conséquent une administration à structure très lourde, a profondément modifié les rapports du médecin et du malade. La surveillance de l'assujetti et du médecin, dont l'activité commune est source de dépenses pour une administration qui se doit d'équilibrer son budget, ne peut qu'entraîner des mesures de contrôle qui imposent une effrayante paperasserie.

Mais plutôt que de s'abandonner à des polémiques et à des récriminations, il vaudrait mieux se rendre compte qu'il ne s'agit pas là d'un mal particulier aux organisations sociales chargées de financer les soins médicaux. A partir d'un certain volume d'affaires, quelle qu'en soit la nature, le même phénomène se produit ; l'ensemble des administrations privées de quelque importance est actuellement au pied du mur, en présence d'outils administratifs conçus à des époques révolues. Si elles fonctionnent aussi mal, c'est qu'elles ne sont plus au niveau des situations qu'elles ont à régler. C'est là un problème que nous ne pouvons qu'évoquer ici.

*
* *

Dans le monde d'aujourd'hui, le malade a peu à peu conquis un certain statut juridique. Si l'on passe de l'écologie humaine au droit et qu'on lit à ce sujet la littérature, on voit souvent présenter ce statut comme ayant évolué de la charité vers l'assistance, de l'assistance vers l'assurance, des devoirs de ceux qui pouvaient aider vers le droit de ceux qu'il faut aider. Nous ne voyons aucun inconvénient à cette manière juridique de présenter les choses, mais il ne faudrait pas qu'elle cache l'essentiel ; l'essentiel c'est que, même dans nos sociétés modernes, les malades sont toujours une minorité par rapport aux bien portants. De moins en moins ceci est vrai objectivement, mais cela reste vrai subjectivement, car les malades s'ignorent, sauf aux courts moments où la maladie

les bloque dans leur vie quotidienne. Les individus quand ils sont bien portants, les sociétés humaines, les autorités sociales qui sont le reflet de celles-ci hiérarchisent leurs objectifs ; et les objectifs prioritaires ni pour les uns ni pour les autres ne sont la santé ou le bien des malades. Quels que soient les discours, fût-ce des constitutions et des textes de lois, le malade assisté ou assuré social se révèle vite être un assujetti qui doit disputer ses droits à une administration inhumaine, qui est soumis à des contrôles, en général illusoires, sous prétexte que ses demandes de consommation médicale sont abusives ; le mythe de l'abus de soins déshonorerait, par sa persistance, l'esprit critique de nos financiers s'il ne déshonorait pas moralement nos sociétés. Il y a dans la littérature administrative de tous les pays une longue tradition de déplorations des économistes, des financiers et des hommes politiques contre ce bel et bon argent que l'on donne à des rebuts sociaux qui ne peuvent plus servir à grand-chose alors qu'avec cela on ferait de si belles autoroutes et de si belles fusées pour aller dans la lune...

Il nous est facile de nous voiler la face devant ces attitudes telles que les a dépeintes, par exemple, Henri Guillemin pour les catholiques français sous la deuxième République, ou Dickens pour l'administration de ces Maisons de « Charité » anglaises du XIXe siècle, il faut un peu plus de mérite pour en retrouver l'écho dans les discours dominicaux que nous entendons sur la réforme de la sécurité sociale ou l'augmentation du coût de la santé ; il faut encore plus de courage pour reconnaître en chacun de nous une complicité à cette attitude, il faudrait avoir la lucidité d'en trouver un autre écho dans la résignation à leur sort de tant de malades chroniques et dans la façon inhumaine dont les autorités sociales des pays les plus développés continuent à les traiter. C'est ce qui reste peut-être de l'état d'esprit masochiste dont nous étions partis en analysant le statut du malade d'autrefois, celui qui faisait du malade à ses propres yeux un coupable et aux yeux des autorités sociales une juste victime du courroux des dieux.

Henri PÉQUIGNOT

LA PRIÈRE DES MALADES DANS LE PSAUTIER D'ISRAEL

Les prières des malades dans le psautier d'Israël[1] se répartissent en deux groupes : les unes sont des *complaintes individuelles,* comme les psaumes 6, 38, 41, 88 et 102, pour ne nommer que les plus remarquables ; les autres sont des *chants d'actions de grâces,* ainsi les psaumes 30, 32 et 116, auxquels il faut ajouter la prière du roi Ezéchias après sa guérison : *Is.,* 38, 10-20[2]. Dans le premier cas, le fidèle écrasé par la douleur fait appel à Yahvé ; dans le second, il lui dit sa reconnaissance et énumère tous les bienfaits de Dieu.

Laissons la parole aux psalmistes[3].

Psaume, 6, 3 s. :

Fais-moi grâce, Seigneur, je suis épuisé,

---

1. Cette étude a d'abord été présentée à la Compagnie des Pasteurs de Genève lors d'un cours de perfectionnement sur « l'Eglise et les malades », en janvier 1966. Pour un exposé d'ensemble sur la maladie dans l'Ancien Testament cf. en particulier A. LODS : « Les idées des Israélites sur la maladie, ses causes et ses remèdes ». *Vom Alten Testament,* K. Marti gewidmet, *BZAW,* 41, 1925, p. 181-193 ; P. HUMBERT, « Maladie et médecine dans l'Ancien Testament », *R. H. Ph. R.,* 44, 1964, p. 1-29 ; J. HEMPEL, « Ich bin der Herr, dein Arzt », *Th. Lit. Zeitung,* 82, 1957, col. 809 ss., etc.

2. Il existe plusieurs présentations des psaumes, parmi lesquelles celle de P. DRIJVERS, o. c. s. o., *Les Psaumes, genres littéraires et thèmes doctrinaux,* Paris, 1958 ; G. PIDOUX, *Du portique à l'autel,* Paris, 1959 ; Dom H. DUESBERG, *Le psautier des malades,* Maredsous, 1952.

3. Il est bon de lire les psaumes dans les diverses traductions françaises à notre disposition : *Bible de Jérusalem* (1950, 1958), *La Pléiade* (1959), *A. Chouraqui* (1956), *A. Maillot - A. Lelièvre* (1956), *M. Manatti - E. de Solms* (1966, 1967).

guéris-moi, Seigneur, mes os s'affolent.
Et mon âme très folle...
Toi, Seigneur, jusques à quand ?
Exténué, en mon gémissement,
je baigne toute la nuit mon lit,
de mes larmes, j'inonde mon grabat.
Mon regard se ternit d'angoisse,
s'aveugle devant mes oppresseurs...

(trad. A. Chouraqui)

Psaume, 38, 4 s. :
Rien d'intact en ma chair, de par ta fureur,
Rien de sauf, en mes os, grâce à mon péché.
... toutes mes plaies infectent
et suppurent, grâce à mon égarement ;
je suis recroquevillé, courbé outre-mesure,
tout le jour je vague dans le deuil.
C'est que de feu sont remplis mes reins ;
il n'est rien d'intact en ma chair.
Je suis à bout ! Je suis broyé outre-mesure ;
ma clameur domine le rugissement du lion.

(trad. Dom H. Duesberg)

Psaume 22, 15 s. :
Je suis comme de l'eau qui s'écoule
et tous mes os se disloquent,
mon cœur est comme de la cire,
il fond au milieu de mes entrailles.
Mon palais est desséché comme un tesson
et ma langue est collée à mon gosier ;
On va me déposer dans la poussière de la mort...

(trad. La Pléiade)

Depuis H. Gunkel, nous savons que les *complaintes individuelles*, parmi lesquelles se trouvent les supplications des malades, se composent de quatre éléments et s'ordonnent en général selon le schéma suivant : invocation-plainte-prière-

exaucement[4]. Elles s'ouvrent par un *appel* qui peut être une question, un cri, un ordre ; le fidèle interpelle son Dieu : « Yahvé, sauve-moi, guéris-moi, prends pitié de moi... » ou encore « Yahvé, jusques à quand ?... Yahvé, pourquoi ? » (d'où le célèbre : « Mon Dieu, mon Dieu, pourquoi m'as-tu abandonné ? » au début du *ps.*, 22).

Elles se poursuivent par une *description* colorée, animée de la détresse dans laquelle se trouve le suppliant. Le psalmiste dit son trouble, sa douleur, ses angoisses ; il évoque la mort qui est proche, ses ennemis innombrables, sa solitude, son désarroi. Le but de ses paroles est non de vanter son courage — le fidèle n'affronte pas stoïquement l'adversité — mais d'émouvoir Yahvé et de l'engager à intervenir sans tarder en sa faveur.

Le troisième élément, raison d'être de la supplique, est la *demande*. Une demande pressante, impérieuse, à l'ordinaire sous forme impérative. Le croyant de l'Ancienne Alliance n'a pas peur d'exiger de son Dieu qu'il vienne à son secours ; il veut être entendu : « Ecoute-moi, prête l'oreille à mes cris, incline ton oreille vers moi ». Comme Job, il demande à être reçu en audience, il a hâte de voir Dieu face à face : « Yahvé, regarde-moi, ne me dérobe pas, ne me cache pas ta face... »

La *conclusion* de la prière est plus variable. Le fidèle répète parfois sa demande, ou bien il exprime sa confiance en Yahvé. Ailleurs, il pousse un ultime cri de détresse. Souvent, il dit sa certitude d'être exaucé et termine ainsi le psaume par une note positive qui contraste étrangement avec le reste de ses paroles.

Les *chants d'actions de grâces* ont également une structure caractéristique. Ils débutent comme les hymnes par une déclaration dans laquelle le croyant fait part de sa volonté de louer Yahvé et de dire sa bonté et sa puissance : « Je te rendrai grâce, Yahvé, de tout mon cœur... je raconterai tes merveil-

4. H. GUNKEL - J. BEGRICH, *Einleitung in die Psalmen*, Göttingen, 1933.

les... je veux t'exalter, Yahvé, car tu m'as relevé ». L'élément principal du chant de reconnaissance est constitué par le *rappel de la détresse* qu'a connue le psalmiste et dont Dieu l'a délivré. C'est un devoir sacré pour le fidèle que d'évoquer devant ses frères les tourments par lesquels il a passé, de leur faire entendre ses cris d'angoisse et de mettre en évidence l'extraordinaire libération dont il a été l'objet.

Le psaume se termine alors par un *vœu,* une *confession de foi.* Le psalmiste chante sa gratitude et invite toute l'assemblée des croyants à se joindre à lui dans la louange de Yahvé.

* *
*

Ce rapide rappel des deux genres littéraires dans lesquels nous rencontrons les prières des malades, et de leur composition, nous conduit à faire *une première remarque :*

On estimait jadis que le psautier d'Israël, notamment les complaintes, témoignait avant tout d'une piété personnelle, fruit du ministère de Jérémie, d'une dévotion privée qui n'avait guère de lien avec le culte du Temple. « En tout cas, écrivait A. Causse en 1922, le psautier n'a pas été écrit par des prêtres, ni pour des prêtres. Rien de clérical dans cette piété des psaumes, rien de rituel non plus. Le Psautier est l'œuvre du peuple, il a été écrit par les « pauvres » et pour les « pauvres »... La poésie du Psautier marque le triomphe de l'individualisme religieux »[5].

Ce point de vue est ordinairement abandonné de nos jours. Les psaumes ne nous apparaissent plus, à la lumière des études des spécialistes, comme l'expression spontanée d'une expérience unique, ou comme le cri qui jaillit d'une âme aux prises avec la souffrance. A les lire attentivement, on ne peut manquer d'être frappé de retrouver d'une prière à l'autre non seulement le même schéma, mais encore les mê-

5. A. CAUSSE, *Les pauvres d'Israël,* Strasbourg, 1922, p. 81s., 114.

mes images et les mêmes motifs. Les expressions utilisées par les psalmistes pour décrire leurs misères restent suffisamment vagues pour que leur situation précise nous échappe ; leurs paroles ont quelque chose de conventionnel ; bref, il faut tenir compte, dans l'explication des supplications des malades, d'un élément traditionnel, élément dont les textes suméro-akkadiens attestent l'antiquité[6].

Un psaume comme le psaume 6, dont les thèmes se retrouvent dans d'autres prières de l'Ancien Testament, est, selon Dom H. Duesberg, une composition à l'usage des malades. Il écrit à ce sujet : « Ce n'est pas tant la prière personnelle de l'auteur qu'un *canevas* où le psalmiste c'est-à-dire l'orant retrouvera un certain nombre de traits communs à tous les malades... c'est à chacun à mettre son accent personnel dans la récitation de cette prière »[7]. Le psaume 38 serait également « une de ces pièces composées par les clercs pour des orants anonymes »[8]. Ainsi certaines complaintes ne seraient que « des formulaires de prières tenus à la disposition des fidèles ou des prêtres dans le Temple »[9] ; elles « faisaient partie d'un rituel.. et étaient rédigées en termes suffisamment vagues pour servir à plusieurs fins, tout en restant persuasives »[10].

Le psautier d'Israël nous apparaît aujourd'hui comme constituant dès son origine une sorte de *Prayer Book ;* le clergé de Jérusalem semble avoir préparé pour les malades des prières que ceux-ci ou leurs représentants ont prononcées au sanctuaire. Il existe ainsi un lien entre les malheureux et en particulier les malades d'une part et le Temple de l'autre, et donc une prise en charge des patients par la communauté ; cette

---

6. Cf. cependant P.-E. BONNARD, *le Psautier selon Jérémie,* Paris, 1960.

7. Dom H. DUESBERG, *op. cit.,* p. 87.

8. Idem, p. 13. Sur le psaume 38, cf. R. MARTIN-ACHARD, « La prière d'un malade », dans *Verbum Caro,* 45, 1958, p. 77-82.

9. G. PIDOUX, *op. cit.,* p. 79.

10. Dom H. DUESBERG, *op. cit.,* p. 14 s.

relation est confirmée par un certain nombre d'observations.

Il est normal qu'après la guérison, le fidèle se rende au sanctuaire de Jérusalem pour en rendre grâce à Yahvé ainsi qu'en témoigne le récit de la maladie d'Ezéchias (*2 Rois,* 20, 5 ; *Is.,* 38, 22). Les cantiques d'actions de grâces impliquent l'existence d'une cérémonie au Temple en présence des frères. Le même terme — *toda* — désigne à la fois le chant entonné à cette occasion et le sacrifice qui fait partie du rituel. Les psaumes de reconnaissance évoquent l'atmosphère joyeuse qui caractérise cet office : au milieu d'une grande assemblée, l'ancien malade, guéri, libéré, voire réhabilité et comblé, lève la coupe de bénédiction et proclame la bonté de Yahvé à son égard (*Ps.,* 116, cf. aussi *Ps.,* 22 dans sa seconde partie, *Ps.,* 40, *Ps.,* 51, 15 s., etc.) « afin que, comme le déclare l'Evangile, cela serve de témoignage » (*Marc,* 1, 44).

Si la guérison nécessite un service au Temple selon un rituel dont nous pouvons reconstituer les éléments essentiels, la maladie, elle aussi sans doute, suppose cette relation avec le sanctuaire, soit directement, soit par personne interposée. Lorsque le fidèle tombe malade, il va de soi qu'il doit consulter Yahvé. C'est précisément ce que le roi Asa a omis de faire et qui lui est reproché (*2 Chron.,* 16, 12 ; cf. aussi *2 Rois,* 1, 2 ; *1 Sam.,* 1, 9 s.). Consulter Yahvé ou chercher le Seigneur signifie pratiquement se rendre au Temple. Selon A. Weiser, l'expression fréquente dans les psaumes « voir la face de Dieu » implique une visite au sanctuaire de Jérusalem. Un texte important du Siracide (*Sir.,* 38, 9 s.) qui consacre un vieil usage indique qu'en cas de maladie, avant d'appeler le médecin, il s'agit de prier Dieu, de se repentir et de lui présenter une offrande (cf. aussi *Ps.,* 35, 13). La prière de dédicace du Temple de Salomon semble avoir prévu ce cas, d'après *1 Rois,* 8, 37 s., précisé par *2 Chron.,* 20, 5, 8 s.

La fin des complaintes, dans laquelle s'exprime plus que l'espoir de la guérison, mais déjà la certitude de l'exaucement, paraît impliquer l'intervention d'un représentant de Yahvé au Temple, une déclaration divine qui soit, comme le suggère le *Ps.,* 107, 20, une Parole qui guérisse, dans le genre de

« Dis à mon âme : Je suis ton salut » (*Ps.*, 35, 3) [11] ou encore un oracle sacerdotal de salut, accompagné peut-être d'un geste rituel, dont on retrouve les traces dans le message du Second Isaïe [12].

Il existe donc, selon l'Ancien Testament, un lien évident entre la maladie et la guérison d'une part, et la tradition cultuelle du peuple de Dieu de l'autre. C'est par la liturgie du Temple que la communauté prend en charge ses malades et est, en contrepartie, édifiée par leur guérison et le témoignage qui en découle. « Maladie et guérison » sont donc intégrées à la vie religieuse d'Israël, selon le témoignage vétérotestamentaire. Cette constatation doit avoir des conséquences pratiques pour notre temps et il faut souscrire à la conclusion qu'en tire le professeur F. Michaeli : « La vie cultuelle de l'Eglise d'aujourd'hui aurait peut-être encore beaucoup à apprendre de l'ancien Israël, en ce qui concerne la prière des malades ou pour les malades, et la louange qui rend témoignage de la guérison » [13].

*
* *

Notre *seconde remarque* est basée sur les considérations suivantes : il est difficile, nous l'avons dit, de savoir de quelle maladie le psalmiste est exactement atteint. Tout diagnostic est quasi impossible, du fait que les supplications usent d'une terminologie conventionnelle.

Mais il est tout aussi délicat de faire le recensement précis des prières des malades dans le psautier d'Israël. Leur nombre varie, selon les commentateurs qui ne savent pas toujours de quel mal, physique ou psychique, se plaint le suppliant, ou

---

11. « Tu t'es approché le jour où je t'invoquai et tu as dit : ne crains pas » (*Lam.*, 3, 57 ; cf. encore *Ps.*, 130, 5).

12. J. BEGRICH a attiré l'attention sur ce genre littéraire, cf. « Das priesterliche Heilsorakel », *ZAW*, 52, 1934, p. 81-92, réédité en 1964 dans *Gesammelte Studien z. A.T.*

13. F. MICHAELI, « Les malades et le Temple dans l'Ancien Testament », dans *Eglise et Théologie*, 21, 1958, p. 3-12.

encore si celui-ci, en utilisant des expressions traditionnelles, fait allusion à une détresse d'un tout autre genre, par exemple, à l'injustice dont il est la victime, aux calomnies qui se répandent sur son compte, ou même à l'impression de solitude ou d'abandon qui le saisit. Dans tel psaume ce ne serait pas la santé du psalmiste qui serait en jeu, mais plutôt sa liberté, son honneur ou sa foi.

Pour ne signaler qu'un cas, il n'est pas aisé de savoir de quelle souffrance précise est atteint l'auteur du psaume 22. Est-il frappé dans sa chair ? La maladie est-elle venue s'ajouter à d'autres tourments, comme une conséquence plutôt que comme une cause de l'inimitié dont il est l'objet ? Les exégètes doivent reconnaître que la situation réelle du plaignant leur échappe, malgré ou peut-être précisément à cause de la multitude des indications qui nous sont données.

Cette difficulté que nous rencontrons constamment dans l'explication des complaintes provient sans doute du fait que la Bible a toujours eu conscience d'une vérité que la science tend à redécouvrir aujourd'hui, celle de l'unité psychosomatique de l'être humain. « Par opposition au dualisme moderne, écrit G. Pidoux, qui oppose en l'homme les principes matériels et immatériels, l'Israélite est moniste, c'est-à-dire que, pour lui, l'homme est un organisme où les éléments psychiques et physiques sont inséparables et se confondent » [14].

Pour Israël, le physique et le psychique réagissent constamment l'un sur l'autre. Quand l'une des parties ou mieux l'un des aspects de l'être humain est atteint, l'être entier est touché. L'essentiel n'est donc pas, pour l'Ancien Testament, de reconnaître l'origine physique ou psychique d'une souffrance, mais de prendre acte d'une douleur qui saisit l'homme, corps et âme, et qui se communique à tout ce qui le constitue. Pour le peuple de l'Ancienne Alliance, comme pour la sagesse populaire, un malheur ne vient jamais seul, il se répercute en chaîne dans l'existence humaine.

---

14. G. PIDOUX, *L'homme dans l'Ancien Testament*, Cahiers théologiques, Neuchâtel, 1953 p. 10, 35, 73, etc.

L'imprécision de la terminologie vétérotestamentaire eu égard à la maladie résulte donc aussi du fait que l'Ancien Testament a le sens très vif du dynamisme du mal. Celui-ci, quelle que soit la forme qu'il puisse prendre dans un cas particulier, ne fait que multiplier la détresse des hommes ; derrière lui l'Israélite discerne l'activité d'une puissance malfaisante qui se saisit de la créature et s'attaque à l'œuvre du Créateur, il reconnaît l'action de l'Ennemi, de la Mort, négation suprême de la création.

Aux yeux des fidèles, il importe donc d'établir un diagnostic d'ordre *théologique*, c'est-à-dire de dénoncer dans le malheur, quels qu'en soient l'origine et les aspects (maladie, injustice, persécution, etc.), la présence de la Mort, sa proximité immédiate.

La mort, dans l'Ancien Testament en général, mais plus particulièrement dans le psautier d'Israël (*Ps.*, 88, cf. aussi la prière de Jonas, *Jon.*, 2) apparaît comme la force même du Chaos qui conteste les actes de Yahvé ; elle est, comme le suggère *Is.*, 5, 14, ce monstre insatiable qui engloutit par milliers ses victimes, et cherche à happer les humains bien avant que sonne pour eux l'heure du trépas pour les entraîner dans les profondeurs de l'abîme. C'est en ces termes que Jonas évoque sa détresse passée :

> « Tu m'avais jeté au plus profond du cœur des mers.
> Un fleuve m'encerclait,
> toutes tes lames et tes vagues
> avaient passé sur moi...
> Les eaux m'ont enveloppé jusqu'au cou,
> l'abîme m'encercle,
> une algue est nouée à ma tête.
> Aux arêtes des montagnes je suis descendu. »
>
> (Trad. La Pléiade)

Le Psalmiste du Psaume 88 se plaint douloureusement :

> « Tu m'as repoussé dans le gouffre sans fond,
> dans les ténèbres abyssales,

ta colère pèse sur moi,
tu as fait déferler tous tes brisants. »

(Trad. A. Chouraqui)

« La mort, écrit J. Ellul, n'est pas une loterie, présidée par la loi des grands nombres et se traduisant par un arrêt du cœur, c'est une force qui va, qui s'adresse personnellement à chacun, qui entame progressivement sa vie, qui la ronge et la gaspille, la dissocie et la corrode, avec des habiletés sataniques, jusqu'au jour où en effet il ne reste rien »[15]. C'est cette Mort, « la mauvaise mort », selon l'expression de Chr. Barth[16], la mort insupportable qu'affronte le psalmiste, contre laquelle il se débat et qui explique ses pleurs, ses appels et ses cris, une mort à laquelle il ne se résigne pas. Les complaintes nous mettent en présence de malheureux qui sentent peser sur leur existence une menace radicale ; aussi, pour eux, l'intervention de Dieu est-elle vraiment une question de vie ou de mort. On ne s'étonnera donc pas de la violence de leurs prières.

On a souvent parlé à ce propos du caractère poétique des expressions utilisées par les psalmistes ou l'on a évoqué le caractère imaginatif et passionné des Sémites ; il faut bien au contraire prendre au sérieux les paroles des suppliants d'Israël. Certaines de leurs déclarations, comme l'a noté Chr. Barth, évoquent les symptômes de maladies nerveuses, et notamment de la dépression : manque d'appétit (*Ps.*, 22, 18 ; 102, 5 s.), perte du sommeil (*Ps.*, 6, 7 ; 22, 3), extrême fatigue (*Ps.*, 31, 10 s. ; 88, 16), manie de la persécution (*Ps.*, 69, 22), etc.[17]. Elles expriment surtout une exigence saine et réaliste, conforme d'ailleurs à l'ensemble de l'Ancien Testament, de ce que doit être une existence authentique. Celle-ci implique normalement la lumière et la santé, la puis-

15. J. ELLUL, « Le Livre de Jonas », dans *Foi et Vie*, 1952, p. 127.

16. Chr. BARTH, *Die Erretung vom Tode, in den individuellen Klage- und Dankliedern des Alten Testaments*, Zollikon, 1947.

17. Chr. BARTH, *op. cit.*, 97 s.

sance et l'honneur, la liberté et la justice, la paix et la piété, ainsi qu'en témoigne Job avant et après son épreuve.

La vie que Yahvé offre aux siens ne saurait être que plénitude, bonheur, efficacité, abondance ; le malheureux quel qu'il soit, malade, captif, vaincu, méprisé, affamé... voire pécheur, ne connaît déjà plus cette vie véritable qui est le don de Dieu aux siens, il appartient virtuellement à l'empire des morts, ombre parmi les ombres, inconsistant et anonyme comme les *Rephaïm* qui peuplent le *Sheôl,* qui ne sont rien et ne représentent rien, qui n'ont ni avenir, ni passé dans ce monde de ténèbres qui est aussi celui du silence, le monde de l'impossible communication[18].

Dans cette zone où plane l'ombre de la Mort se retrouvent tous ceux que la société, la nation ou l'histoire ont aliénés pour une raison ou une autre, les « laissés pour compte », les déchets, ceux qui sont condamnés à une existence sans réalité et sans signification, déjà absents de ce monde, et parmi eux, il y a les malades : ce patient égaré dans une salle d'hôpital, qui n'arrive ni à vivre ni à mourir, et dont la maladie lasse les siens, sans compter qu'elle leur coûte fort cher... ce misérable qui occupe inutilement un lit, dont le passé déjà s'est évanoui et qui n'a pour tout avenir que l'attente d'une prochaine crise, dont il sera le seul à mesurer l'horreur... ce malheureux qui pressent la trahison de ses proches, leur mépris ou même leur haine, et qui devine qu'il va tout à l'heure basculer dans le néant, là où aucun être vivant ne peut l'accompagner...

Les complaintes évoquent ces drames, ces souffrances, ces abandons ; elles n'exagèrent rien quand elles révèlent l'étendue du mal, les ravages de la maladie. Elles donnent un nom à la détresse du suppliant, elles dénoncent la menace qui pèse sur lui, elles indiquent le seul espoir qui lui reste. Les prières d'Israël nous montrent les dimensions du malheur des hommes ; elles nous avertissent que les malades ne sont pas que des malades, mais que des maux de toutes sortes

18. Sur la mort cf. R. MARTIN-ACHARD, « Notre Ennemi, la Mort », dans *Lumière et Vie,* 68, 1964, p. 29-34.

les accablent ; elles nous rappellent qu'ils ne sont pas seuls en cause, mais qu'ils font partie de ces multitudes innombrables que la Mort réclame déjà et que l'Eglise doit lui disputer au nom de l'Evangile du Christ ressuscité.

*
* *

Notre *dernière remarque* sera consacrée à mettre en évidence le *théocentrisme* des prières des malades en Israël.

Il va sans dire que Yahvé est au centre des *chants d'actions de grâces.* C'est en son honneur que le psalmiste entonne sa « *toda* », c'est pour lui qu'il sacrifie, c'est à lui seul qu'il exprime sa reconnaissance. Il doit sa guérison à Yahvé, et à Yahvé seul, aucun doute ne doit s'élever à ce sujet. « Je suis le Seigneur qui te guérit » ; cette déclaration d'*Ex.*, 15, 26 est reprise dans la liturgie comme un des éléments importants de la confession de foi du peuple de Yahvé.

> « Voyez maintenant que c'est moi qui suis moi,
> et qu'il n'est point de Dieu à côté de moi,
> c'est moi qui fais mourir et qui fais vivre,
> qui blesse et qui guéris,
> nul ne délivre de ma main ».
>
> (*Deut.*, 32, 39, trad. La Pléiade)

> « Allons ! retournons vers Yahvé,
> car il nous a déchirés, pour qu'il nous guérisse,
> s'il frappe, c'est pour qu'il nous panse !
> Il nous fera revivre après deux jours ;
> au troisième jour il nous ressuscitera
> et nous revivrons devant lui ».
>
> (*Os.*, 6, 1 s. trad. La Pléiade)

> « Mon âme ! bénis Yahvé !
> Que tout mon sens intime bénisse son saint nom.
> Mon âme ! bénis Yahvé !
> Ne va pas oublier ses bienfaits :
> le pardon de tous tes péchés,

la guérison de toutes tes passions,
ta vie rachetée de la Fosse,
ta couronne sertie de compassion et de piété ».

(*Ps.*, 103, 1 s., trad. Dom H. Duesberg)

« J'invoquai alors le nom de Yahvé,
ô Yahvé, sauve mon âme !
Yahvé est compatissant et juste,
notre Dieu est miséricordieux,
Yahvé veille sur les petits,
j'étais faible et il m'a sauvé.
Mon âme, retrouve ton repos,
car Yahvé t'a fait du bien ».

(*Ps.*, 116, 3 s., trad. G. Pidoux)

« J'annoncerai ton nom à mes frères,
en pleine assemblée je te louerai :
vous qui craignez Yahvé, louez-le,
toute la race de Jacob, glorifiez-le,
redoutez-le, toute la race d'Israël ».

(*Ps.*, 22, 23 s., trad. Bible de Jérusalem)

Il est inutile d'insister davantage ; comme le dit le Siracide : « C'est du Très-Haut que vient la guérison » (*Sir.*, 38, 2).

Mais dans les *complaintes* aussi, Yahvé tient le premier rôle. Dès le début de la supplication, le psalmiste invoque le Dieu d'Israël. Entre le fidèle et lui, aucun intermédiaire n'est nécessaire. « Prononcer le Nom sacré, remarque P. Drijvers, c'est déjà établir un contact avec Dieu. Dès les premières paroles, nous nous trouvons ici en pleine prière. Nous avons atteint Dieu. Le secours de sa puissance nous arrive déjà, il a suffi de nommer de Nom de Yahvé, sans plus, sans la longue suite d'épithètes si caractéristique des prières païennes... le seul Nom de Yahvé a suffi pour rendre (Yahvé et son psalmiste) présents l'un à l'autre » [19].

19. P. DRIJVERS, *op. cit.* p. 112.

Après l'invocation, la plainte. Ici la fidèle reconnaît dans ce qui lui est arrivé la main de son Dieu. Le monothéisme strict d'Israël le conduit à concentrer sur Yahvé seul les attributs et les activités tant néfastes que salutaires des autres *Elohim* et à négliger les causes secondes pour remonter directement à celui qui tient entre ses mains tous les pouvoirs, notamment celui de blesser et de guérir.

Dans quelques cas seulement, la maladie semble être due à l'activité d'un esprit, ange ou démon, mais en général celui-ci est lui-même l'instrument de Yahvé. Ainsi l'Esprit mauvais qui fait délirer Saül (*1 Sam.*, 18, 10), l'Ange exterminateur qui répand la peste dans le royaume de David (*2 Sam.*, 24, 15 ss.), le Destructeur envoyé contre les premiers-nés d'Egypte (*Ex.*, 12, 23). Ailleurs la Mort intervient personnellement (*Ps.*, 18, 6 ; *Os.*, 13, 14) ou par son messager (*Prov.*, 16, 14 ; *Job*, 18, 13) : parfois la malédiction elle-même opère les ravages (*2 Rois*, 5, 27). Ezéchiel dénonce l'œuvre des sorcières (*Ez.*, 13, 18 s.). Signalons encore le Démon de midi et la Peste (*Ps.*, 91, 5). Selon S. Mowinckel, les ennemis dont se plaignent les psalmistes seraient des « faiseurs d'iniquité, ou, de néant » qui utiliseraient la magie pour nuire aux yahvistes fidèles ; mais cette hypothèse a rencontré peu d'écho, bien qu'elle ne puisse être complètement écartée.

Il existe donc, selon Israël, des forces maléfiques qui s'attaquent aux hommes et sont à l'origine de leurs souffrances. Mais il est remarquable que l'Ancien Testament et en particulier le psautier y fassent si peu d'allusions. Les psalmistes se réfèrent avant tout à Yahvé ; ils voient dans leurs peines son œuvre et y discernent une condamnation, un avertissement ou une épreuve.

Les déclarations du *Ps.*, 88 sont caractéristiques à cet égard :

> « *Tu* m'as plongé au plus profond de la fosse...
> sur moi a pesé *ta* fureur,
> de toutes *tes* vagues, *tu* m'accables.

Tu as éloigné de moi mes familiers,
tu as fait de moi un objet d'horreur ».
(Trad. La Pléiade)

Même conviction, selon le *Ps.*, 38 :

« *Tes* flèches s'enfoncent en moi,
ta main s'abaisse sur moi ».

Et dans le *Ps.*, 32 :

« Jour et nuit, sur moi pesait *ta* main ».

Yahvé frappe, parce qu'il est en colère, et il s'irrite, parce que le psalmiste a péché. Cette relation, bien connue entre la souffrance et la faute, apparaît dans plus d'une complainte. « La maladie peut être un châtiment » (*Ps.*, 39, 12).

« Rien d'intact en mon corps, par suite de ton *irri-*
[*tation,*
rien de sain dans mes os, par suite de mon *péché* ».
(*Ps.*, 38, 4, trad. La Pléiade)

Il s'agit alors non de nier, mais d'avouer :

« Tant que je me suis tu, mes os se sont usés...
Je te fis connaître mon péché
et ne te cachais pas mes fautes,
je dis : « Je confesserai mes transgressions à Yahvé !
et, toi, tu as remis la peine de mon péché ».
(*Ps.*, 32, 3 ss., trad. La Pléiade)

Ou encore d'implorer la miséricorde de Yahvé. Que la punition ne soit pas égale à la colère de Dieu (*Ps.*, 6, 2 ; 38, 2).

Mais ces mêmes psalmistes qui confessent leurs fautes sont aussi ceux qui entendent se tenir du côté de Dieu, les *hasidim,* les *saddiqim,* c'est-à-dire les fidèles qui protestent de leur foi et se disent « les clients de Yahvé ».

Déjà dans les complaintes et avant Job, il apparaît qu'il n'y a pas de commune mesure entre la culpabilité des croyants et la peine qui les frappe ; déjà est contestée l'équation : à faute égale, punition égale ; déjà, si la souffrance humaine

trahit le désordre qui s'est introduit dans l'œuvre de Yahvé, il est évident que le péché n'explique pas tout ; d'autres facteurs interviennent dans le malheur du *hasid,* ne seraient-ce que ses ennemis qui se confondent avec les railleurs, c'est-à-dire les impies, les réprouvés qui, en attaquant ses fidèles, s'en prennent à Yahvé lui-même.

Et les psalmistes de s'inquiéter de ce que leur Dieu paraît laisser les mains libres à ces êtres-là, de ce qu'il tarde à agir et souffre que se déchaînent les puissances malfaisantes. Toute maladie n'est donc pas nécessairement un châtiment.

La prière fait suite à la plainte. Le Dieu qui s'irrite contre le psalmiste est celui-là même qu'il ira invoquer. Le *hasid* attend tout de Yahvé, il reçoit tout de lui, la guérison comme la maladie, le bonheur comme le malheur, la joie comme la peine, la vie comme la mort.

Il est frappant de constater que les croyants d'Israël, en même temps qu'ils reconnaissent d'où vient leur détresse, font appel à Dieu pour réclamer leur salut. Loin de les éloigner de Yahvé, leurs souffrances les précipitent vers lui. Relisez à cet égard les psaumes 6, 30, 32 ou 38 ; écoutez prier Ezéchias : c'est à la main qui le frappe qu'il demande sa bénédiction !

Deux éléments jouent ici un rôle considérable et permettent aux fidèles d'en appeler du Dieu qui les éprouve au Dieu qui les délivre. Le premier est le fait qu'implorer Yahvé, ce n'est pas prier un Dieu inconnu ou fantaisiste, c'est faire appel au Dieu de l'Alliance, au Dieu du peuple élu, au Dieu de l'histoire sainte, dont l'attitude passée à l'égard d'Israël est une garantie pour l'avenir des siens. Interpeller Yahvé, c'est se référer à sa *hesed,* sa loyauté, sa fidélité, c'est en appeler à un attachement dont il n'a cessé de témoigner, c'est s'appuyer sur le plus solide des fondements, puisque Yahvé ne peut être infidèle à sa fidélité. Aussi c'est elle qu'invoque le psalmiste : « Sauve-moi en vertu de ta *hesed,* c'est-à-dire, en vertu de ta grâce (La Pléiade) par ta piété (Dom H. Duesberg), en raison de ton amour (Bible de Jérusalem) à cause de ta miséricorde (Segond) » (*Ps.,* 6, 5).

A l'heure de la détresse, le souvenir, au sens fort, que le fidèle garde de la tradition dans laquelle il a vécu, tradition cultuelle et catéchétique, lui sert de point d'appui et anime sa prière et son espérance.

Deuxièmement, les psalmistes sont trop conscients du caractère foncièrement malfaisant de la Mort, pour supporter que celle-ci triomphe de la *hesed* divine. Ils savent que l'heure de la mort marque une rupture définitive entre le défunt et son peuple, comme entre le fidèle et son Dieu. Le Sheôl est pour eux un monde sans communication, un monde de disparus. On y descend, mais on n'en remonte pas, c'est, selon l'expression d'alors, « un pays sans retour ».

Or Yahvé ne se trouve pas dans le Sheôl. Non pas qu'il ne puisse à l'occasion y intervenir, ne serait-ce que pour châtier un coupable (*Amos*, 9, 2 s. ; *Ps.*, 139, 7 s.), mais d'une façon générale l'œuvre de Dieu ne concerne pas le monde des ombres. Celui-ci est depuis toujours en marge de la création, il reste à l'écart de l'histoire du salut.

Aussi dans le séjour des morts n'est-il plus possible de prier Yahvé ; aucune louange ne s'élève parmi les *Rephaïm* en l'honneur du Dieu d'Israël ; aucune mention n'est faite de ses exploits. Les morts ne peuvent unir leurs voix à la communauté cultuelle de Jérusalem pour célébrer Dieu. Les psalmistes le disent et le répètent :

> « Celui qui meurt n'a plus ton souvenir ;
> qui te louera dans le séjour des morts ? »
>
> (*Ps.*, 6, 6, trad. Segond)

> « Que gagnes-tu à verser mon sang,
> à me faire descendre dans la fosse ?
> La poussière a-t-elle pour toi des louanges ?
> Raconte-t-elle ta fidélité ? »
>
> (*Ps.*, 30, 10, trad. Segond)

> « Je suis semblable... à ceux dont tu n'as plus le souvenir
> et qui sont séparés de ta main.
> ... Est-ce pour les morts que tu fais des miracles ?

Les morts se lèvent-ils pour te louer ?
Parle-t-on de ta bonté dans le sépulcre,
et de ta fidélité dans l'abîme ?
Tes prodiges sont-ils connus dans les ténèbres,
et ta justice dans la terre de l'oubli ? »

(*Ps.*, 88, 6 et 11 s., trad. Segond)

« Ce n'est pas le séjour des morts qui te loue,
Ce n'est pas la mort qui te célèbre ;
Ceux qui sont descendus dans la fosse n'espèrent plus
[en ta fidélité.
Le vivant, le vivant, c'est celui-là qui te loue... »

(*Is.*, 38, 18-19, trad. Segond)

L'argument est décisif. Il n'est pas normal, il est scandaleux que Yahvé laisse les siens se perdre dans le Sheôl. Toute l'histoire sainte réclame de lui qu'il intervienne en faveur du malheureux, pour l'amour de son nom, par fidélité envers lui-même. Yahvé ne peut rester passif contre la Mort qui lui enlève un *hasid.* Il en va de son honneur.

Le Dieu de l'Alliance est ainsi solidaire du sort des suppliants ; sa gloire est inséparable de la destinée de ses « pauvres ». Les psalmistes osent lier la guérison des malades, la libération des captifs, le triomphe des *hasidim* éprouvés à la grandeur du Dieu d'Israël. Parce que contestation de l'œuvre divine, la maladie devient un « lieu-témoin » où doit être confirmée la réalité de la *hesed* de Yahvé, où doit se manifester la vérité de l'histoire du salut. Il faut que Yahvé s'y révèle tel qu'il s'est donné à Israël.

C'est ainsi que la prière du psalmiste lui permet de découvrir que son malheur ne concerne pas que lui. Le drame qu'il vit est aussi celui de Yahvé. Sa détresse le pousse à s'enfermer en lui-même, mais sa supplication le maintient en présence de Dieu. Le malade n'est pas là pour lui-même, il est là pour Dieu, comme il est devant Dieu. Sa souffrance tend à l'en séparer, mais les paroles qu'il prononce — que sans doute la liturgie lui propose — lui attestent la solidarité de Yahvé. Dieu

a besoin de lui ; ainsi son mal a un sens et une fin qui est liée au sort du peuple de Dieu.

Le théocentrisme des complaintes d'Israël interdit au malheureux de s'abandonner à sa souffrance et à sa solitude ; la liturgie du Temple rappelle aux fidèles que Dieu n'est pas absent, quoi qu'il en semble et quoi qu'on en dise, de leurs peines ; leur sort intéresse l'histoire sainte. Il en est d'eux comme il en est de l'aveugle-né dont l'Evangile dit au sujet de son infirmité : « C'est afin que les œuvres de Dieu soient manifestées en lui » (*Jean,* 9, 2). Lieu-témoin, la maladie devient alors un lieu-missionnaire.

Telles sont les prières que la communauté de Jérusalem met à la disposition des patients. Elles nous rappellent qu'il ne suffit pas d'intercéder pour eux, mais que l'Eglise doit les aider à dire à Dieu leurs angoisses et leurs détresses avec des mots simples et virils. Il nous faut développer pour eux une prière liturgique qui ne néglige pas non plus la louange du Dieu qui guérit.

Ces mêmes oraisons nous montrent que la maladie n'est souvent qu'un aspect de la souffrance humaine : les patients ne sont rarement atteints que dans leur chair ou leur âme, ils participent à l'immense peine des hommes devant laquelle l'Eglise doit concrètement témoigner de la victoire de Pâques.

Elles nous disent enfin l'étroite, la mystérieuse solidarité qui lie le Dieu de la Bible aux malheureux qui se croient abandonnés par lui, alors qu'il fait sienne leur misère. Elles nous introduisent ainsi au cœur de l'Evangile.

Robert MARTIN-ACHARD

PRÉSENCES

REVUE TRIMESTRIELLE DU «MONDE DES MALADES»

Si la maladie, la vôtre ou celle d'autrui,
tient en votre vie une place importante;
si vous avez le souci des malades,
si vous vous reconnaissez solidaire ou
responsable d'eux

PRÉSENCES

s'adresse à vous.

Vous y trouverez :

— des articles de fond dans le domaine philosophique, théologique, spirituel ou social,

— des lettres, des témoignages, des enquêtes,

— d'abondantes chroniques et comptes rendus de livres.

Depuis quatorze ans, "PRÉSENCES", Revue unique en son genre, participe à l'évolution du "monde des malades" et s'efforce d'approfondir dans une perspective chrétienne, les problèmes qui se posent aux malades ou que posent les malades dans l'Eglise et dans la Cité.

Dernier numéro paru (1er trimestre 1968) :

LES SACREMENTS ET LES MALADES, 144 pages, 6 f.

La liste des numéros disponibles et un numéro spécimen gratuit vous seront envoyés sur simple demande.

PRÉSENCES : *69, rue Danton - 91 - DRAVEIL*

L'abonnement annuel : 15 f. (Canada : 3 $) C C.P. 4581.93 Paris

MALADIE ET GUÉRISON DANS LE NOUVEAU TESTAMENT

L'examen des problèmes relatifs à la maladie et à la guérison dans le Nouveau Testament n'est certes pas facilité par le développement sémantique que ces notions ont connu, dans notre récente culture, sous l'influence prédominante de la médecine, de la biologie et de la psychologie modernes. Curieusement, nous continuons à utiliser, par commodité, des termes tels que, précisément, maladie et guérison, mais leur sens n'a plus grand rapport, dans l'emploi que nous en faisons aujourd'hui, avec ce que suggère leur étymologie. Que la « maladie » soit un mal (*male habitus*) ne suffit pas plus à la caractériser que le fait que le mot « guérison » dérive d'une racine (du francique *warjan*) qui contient l'idée de protéger ne suffit à caractériser la guérison.

Un déplacement significatif s'est produit ; alors que la terminologie ancienne désignait par « maladie » un accident du destin et par « guérison » quelque chose qui ressemblait à un « salut », la même terminologie désigne plus ou moins, aujourd'hui, un dérèglement naturel et le retour à l'ordre. On peut certes voir là l'un des effets du phénomène général de la sécularisation. En réalité, il y a autre chose et plus que cela. Il y a l'indice d'une position nouvelle de l'anthropologie. Alors que l'homme était considéré jadis comme l'*objet* de puissances qui fondaient quasi-inévitablement sur lui, on le regarde aujourd'hui comme le *sujet* qui se pose dans le monde et pose le monde devant lui de telle manière que sa relation avec le « monde » en général se définit à partir d'une série d'opérations dont il est le maître, dans les limites, toutefois,

de ses connaissances. Il faut être aussi pleinement conscient que possible de cette mutation si l'on veut comprendre quelque chose à la terminologie néo-testamentaire, et ne pas se hâter, soit de moderniser des concepts dont la plasticité est toute relative, soit de les rejeter en bloc, au nom, justement, d'une « modernité » qui se montrerait impuissante à en saisir le sens.

En outre, le Nouveau Testament porte trace, lui-même, de positions notablement différentes sur le sens de la maladie. On ne saurait les enfermer dans une conception unique que l'on pourrait ensuite opposer sans nuances aux conceptions actuelles. Un consensus peut être observé, cependant, entre ces positions : elles s'accordent à faire de la maladie l'un des éléments d'un ensemble plus vaste, qui contient tous les « maux » susceptibles d'affecter l'homme. Cette remarque prendra toute son importance au moment où nous aurons à parler de la guérison. Bornons-nous à noter, pour le moment, qu'elle rend malaisé le dialogue entre notre mentalité de « modernes » et celle dont témoigne la Bible. Notre vision de la condition humaine est beaucoup plus analytique que celle que nous rencontrons dans l'Ecriture, encore que notre vocabulaire manifeste, dans l'indétermination même de ses mots, que nous n'avons pas entièrement renoncé à insérer la « maladie » dans le cadre, plus général, du « malheur » humain.

I. MALADIE ET GUÉRISON DANS LES ÉVANGILES

Le vocabulaire évangélique relatif à la maladie comporte, en premier lieu, une série se termes au sens très vaste, entre lesquels, d'ailleurs, les évangélistes opèrent des choix, souvent indicatifs de leurs préférences.

Le mot *nosos* est le plus général (nous en avons tiré nosologie). On le trouve cinq fois chez Matthieu, cinq fois chez Luc (y compris les emplois du livre des *Actes des Apôtres,* que l'on ne peut pas séparer de l'Evangile) et une fois chez Marc. Il est absent chez Jean. C'est la désignation la plus vague, celle qui paraît le mieux correspondre au sens

le plus large du mot « maladie » dans notre usage. Elle s'applique, par extension sémantique, à quantité de calamités.

Du même type, et plus fréquemment employé encore est le couple *astheneia* (substantif) - *asthenein* (verbe), qui désigne la *faiblesse.* Il est fréquent chez Jean (huit emplois) et Luc (sept emplois), rare chez Marc (un seul emploi), moins rare chez Matthieu (quatre emplois). Mais Matthieu est seul à utiliser *malakia* (trois fois), qui connote l'idée de langueur et de mollesse (*malakion* = mollusque) plus fortement encore que *astheneia,* tandis que Marc manifeste une préférence pour *arrôstos* (trois emplois contre un seul chez Matthieu) qui signifie *primitivement* : incapacité de... (ainsi, chez Thucydide : incapacité de porter les armes).

Tous ces termes ont une visée commune : ils présentent la maladie comme une *diminution* de l'activité vitale. Ils ne désignent pas des symptômes déterminés, mais une *situation,* et, à ce titre, ils ne constituent aucunement les éléments d'un vocabulaire médical. Il va de soi que certaines maladies sont isolées et connues par leur symptomatologie : la lèpre, les fièvres, les hémorragies, la cécité, la mutité, etc. Mais la symptomatologie importe moins que l'*état de maladie* et rares sont les allusions à des thérapeutiques en rapport avec des entités pathologiques caractérisées.

L'idée qui prédomine est celle d'une *perte de force,* physique ou mentale et, par suite, d'une altération de l'intégrité corporelle et spirituelle. Ce thème est banal en histoire des religions. On le rencontre partout : être malade, c'est, dans toutes les civilisations traditionnelles, « être moindre ». C'est pourquoi les mêmes mots peuvent s'appliquer à la pauvreté, à la captivité, à la famine, etc.

Pourtant, ce n'est pas seulement la situation du malade qui intéresse les évangélistes, mais aussi les *agents* qui provoquent cette situation. Ces agents sont des démons ou des esprits. Luc utilise deux fois l'expression : « agité, importuné par des esprits » (6, 8 ; *Actes,* 5, 16), plus imagée que les nombreux dérivés du verbe : *daimonizesthai* fréquents chez tous les évangélistes (sauf chez Jean, où le seul emploi que

l'on en trouve ne concerne pas la pensée de l'auteur, mais une opinion émise par la foule). Si une force est « perdue », c'est parce qu'une puissance extérieure s'est glissée dans le corps ou l'âme du malade. Elle peut soit le « vider », soit, au contraire, le « survolter », le précipiter dans le feu, le dresser contre les autres hommes, bref, l'*agir*, du dehors, comme une *chose*, comme *sa* chose. On comprend dans ce contexte que l'exorcisme constitue l'essentiel de la thérapeutique. Rien n'est plus urgent que de chasser le « possesseur » et toutes les techniques médicales ont plus ou moins clairement en vue cette expulsion. On ne trouve qu'à l'état de traces, dans la Bible, les systèmes d'imputation qui rendaient tel esprit ou démon responsable de telle affection physique ou mentale et prévoyaient l'exorcisme approprié.

La spécification des entités démoniaques et leur rapport à tel syndrome n'apparaît guère qu'à travers de vagues allusions. « Cette espèce-là de démons ne sort que par la prière », fait dire Marc à Jésus (9, 29). Les plus anciens manuscrits de Matthieu ne contiennent pas cette glose (*Matth.*, 17, 21), rapportée par les plus récents sous l'influence probable de la tradition de Marc (ils ajoutent même : « ... et par le jeûne »). L'ensemble de la péricope suggère d'ailleurs que l'incapacité des disciples à guérir l'épileptique a tenu à leur manque de foi plutôt qu'à leur ignorance des techniques de l'exorcisme.

En réalité, à la théorie d'une origine extrinsèque, démoniaque, de la maladie, la théologie rabbinique avait substitué, à une époque déjà ancienne, un tout autre mode de compréhension, d'un caractère plus éthique. Quel que soit, à ses yeux, l'agent pathogène (démon, esprit, voire Dieu lui-même), ce qui importe, pour elle, c'est que toute maladie est — ou est supposée être — la sanction d'une *faute*. D'où la question des apôtres à Jésus, à propos de l'aveugle-né : « Est-ce cet homme lui-même, ou ses parents qui ont péché, pour qu'il soit né aveugle ? » (*Jean*, 9, 2), et les textes difficiles qui établissent une relation entre la guérison et le pardon des péchés.

Certes, ce thème n'est pas absent des civilisations traditionnelles. La maladie y est aussi censée résulter d'une transgression

du sacré et prend ainsi le caractère d'une *sanction.* Mais, alors que cette sanction vise, ordinairement, les atteintes, conscientes ou non, à un ordre sacré connu des seuls initiés, elle punit, selon les rabbins, des fautes morales — même cachées et inconnues, si l'on en croit les amis de Job, fidèles interprètes de la tradition rabbinique —. Le malade voit sa responsabilité engagée, au moins tacitement, et par là, toute la problématique du mal prend un aspect nouveau. La souffrance devient révélatrice de la *désobéissance,* elle signe, en quelque sorte, un état de *culpabilité.* On n'a pas seulement violé par mégarde un tabou, on a transgressé un commandement, ce qui rend la punition juste et la maladie significative. Nous trouvons ici une tentative manifeste de rationalisation du mal ; la seule, apparemment, compatible avec un monothéisme strict, dans le cadre d'une religion de la Loi.

La théologie johannique élève une vigoureuse protestation contre ces vues, assez généralement reçues, semble-t-il, pour qu'elles paraissent admises par la tradition synoptique. Mais il faut y regarder de plus près.

Dans le récit bien connu de la guérison du paralytique, porté devant Jésus par ses amis (*Matth.,* 9, 1-8 ; *Marc,* 2, 3-12 ; *Luc,* 5, 18-26), on voit Jésus guérir le malade pour *confirmer* le pardon de ses péchés : « ... afin que vous sachiez que le Fils de l'homme a, sur la terre, la puissance de pardonner les péchés, il parle ainsi au paralytique : Lève-toi, prends ton lit et rentre chez toi » (*Matth.,* 9, 6 et parallèles). La guérison concrétise ainsi le pardon et paraît attester l'existence d'une relation symétrique et antérieure entre la maladie et le péché.

On notera toutefois que le texte ne met pas l'accent sur ce double rapport mais sur la « puissance » de Jésus, sur son « pouvoir » de pardonner les péchés. C'est ce pouvoir qui est contesté par les scribes et c'est lui que Jésus illustre, en montrant, *dans l'optique même de ses contradicteurs,* qu'il est assez réel et manifeste pour effacer aussi ce qu'ils considéraient comme l'*effet* du péché. A leurs yeux, il était facile — quoique blasphématoire — de prétendre pardonner les

péchés au nom de Dieu, mais beaucoup plus difficile de prouver le pardon par la guérison. Jésus les prend, en quelque sorte, au mot, et prolonge le pardon accordé dans la guérison. La convergence sur ce point des trois relations synoptiques (dont l'appareil anecdotique varie par ailleurs) est significative. Elle indique que c'est l'*exousia* de Jésus que l'on voit à l'œuvre et dans le pardon et dans la guérison, comme on la voit à l'œuvre dans les actes de puissance effectués par les témoins du Christ, dans la première Eglise. Ainsi, le donné culturel constitué par la rationalisation du rapport péché-maladie se trouve chargé d'un sens nouveau par rapport auquel le sens ancien est oblitéré.

Mais ce récit montre quelque chose de plus : ce n'est pas la maladie comme telle qui intéresse le Nouveau Testament. Les indications à elle relatives sont discrètes et jamais nous ne trouvons, chez les auteurs, la moindre esquisse d'élaboration d'une problématique du mal. Tout au plus, rencontrons-nous quelques pointes polémiques contre les systèmes élaborés qui avaient plus ou moins cours dans le milieu palestinien. Ce qui fait question, c'est la « puissance » de Jésus comme le montre aussi l'épisode de l'aveugle-né chez saint Jean. Il n'est pas né aveugle *parce que* lui ou ses parents auraient péché, mais *pour que* soient manifestées les œuvres du Seigneur, c'est-à-dire pour que paraissent les marques des temps nouveaux qu'Il inaugure. Sur ce point tous les témoignages évangéliques convergent. On doit d'ailleurs remarquer que la « puissance » qui est ici en cause ne se déploie pas seulement à l'occasion de la guérison, mais qu'elle a un caractère plus général, puisque, selon *Matth.*, 28, 18, le Christ ressuscité a reçu « tout pouvoir dans le ciel et sur la terre ».

Or l'exercice de cette puissance et l'amplitude de son champ d'application ne posent pas le problème de la maladie, mais bien celui du *miracle.* Ce qui importe dans toute guérison réalisée par Jésus — et ultérieurement par les apôtres — c'est sa qualité de miracle. Ainsi le Nouveau Testament ne situe pas la maladie (et pas davantage tous les maux qui fondent sur les hommes) dans une perspective *causaliste,* mais

dans une perspective *finaliste*. C'est sans doute pourquoi les renseignements relatifs à la maladie comme telle y sont si discrets.

Le miracle et la foi

Mais qu'est-ce qu'un « miracle » et pourquoi Jésus déploie-t-il une activité « miraculeuse » ?

Dans un livre déjà ancien (*Jésus*), Bultmann a mis le miracle en relation avec le fait que Dieu est à la fois le Tout-Autre et le Tout-Proche. En tant qu'il est le Tout-Autre, l'existence de lois de la nature, réglant le cours des événements, ne peut que le cacher, bien que, à d'autres égards, toute son activité « naturelle » reste « miraculeuse » pour celui qui croit en Lui. C'est pourquoi, en tant qu'il est le « Tout-Proche », il se manifeste à celui qui croit, et à celui-là seulement, comme présent à des événements qui ne relèvent pas — mais peuvent aussi relever — de l'ordre « naturel » du monde. « L'idée de miracle... demande que l'on renonce à la possibilité de comprendre le mouvement du monde à la lumière d'une conformité universelle à la loi ».

Lorsque nous parlons de « miracle », nous sommes amenés « à suspendre le concept de nature, les catégories de cause et d'effet, qui, autrement, dominent notre pensée ». C'est pourquoi les miracles ne peuvent pas être des « preuves » en général. « Le douteur qui déclare avoir à sa disposition un critère par lequel il pourrait prouver que Dieu existe ou n'existe pas, ne verra jamais de miracles ; les miracles peuvent être vus seulement par le douteur qui désespère de sa propre capacité de voir Dieu si Dieu ne se révèle pas lui-même, mais qui est prêt à laisser Dieu lui parler ».

Cette manière de voir révèle son utilité quand il est question, précisément, de comprendre le problème du miracle dans le Nouveau Testament. Elle permet, en particulier, de mieux situer le paradoxe que nous trouvons en son centre : à ceux qui demandent des « signes », ils sont refusés, à ceux qui n'en demandent pas — ou les demandent dans la foi —

ils peuvent être accordés, mais interdiction leur sera souvent faite d'en parler. Car les miracles sont des signes énigmatiques, et c'est pourtant par ces signes que se comprend l'activité thérapeutique de Jésus.

Le mot : « signe » s'applique, selon le *Vocabulaire du Nouveau Testament* de C.L. Grimm « aux miracles et choses admirables par lesquelles Dieu accrédite les hommes qu'il envoie et leur donne autorité ». On ne saurait trouver plus claire définition. A ce titre, la réponse de Jésus aux envoyés de Jean-Baptiste constitue la meilleure illustration de la valeur *significative* de son activité thérapeutique. A la question des disciples de Jean : « Es-tu celui qui doit venir, ou devons-nous en attendre un autre ? », Jésus ne répond pas par un discours sur les fondements de son autorité, mais par une sorte de constat : « Allez dire à Jean ce que vous voyez et entendez : les aveugles voient, les boiteux marchent, les lépreux sont purifiés, les sourds entendent, les morts ressuscitent et l'évangile est annoncé aux pauvres » (*Matth.*, 11, 2-6 ; *Luc*, 7, 18-23). Les deux évangélistes ajoutent le même propos : « Heureux celui pour qui je ne serai pas un *skandalon* — une pierre qui fait tomber. »

La réponse de Jésus comporte de nombreuses allusions à l'Ancien Testament. On peut y discerner, en particulier, en filigrane, la célèbre prophétie d'Isaïe : « les yeux des aveugles s'ouvriront, s'ouvriront les oreilles des sourds, le boiteux sautera comme un cerf et la langue du muet éclatera de joie » (*Is.*, 35, 5-6) à côté d'autres réminiscences (*Is.*, 61, 1-3 ; *Mal.*, 4, 1-3 ; *Jer.*, 33, 6). Il existe une sorte de consensus des prophètes sur les « signes » du Jour de Dieu à venir. En ce jour-là apparaîtront le pardon, la consolation, l'abondance, la paix, la guérison, etc. C'est à cela que fait allusion Jésus. Il indique en substance à Jean que le Jour du Seigneur est arrivé, puisqu'il produit, lui, Jésus, les « signes » qui manifestent l'arrivée de ce jour. En somme, au tourment de Jean, nourri de la prophétie, il répond dans la ligne même des prophètes. Mais sa réponse reste assez énigmatique pour que subsiste la possibilité du « *skandalon* »,

c'est-à-dire le risque de ne pas comprendre la proximité du Règne de Dieu.

Ce risque peut être mesuré à la lumière d'autres textes évangéliques, ceux qui sont relatifs à la *source* de la puissance miraculeuse de Jésus. A diverses reprises, en effet, les adversaires de Jésus l'accusent de « chasser les démons par Satan », ou, plus exactement par Béelzébul, prince des démons (*Matth.*, 12, 24 ; *Marc*, 3, 22 ; *Luc*, 11, 15). Jésus n'a aucune peine à faire valoir que s'il en était ainsi, Satan serait divisé contre lui-même, puisqu'il chasserait ses propres serviteurs.

Mais l'épisode est intéressant en ce qu'il souligne que les « signes » que produit Jésus ne trouvent pas leur « signification » en eux-mêmes. Il y avait de nombreux thaumaturges, en Palestine, du vivant de Jésus, notamment les « fils » (disciples) des pharisiens (*Matth.*, 12, 27 et parallèles). Pour que *le signe* soit *significatif*, il ne suffit pas qu'il paraisse. Il faut aussi qu'il soit référé, aussi explicitement que possible, à un « sens » dont il n'est pas lui-même chargé, mais qui provient de Celui qui le produit. L'accumulation des miracles ne constitue pas l'ombre d'une preuve par elle-même.

On repère, dans l'œuvre de Jean, une pointe polémique manifeste à l'égard de ceux qui demandent des signes pour croire.

« Quel *signe* nous montres-tu... pour que nous croyions en toi ? » demandent ceux que Jean appelle, d'un terme très général : les juifs (*Jean*, 2, 18 ; 6, 30). Les parents de Jésus le pressent également de « se montrer » (*Jean*, 7, 4). L'épisode de la guérison de l'aveugle-né manifeste à l'évidence que les signes ne suffisent pas, puisqu'à l'aveugle guéri qui confesse sa foi en Jésus, en soulignant que Dieu n'exauce pas les pécheurs, « les juifs » répliquent : « Tu es né tout entier dans le péché et tu nous enseignes ! » (*Jean*, 9, 34).

Pour Jean, il est clair que la foi conditionne la reconnaissance des actes miraculeux accomplis par Jésus comme « signes ». Le Christ johannique appelle à croire d'abord. C'est peut-être pourquoi l'Evangile de Jean contient relati-

vement peu de récits de guérisons, mais fait de chacun d'entre eux l'occasion d'un discours explicatif et d'un appel à la foi.

On trouve, dans les Evangiles synoptiques, l'équivalent de cette réserve sous une autre forme. Là c'est la fameuse question du « secret messianique » qui se trouve posée. Sur douze guérisons rapportées par Marc, six comportent l'interdiction faite d'en parler, pour celui qui en a été l'objet. On s'est souvent demandé ce que signifiait cette exigence du secret.

Pour répondre à cette question, il y a lieu, tout d'abord, d'observer que les Evangiles ont tous été rédigés après la résurrection du Seigneur, c'est-à-dire à un moment où le message apostolique le déclarait explicitement Messie. Rétrospectivement, les auteurs d'évangiles lisent, dans les miracles de Jésus, la preuve a priori de sa messianité. Mais parce que cette preuve restait équivoque, avant la résurrection, on s'est souvenu qu'elle ne prenait son sens fort que par-delà les événements de la croix et du matin de Pâques, de sorte qu'avant ces événements elle ne pouvait être donnée que dans certaines conditions. Marc nous fournit sa propre explication lorsqu'il précise, à l'occasion de la transfiguration : « Jésus leur recommanda (aux disciples témoins de la transfiguration) de ne dire à personne ce qu'ils avaient vu, jusqu'à ce que le Fils de l'homme fût ressuscité des morts. Ils retinrent cette parole, se demandant entre eux ce que c'est que ressusciter des morts » (*Marc,* 9, 9-10).

Par ailleurs, il est à noter que dans tous les cas où Jésus interdit de parler de tel ou tel miracle, la scène se passe en Galilée (ou dans les parages immédiats de la Galilée) (*Marc,* 1, 44 ; 3, 12 ; 5, 43 ; 1, 34 ; 8, 26). C'est également en Galilée que Jésus refuse de faire des miracles (*Matth.,* 12, 39 ; 16, 4 ; *Marc,* 8, 12) ou qu'il est empêché de guérir par l'« incrédulité » des Nazaréens (*Matth.,* 13, 58 ; *Marc,* 6, 5). C'est qu'en Galilée, Jésus est connu comme le « fils de Joseph » et cette connaissance fait écran à sa reconnaissance comme Christ, ou, tout au moins, la rend plus difficile. Dès lors, la

défense faite par Jésus aux miraculés de parler de ce qui leur est arrivé se comprend par le contexte.

Jésus ne veut pas être connu comme thaumaturge, mais comme « Celui qui doit venir », et c'est précisément parce que les *galiléens* ont plus de difficultés que d'autres à le considérer ainsi — puisqu'ils l'ont toujours connu — qu'intervient le « secret messiannique ».

Ainsi les *signes* ne sont donnés qu'à la *foi.* On ne saurait les considérer comme des « preuves » destinées à faire naître la foi, mais comme des confirmations de ce qui est déjà cru.

Or, que s'agit-il de *croire ?* On trouve, dans les Evangiles, des expressions diverses pour qualifier le « contenu » de la foi. Dans certains cas, ce contenu est explicité en termes théologiques : croire au Fils de Dieu, croire que Jésus est le Christ. Dans d'autres cas, il n'est pas spécifié : ainsi la foi du centenier, ou celle de la femme cananéenne. Peut-on subsumer dans un concept synthétique toutes les « espèces » de la foi dont il est question dans le Nouveau Testament ? On sait que les anciens dogmaticiens distinguaient, avec plus ou moins de bonheur, plusieurs *aspects* de la foi, selon qu'on la considérait en elle-même, comme mouvement de l'âme, ou devant son « objet », ou encore quant à ses « contenus ». Il ne semble pas que nous puissions attendre grand-chose de ces modes d'approche. Aussi procéderons-nous plus empiriquement.

Les évangélistes placent assez fréquemment dans la bouche de Jésus la déclaration : « Ta foi t'a guéri » (*Matth.,* 9, 22 ; *Marc,* 9, 23 ; 5, 34 ; *Luc,* 8, 48). Que veulent-ils dire par là ?

On serait tenté de conclure spontanément que, pour Jésus, la foi *opère* la guérison, qu'elle en est le principal *agent,* et l'on pourrait aisément situer, dans le prolongement de cette conclusion, une théorie comme celle de la « christian science », qui voit précisément dans les ressources « intérieures » de la foi la possibilité par excellence de la guérison.

Dans ce cas la guérison procéderait d'une sorte d'autosuggestion dont Jésus serait seulement l'*occasion.* C'est bien ainsi, d'ailleurs, que l'on a compris le ministère de guérisseur de Jésus

au temps de P. Janet. Cette théorie ne tient pourtant aucun compte d'un témoignage capital, rapporté par Marc (9, 14-29) et relatif, précisément, à la « nature » de la foi. Le père d'un enfant épileptique demande à Jésus : « ... Si tu peux quelque chose, aie pitié de nous et viens à notre secours ». La réponse de Jésus vient immédiatement : « ... Si tu peux ? tout est possible au croyant (*tô pisteuonti :* celui qui croit) ». Et l'évangéliste d'ajouter : « Aussitôt le père de l'enfant s'écria : Je crois ! aide-moi dans mon incrédulité (*apistia*) ». Le fait que la foi du père est pleine d'une incrédulité latente n'empêche aucunement Jésus de guérir l'enfant, lequel d'ailleurs, dans l'état où ils se trouve, est bien dans l'incapacité de croire ou de douter. Ce texte suffirait à lui seul à montrer que nous ne trouvons aucunement en présence d'un phénomène autosuggestif. Mais il est clair, par ailleurs, que les morts ressuscités par Jésus : Lazare (*Jean,* 11, 44), le fils de la veuve de Naïn (*Luc,* 7, 11-17), la fille du chef de la Synagogue (*Luc,* 8, 40-56), comme les tout petits enfants guéris par lui ne possédaient pas la « foi qui guérit ». On ne saurait donc interpréter en ce sens-là la guérison *par* la foi.

De bons auteurs ont avancé, cependant, que la « foi » du malade, comprise comme « la condition naturellement requise chez celui qui veut être guéri par la puissance surnaturelle de Jésus... est la condition du miracle » (Fridrichsen). Ici, la foi n'opère plus elle-même la guérison, elle se borne à la *conditionner.* Cette thèse achoppe à la difficulté même que nous venons de signaler. Elle retient pourtant un élément fréquent dans les Evangiles : la relation entre la « foi » et le miracle, et elle le retient sans occulter le fait que c'est Jésus qui guérit et que, lui absent, la guérison n'a plus le même sens.

Effectivement, dans la plupart des cas, il est question de « foi ». Mais il est important de souligner que cette foi ne porte pas principalement sur les capacités thérapeutiques de Jésus, nous venons de le voir (« Si tu le peux... ! »). Elle porte sur sa qualité, sur son rôle, sur sa mission, sur le fait qu'en Lui, Dieu est présent comme il ne l'est pas ailleurs. C'est bien ainsi qu'il faut comprendre les déclarations de l'aveugle-

né guéri et de Marthe, au moment où Jésus rappelle son frère à la vie (*Jean,* 9, 38 ; 11, 27). Elle ne s'exprime pas en termes théologiquement élaborés, elle a un caractère plus viscéral qu'intellectuel, certes, mais elle *vise,* sans toujours parvenir à le déterminer, l'événement divin révélé et caché, tout à la fois, dans la thaumaturgie de Jésus.

Aussi faut-il aller au-delà de son activité de thérapeute pour découvrir ce qui, avec Jésus, est réellement en cause, et que la « foi » seule discerne plus ou moins clairement.

Le miracle et la personne de Jésus

Lorsqu'on entreprend cette recherche, il faut tout d'abord souligner que les guérisons sont loin de constituer le tout de l'action « miraculeuse » de Jésus. Si, par leur nombre, elles semblent l'emporter sur d'autres formes d'intervention surprenantes et extraordinaires, elles ne sont cependant pas privilégiées par le Nouveau Testament. Ainsi, au cœur de l'Evangile de Jean, ce n'est pas une guérison, mais la transformation de l'eau en vin à Cana et, plus loin, la résurrection de Lazare qui marquent les grands tournants du ministère de Jésus. Nous nous trouvons, en réalité, en présence d'un ensemble complexe de « signes » dont il faut se garder d'extraire et d'isoler les guérisons. C'est, en effet, l'ensemble lui-même qui est significatif, et les évangélistes mettent sur le même plan la multiplication des pains, la marche sur les eaux, la tempête apaisée, etc... et les guérisons. On pourrait, certes, répartir ces divers miracles entre quelques groupes homogènes, selon la nature de la « puissance » que Jésus affronte et domine : les forces « naturelles » (tempête, pesanteur), les forces démoniaques (guérisons et exorcismes), la faim (pains multipliés), la mort enfin (résurrections). Mais cette approche phénoménologique ne nous permettrait pas de saisir l'essentiel du message, du « kérygme » qui se dégage de tous les « miracles ». Au reste, les auteurs néo-testamentaires ne distinguent pas, comme nous le faisons, entre les champs d'application de la « puissance » de Jésus.

Ce qui semble les intéresser est bien plutôt le *sens global* de cet ensemble et l'on distingue sans peine, de ce point de vue,

plusieurs lignes d'interprétation. Ainsi, Matthieu met résolument l'accent sur le fait que Jésus accomplit ce qui avait été annoncé par les prophètes. Il enracine le « kerygme » dans l'Ancien Testament et l'éclaire à partir de la Loi. Luc, au contraire, n'insiste pas sur le fait que Jésus réalise les prophéties. Quant à Jean il comporte d'assez violentes polémiques contre la théologie juive.

Au total on peut discerner deux tendances fondamentales, qui ne s'excluent nullement l'une l'autre, mais comprennent d'un manière un peu différente le sens des miracles.

Pour les synoptiques (surtout pour Matthieu), en accomplissant ses miracles, Jésus atteste que le Royaume des cieux est présent. C'est là ce que l'on a appelé la « ligne du Royaume ». Chaque « acte de puissance » devrait être compris comme une manifestation de la venue du Règne de Dieu. Au cœur des évangiles synoptiques, nous trouvons la Confession de foi de Pierre : « Tu es le Christ, le Fils du Dieu vivant », en réponse à la question : « Et vous, qui dites-vous que je suis ? » (*Matth.*, 16, 13-20 ; *Marc*, 8, 27-30 ; *Luc*, 9, 18-21). Sans être totalement absente chez Jean, la confession de Pierre est située dans un autre contexte et ne semble pas jouer le rôle décisif qu'elle joue chez Matthieu et Marc. Luc tend également à donner moins de portée à cet épisode. Mais c'est comme Messie que, selon les synoptiques, Jésus agit. Il est, en somme, celui qui accomplit ce qui avait été annoncé, ses miracles inscrivent la promesse prophétique dans les faits.

On ne doit donc pas les considérer comme des actes de thaumaturge, mais comme des manifestations de la messianité de Jésus. C'est là ce que souligne W. Manson, lorsqu'il caractérise ainsi la prédication chrétienne primitive : « En deux textes importants des *Actes* (2, 22 ; 10, 38), Jésus est annoncé comme messie, dans cette forme de kérygme, non par un appel à la vérité divine de son enseignement ou à la grandeur transcendante de sa personne, mais, extérieurement et phénoménalement, par le rayonnement des signes divins qui attestent à Israël qu'il est le Sauveur venu de Dieu. »

Le thème du Messie-Sauveur est ici essentiel. Alors que le « monde » est en plein désordre et qu'y règnent la maladie, la souffrance, la mort, le Christ donne à la foi les signes de la venue d'un « autre monde ». Il fait, en quelque sorte, signe à celui qui croit. Il lui dit que le moment est arrivé où toutes les manifestations du dérèglement qui caractérise cet « éon » sont attaquées par Dieu lui-même. On pourrait trouver un condensé parfaitement adéquat de cette manière de voir dans les premières paroles prononcées par Jésus, selon Marc : « Les temps sont accomplis ; le Royaume de Dieu est proche ; repentez-vous et croyez à l'Evangile » (*Marc*, 1, 15). Au reste, l'évangéliste montre immédiatement, à travers l'appel aux premiers disciples (1, 16-19), l'autorité de Jésus comme interprète de la Loi (21-22), la guérison d'un démoniaque (23-27), de la belle-mère de Pierre (29-31) et de « beaucoup de gens qui souffraient de maladies diverses » (32-34) comment il faut comprendre la déclaration messianique de Jésus.

Si l'on voulait caractériser, dans cette optique, l'activité miraculeuse de Jésus, il faudrait dire, avec Fridrichsen qu'elle était « un élément intégrant de son œuvre messianique, une anticipation du grand avenir merveilleux et une manière de le faire venir ».

La seconde tendance, à laquelle nous avons fait allusion, est dessinée moins rigoureusement que la première. On la trouve spécialement (quoique non exclusivement) dans les écrits johanniques. Ici, l'accent porte moins sur l'aspect *historique* de la messianité du Christ que sur son aspect, disons, *ontologique*. Dès le prologue de son Evangile, Jean nous présente le *Logos* comme Celui en qui était la *Vie*. Le terme va revenir une trentaine de fois dans l'Evangile et une dizaine de fois dans les épîtres. Il sera souvent associé à l'adjectif « éternelle ». A toute occasion, Jésus se présente comme Celui qui a la Vie, en lui-même (comme le Père a la Vie en lui-même : 5, 26) et la communique à celui qui croit en lui. Si, dans le grec classique, le verbe *zaô* signifie : vivre, être en vie, en revanche, le substantif *zôè* désigne la vie au sens de : moyens d'existence, fortune. Plus communément,

en effet, la vie se dit : *bios*, terme qui n'apparaît que neuf fois dans le Nouveau Testament et jamais dans l'Evangile de Jean. Ses deux emplois dans la première épître de Jean ont un sens dérivé : « l'orgueil de la vie » (1 *Jean*, 2, 16), « les biens (fortune) du monde » (3, 17).

Ainsi la Vie, dans l'acception johannique du terme, est-elle le bien propre du Christ. C'est elle qui triomphe de la mort, au moment de la résurrection de Lazare (texte charnière pour la compréhension de l'Evangile de Jean).

Dans cette perspective, le Signe par excellence est, en effet, la Résurrection et c'est à la lumière de ce signe que tous les autres signes doivent être lus. La guérison ne se présente pas au premier chef comme la manifestation de la messianité de Jésus, mais comme la prémice de la résurrection.

Par ailleurs, Jean associe les deux concepts de Vie et de Lumière, dès le Prologue de son Evangile. C'est « tant qu'il fait jour » que Jésus fera les œuvres pour lesquelles il est venu, et il manifestera symboliquement la présence et la puissance de la Lumière en rendant la vue à l'aveugle-né (chapitre 9), de telle manière que la conclusion de cet épisode sera : « Je suis venu dans ce monde pour un jugement : ceux qui ne voyaient pas verront et ceux qui voyaient deviendront aveugles » (9, 39).

Un texte nous donne la clé de la pensée johannique sur le Christ. Au moment où il va ressusciter Lazare, Jésus déclare : « Je suis la résurrection et la Vie, celui qui croit en moi vivra, même s'il est mort, et celui qui vit et croit en moi ne mourra jamais. Crois-tu cela ? — Oui Seigneur, lui répondit (Marthe), *je crois que tu es le Christ, le Fils de Dieu, celui qui doit venir dans le monde* » (11, 25-27). L'idée de Christ se trouve ici associée aux idées de résurrection et de vie. Celui qui doit venir, vient précisément pour être la Vie, pour la manifester et la donner.

Ainsi se dégage ce que nous pourrions appeler, à côté de la « ligne du Royaume », une « ligne de la Vie », selon laquelle les miracles ne sont pas compris comme des confirma-

tions historiques de la messianité, mais comme les signes de la Vie éternelle. Dans cette optique, la maladie est en relation avec la mort qu'elle préfigure et provoque et la guérison avec la victoire sur la mort.

Nous disposons donc, au moins, d'une double voie d'approche, pour l'intelligence de l'activité miraculeuse de Jésus. Mais dans les deux cas, les miracles ne sont pas des gestes gratuits, mais des *actes significatifs* dont le sens ne peut être saisi que théologiquement. Dans les deux cas également, Jésus n'est pas présenté comme un thaumaturge dont le rayonnement tiendrait à une « puissance » qu'il manifesterait pour attester ou prouver qu'il est un Etre extraordinaire ; il est présenté comme Christ, Messie, en tant que le Christ instaure le Royaume promis et fait triompher la Vie de Dieu dans un monde livré aux « ténèbres » et à la mort.

Maladie et guérison ne trouvent pas leur sens en elles-mêmes, mais dans leur référence au Christ. C'est le Christ qui est visé par tous les récits de miracles contenus dans les Evangiles. Toute autre compréhension passerait à côté du message évangélique.

II. MALADIE ET GUÉRISON DANS LES ACTES ET LES EPITRES

La situation change-t-elle lorsque nous passons des Evangiles aux autres écrits du Nouveau Testament ?

On remarquera, tout d'abord, la relative rareté des miracles en dehors des Evangiles. En dehors du Livre des Actes, qui mérite un traitement particulier, il n'est guère question de la maladie que dans le chapitre 12 de la *Première aux Corinthiens* et dans l'*épître de Jacques*. Tout se passe comme si, à la prolifération des « actes de puissance » attestée par les Evangiles succédait provisoirement un régime beaucoup plus discret. Il faut dire, en effet : provisoirement, car avec la période des martyrs nous allons retrouver une profusion de récits miraculeux dont le sens général est d'ailleurs déjà donné par le livre des *Actes des Apôtres*.

Commençons par les indications contenues dans ce livre. A peu près tous les exégètes sont aujourd'hui d'accord pour

considérer que le livre des *Actes*, en tant que second volet d'un diptyque dont l'*Evangile* de Luc était le premier, appartient au genre littéraire « évangile ». Son auteur, Luc, entend précisément continuer à rapporter des événements analogues à ceux qui ont fait l'objet de son premier livre, et il ne donne pas le sentiment qu'une quelconque solution de continuité intervienne entre son premier et son second livre. C'est sans doute pourquoi il attribue aux personnages dont il parle (apôtres au sens strict et successeurs des apôtres) une douzaine de guérisons, collectives et individuelles, qu'il narre comme il avait narré les guérisons et miracles effectués par Jésus.

Ce sont les apôtres en corps qui guérissent (2, 43 ; 5, 12) ou les apôtres pris individuellement : Pierre (5, 15-16 ; 9, 34, 40), Pierre et Jean (3, 6), Etienne (6, 8), Philippe (8, 5-6), Paul enfin (14, 9 ; 16, 18 ; 19, 12-19 ; 28, 7-9). Chaque guérison illustre la prédication du Seigneur ressuscité et leur ensemble encadre, en quelque sorte, la proclamation de la victoire de « ce Jésus que vous avez crucifié ». Alors que le thème du secret messianique caractérise les miracles évangéliques, ici le secret est levé et les actes de puissance sont ouvertement attribués au Christ.

Mieux encore, les guérisons et autres signes ont pour fin d'accréditer les prédicateurs, de confirmer l'authenticité de leur prédication. La *Didachè* affirmera, un peu plus tard, que l'apôtre est « comme le Seigneur » (11, 4). Dans le même sens, Jésus avait déclaré aux Douze : « Celui qui vous reçoit me reçoit » (*Matth.*, 10, 40). Le Livre des Actes développe le même point de vue, et ceci apparaît jusque dans le détail des récits.

Les apôtres guérissent « *dans* le nom de Jésus » (*Actes*, 3, 6 ; 4, 30 ; 9, 34...) c'est-à-dire, très précisément, par la puissance même qui était en œuvre lorsque Jésus guérissait. Pierre déclare à Enée : « Enée, Jésus-Christ te guérit » (9, 34), marquant par là que derrière lui, Pierre, c'est le Seigneur en personne qui est présent et agissant.

Plusieurs récits illustrent l'identification de l'Apôtre au Maître au point de rééditer, au profit des apôtres, les paroles et les attitudes de Jésus. De même que, selon Matthieu, le seul contact du vêtement de Jésus guérissait (*Matth.*, 14, 36), de même les lambeaux d'étoffe arrachés au manteau de Paul (*Actes*, 19, 12) et l'ombre de Pierre (*Actes*, 5, 15). Luc arrive même à produire des jeux de mots approximatifs : Jésus avait ressuscité la fille de Jaïrus en disant, en araméen : « *Talitha koumi* » (Jeune fille, lève-toi) (*Marc*, 5, 41) et Pierre ressuscitera *Tabitha* (ou Dorcas en grec) en lui disant : « Tabitha, lève-toi » (*Actes*, 9, 40). Il est vrai que Luc ne contient pas la mention : « *Talitha koumi* », à laquelle il substitue : « Enfant lève-toi » (*Luc*, 8, 49-56), mais il a vraisemblablement assez connu l'œuvre de Marc pour que la quasi-homophonie ne lui ait pas échappé. Ce qui paraît, en tout cas, prouver une relation entre Marc et le second livre de Luc c'est que les Actes illustrent remarquablement les promesses faites par Jésus à ses disciples, selon la finale (d'ailleurs postérieure à l'*Evangile* lui-même) de Marc, et spécialement selon *Marc*, 16, 17-18. Marc mentionne l'exorcisme — il est pratiqué par Philippe (*Actes*, 8, 7), il parle de la xénoglossie — il en est question dans le récit de la Pentecôte (*Actes*, 2, 4), il évoque la possibilité de saisir des serpents sans être mordu — c'est ce que Paul fera à Malte (*Actes*, 28, 3-5). Quant à l'imposition des mains en vue de la guérison, elle est de pratique courante selon le livre des *Actes*. Il n'y a guère que l'allusion de Marc à la faculté de boire sans être incommodé des breuvages mortels qui paraisse sans illustration dans le récit de Luc. A cette exception près, tout se passe comme si Luc avait voulu montrer que les apôtres ne font rien d'autre, en définitive, que d'actualiser les promesses faites par le Christ ressuscité. Telle est bien, en effet, sa thèse : l'apostolat est doté des prérogatives mêmes qui ont appartenu au Christ, il prolonge, d'une certaine manière, le ministère de Jésus, par-delà la Résurrection du Seigneur.

La seul différence — et elle est de taille — c'est que la nécessité du secret est maintenant levée, en raison, justement, de la résurrection de Jésus. Il n'y a plus d'équivoque.

C'est le Seigneur crucifié qui est vivant et agissant et cela peut et doit être annoncé partout. Pas une seule fois, en effet, nous ne voyons les apôtres exiger le secret de ceux qu'ils ont guéri. Au contraire, ils affirment devant tout le peuple : « Pourquoi avez-vous les regards fixés sur nous, comme si c'était par notre puissance propre ou notre piété que nous eussions fait marcher cet homme ? ... C'est la foi (en Jésus) qui a donné à cet homme cette entière guérison » (*Actes*, 3, 12, 16).

Avec les autres textes du Nouveau Testament que nous avons mentionnés, nous changeons complètement de climat. Tant dans la *Première aux Corinthiens* que dans l'*Epître de Jacques*, nous ne sommes plus dans une situation apostolique et missionnaire, mais dans un cadre ecclésiastique. Les soins aux malades n'ont plus pour fin d'illustrer la prédication, ils visent le service de la communauté, l'« utilité commune ». Saint Paul fait allusion à des « dons médicamenteux » (*1 Cor.*, 12, 9) accordés par l'Esprit, avec d'autres dons (notamment celui de faire des « actes de puissance », des miracles). On ne sait pas exactement ce que recouvre cette dénomination, mais si l'on se fie au sens le plus général des termes qu'elle contient, il s'agit vraisemblablement de dons médicaux, c'est-à-dire, à la fois, d'un savoir et d'un savoir-faire propres aux médecins et aux guérisseurs. La communauté chrétienne ne pouvait guère recourir à la médecine la plus ordinairement pratiquée en Grèce, telle qu'elle découlait du culte d'Asclépios ou de telle ou telle divinité réputée pour ses pouvoirs thérapeutiques. Elle a donc besoin d'infirmiers, et l'Esprit donne à certains de ses membres ces « dons guérissants » dont le besoin se fait sentir. Mais il n'est vraisemblablement pas question, ici, d'une activité d'exorciste analogue à celle qu'il arrivait aux apôtres de pratiquer.

C'est dans la même ligne qu'il faut comprendre le ministère des presbytres selon l'*Epître de Jacques*. A ceci près, toutefois, que ce ministère paraît plus étroitement calqué sur un ministère similaire qui avait cours dans les milieux juifs de la diaspora. S'il arrive, dit en substance Jacques, qu'un

membre de l'Eglise soit malade (« faible ») voici quelle conduite il devra tenir : « il appellera les « presbytres de l'Eglise » pour qu'ils prient pour (littéralement : sur) lui et l'oignent d'huile au nom du Seigneur. La prière de la foi sauvera celui qui souffre, le Seigneur le relèvera et, s'il a commis des péchés, il sera pardonné » (*Jac.*, 5, 14-16). Ici encore, il s'agit de l'« utilité commune », mais le soin des malades ne relève plus d'un don spécial de l'Esprit. Il est devenu une sorte d'institution de l'Eglise. L'onction d'huile a un caractère sacramentel, c'est peut-être pourquoi elle est réservée au ministère presbytéral. Nous ne connaissons pas assez le contexte pour savoir dans quelle mesure elle était communément pratiquée par la Synagogue, mais nous savons que les communautés juives avaient leurs « anciens » et ceux-ci pouvaient éventuellement visiter les malades et prononcer sur eux certaines prières.

*
* *

En somme, les renseignements relatifs à la maladie et à la guérison se répartissent, dans le Nouveau Testament, en deux groupes. Nous trouvons, d'une part, le groupe *Evangiles-Actes des Apôtres,* dans lequel la maladie et la guérison sont en rapport immédiat avec le ministère du Christ, avant et après sa résurrection. Nous trouvons, d'autre part, le groupe *1 Corinthiens-Jacques,* dans lequel il est surtout question des malades chrétiens et de la thérapeutique à employer pour les guérir. On pourrait dire aussi que le premier groupe concerne plus spécialement l'apostolat et le second la communauté chrétienne elle-même. Il est vraisemblable, toutefois, que c'est la même conception de la maladie et le même Christ-guérissant que nous rencontrons dans l'un et l'autre groupe. Peut-on pousser plus loin l'enquête et se demander à quelle conception de l'homme, de la vie et de la mort correspondent les enseignements néo-testamentaires sur la maladie et la guérison ?

Quelques remarques, d'un caractère tout provisoire, ne seront peut-être pas malvenues.

Nous avons déjà signalé, chemin faisant, que la vision néo-testamentaire de la maladie n'avait, au premier abord, rien

d'original. Elle semble coïncider avec celle qui était commune dans le monde antique, et qui faisait de la souffrance le produit ou l'effet d'une transgression du sacré en général. L'homme du premier siècle était, à tout prendre, tout aussi « causaliste » que nous. Mais alors que nous cherchons la « cause » de la maladie en direction des agents microbiens ou des conflits inconscients, il la cherchait en direction des « forces » qui étaient censées animer la réalité tout entière. Il procédait à une répartition des démons et esprits un peu comme nous répartissons les baciles et les complexes, en se fondant sur certaines observations constantes, à partir desquelles il établissait une véritable nosologie. De même que nous nous attaquons aux microorganismes responsables des symptomatologies que nous établissons, de même, il s'attaquait aux « puissances » envahissantes.

Toutefois, dans l'une et l'autre de ces perspectives, une question reste posée et irrésolue, celle du « sens ». On peut constater que Béelzébul est actif ou que le B.K. est présent, on ne sait pas pour autant *pourquoi* il en est précisément ainsi. L'homme antique se demandait rarement, il est vrai, quelle signification pouvait bien revêtir sa maladie, dans la mesure où il vivait son existence comme un *destin* dont il n'avait pas la clé. On était malade comme on naissait et comme on mourait, sans l'avoir voulu et sans que quelqu'un l'ait précisément voulu. Il y avait un « ordre des choses » dont il fallait bien s'accommoder. Comme des forces obscures et souvent en contradiction les unes avec les autres y présidaient, il était d'ailleurs inutile et vain d'essayer de les interroger. Dans le monde du mythe, les choses sont ce qu'elles sont et les mythes sont moins destinés à expliquer qu'à justifier ce qui est.

Naturellement, on peut voir, autour d'Hippocrate, se développer une médecine qui tend à « démythiser » la maladie en se fondant sur l'intuition d'une loi de la nature. C'est le premier effort de rationalisation de la maladie.

Un effort similaire est accompli, comme nous l'avons vu, par la pensée judaïque lorsque celle-ci travaille à dériver sur

l'homme malade lui-même la responsabilité de son état. Elle y était presque inévitablement conduite par son monothéisme créationniste. Si Dieu est le seul auteur de tout, il est aussi l'auteur du mal, donc il a des aspects mauvais. A moins que l'homme ne porte la responsabilité — en vertu de sa liberté — de ce qui lui arrive. La « démythisation » aboutit, dans ce contexte, à l'imputation de la maladie au malade lui-même, les « démons » et les « esprits » ne figurant plus alors qu'à titre d'agents. Un « sens » se trouve récupéré. Il l'a été si fortement que, de nos jours encore, il arrive que l'on prête à la doctrine chrétienne cette thèse.

Le Nouveau Testament procède, à son tour, à une destruction de la rationalisation rabbinique du mal. Il ne conteste pas absolument et partout l'idée d'une relation confuse entre le péché et la maladie. Mais, là où il semble l'accepter, ce n'est pas pour la reprendre à son compte, mais pour marquer que, même s'il en était ainsi, la situation change du tout au tout au moment où intervient le Seigneur. A une conception rationaliste et causaliste de la maladie, il substitue une vision finaliste et eschatologique.

La maladie se présente, dans le Nouveau Testament, comme *ce qui doit être entièrement évacué* du Royaume de Dieu, ou encore comme ce dont la Vie qui est dans le Fils triomphe. Elle est là pour ne plus être là et la question posée n'est plus celle de son origine, mais celle de sa *fin*. Son sens ne lui vient pas de ce qui la précède et la cause, mais de ce qui la suit et l'annihile.

Il faut bien comprendre cela si l'on ne veut pas risquer de rééditer, en contexte chrétien, les impasses de toutes les problématiques du mal. Nulle part le Nouveau Testament ne spécule sur la responsabilité de la maladie. Il s'interroge éventuellement sur son usage (ainsi saint Paul sur l'écharde qu'il a dans la chair), mais pas sur ses causes proches ou lointaines. Ainsi l'idée que Dieu envoie la maladie comme une « épreuve », si fortement attestée qu'elle soit dans la tradition chrétienne, ne trouverait que de bien maigres appuis dans le Nouveau Testament.

Pour comprendre l'enseignement du Nouveau Testament sur la maladie, il est nécessaire de revenir sur une distinction que nous avons faite, à propos de la théologie johannique — et à laquelle on peut donner une valeur très générale, même si elle ne s'exprime pas dans la même terminologie dans le reste du Nouveau Testament — : la distinction entre la vie organique (*bios*) et la vie éternelle (*zôé*). Ce que proclament tous les auteurs, chacun à sa manière, c'est que dans la mort et la résurrection du Christ, la Vie éternelle triomphe, au moment même où la vie organique est terminée par la mort.

Tout le ministère de guérisseur de Jésus peut être compris dans cette vue : chaque guérison est un signe du Signe par excellence qu'est la mort et la résurrection de Jésus. Cette mort et cette résurrection ouvrent la porte d'un monde nouveau (à dire vrai, d'un monde éternel, mais méconnu et voilé jusqu'alors), le monde de Dieu. C'est ce monde qui est déjà présent là où Jésus guérit un malade, car la guérison, toute provisoire — puisque le malade finira bien un jour par mourir, puisque Lazare lui-même est mort une seconde fois et pour toujours — est le « signe » de la présence victorieuse de la Vie qui est en Dieu et que Jésus transmet à travers sa propre mort et la résurrection qui la suit.

De cette Vie éternelle, nous ne savons que ce que nous pouvons *croire.* Elle ne se situe pas dans le cadre spatio-temporel où nous existons, et dans lequel la mort est inévitable, bien qu'elle entretienne certainement des relations obliques avec ce cadre — si l'on en juge par les récits qui nous présentent Jésus ressuscité. Elle n'est pas discernable à des traits objectifs, bien qu'elle soit déjà-là, déjà donnée dans la foi. Son mode d'être est à la fois inconnu et, en tant qu'on peut le repérer, paradoxal. C'est pourquoi on n'en peut pas *parler,* on ne peut que *l'annoncer.*

La guérison est en rapport avec cette annonce, car le retour du malade à *sa* vie est comme l'image de l'entrée dans cette *autre vie,* de même que la maladie était l'image et la présence de la mort.

C'est sans doute pourquoi il est demandé au malade de « croire » et il lui est déclaré que c'est sa « foi » qui l'a guéri. Car la « foi », le « croire » ne s'adressent pas à la possibilité de retrouver la santé, mais à la Vie éternelle. La Vie éternelle se *concrétise* à l'occasion de la victoire du Christ sur les malheurs qui atteignent l'homme dans la vie organique (ou sociale, ou économique) parce qu'elle ne peut pas se concrétiser ailleurs que là où *est* l'homme. Mais là où est l'homme, un autre « lieu » lui est promis. Il ne peut lui être promis que dans-ce-lieu-ci, mais c'est comme autre-lieu qu'il lui est promis.

Dès lors, la maladie et la guérison ne sont guère que des occasions, pour Jésus, de faire symboliquement émerger le monde qu'il annonce et d'où il vient. Mais il n'y a aucun rapport nécessaire entre la santé et la foi, pas plus qu'entre le péché et la maladie. Maladie et guérison appartiennent à la vie organique, qui n'a qu'un temps, ou encore, pour employer plus justement la terminologie néo-testamentaire, à la vie « psychique ».

Il se peut que Dieu veuille donner le « signe » de la Vie éternelle dans la guérison d'une maladie qui affecte la vie « psychique », mais ceci ne constitue aucunement pour lui une obligation. Car le Signe par excellence a été donné, une fois pour toutes, au matin de Pâques, et c'est à cet événement, seul décisif, que la foi doit se rapporter.

C'est pour cette raison-là qu'il est impossible de dégager une « doctrine chrétienne » de la maladie et de la guérison. Une telle doctrine supposerait que maladie et guérison sont des réalités *premières,* alors qu'elles ne sont que des réalités secondes relativement à la réalité première constituée par la foi en la Résurrection. La guérison ne peut pas être l'objet d'un enseignement systématique, elle peut être seulement l'objet d'une *espérance.* Encore faut-il que cette espérance renvoie à la seule vraie Espérance qui constitue le véritable « kérygme » du Nouveau Testament.

Georges CRESPY

ETRE MALADE

Les premiers jours après mon retour de l'hôpital, où j'avais été opérée d'un cancer avec ablation des seins, temps de passage de la maladie aiguë à la maladie chronique, auront compté parmi les moments les plus difficiles de ma vie. Le « grave » appelle l'émotion des autres, il a ce je ne sais quoi de romantique et de menaçant qui les rend pleins de sollicitude et ils ont besoin de le montrer à ceux qui sont frappés par le destin adverse. Puis, si ce destin adverse se prolonge, il perd en intensité ; je dirai que l'intérêt s'enflamme et tombe peu à peu. La pitié, les gestes se répètent ; en apparence tout reprend son cours.

Mais mon corps est resté mutilé et meurtri et mes forces ne sont pas revenues. Entre moi et les autres, il s'était creusé un tel fossé que j'aurais pu me jeter dans la solitude la plus grande, la plus indescriptible. Pourtant leurs attentions continuaient ; mais elles avaient perdu la fraîcheur des premiers jours : elles étaient devenues une habitude. La charité fraternelle qui devient habitude est, pour celui qui la reçoit, un cri inexpressif ; c'est un cri intérieur qui déchire.

Et voilà que l'on se retrouve « face à face » avec soi-même. On voit les personnes et les choses dans une dimension nouvelle. Il n'y a pas de rancune et il ne saurait y en avoir, mais bien plutôt une prise de conscience : la maladie porte aux bords de la route et Dieu demande : « M'aimes-tu, toi, plus que toutes ces choses, m'aimes-tu pour moi-même ? » Comment répondre, alors que l'on se retrouve si seul, perdu dans un pays inconnu, dans le pays de la souffrance intérieure et de la chair qui crie parce qu'une partie d'elle-même

lui a été arrachée, et que mon corps mutilé fait l'expérience de la mort par ce qui lui a été enlevé ? Peu à peu j'ai compris qu'il fallait vivre à l'intérieur de ma maladie. On peut la vivre en restant hors d'elle. Au contraire, il est nécessaire d'y entrer et de transformer la difficulté en possibilité de vivre. Il est sûr que l'on forme vite le projet d'un tel renversement. Autre chose est de le traduire en vie vécue. Mais il n'y avait pas d'autre choix : ou bien affronter ma maladie comme une façon de vivre ma vie, ou bien me renfermer dans les plaintes en devenant insupportable.

Vivre le déracinement et l'usure de ma maladie comme une façon de participer à la création en ascension. Telle était la conviction qui s'enracinait de plus en plus profondément en moi. Mais cette conviction avait peine à devenir chair et sang, à se transformer en mes propres viscères. Pour commencer, je me heurtais à une difficulté de fond : vivre, c'est communiquer, c'est se dire à quelqu'un. Maintenant, il était très difficile de communiquer vraiment, profondément ce que je vivais. Comment expliquer, alors que la maladie me ronge, que ma nécessité absolue de vivre s'intensifie, devient brûlante ? Et comment mourir et vivre à la fois ? Mon besoin de crier, d'aimer, de me donner, de communiquer jaillit jusqu'à son paroxysme. Tout devient paradoxal. On s'aperçoit qu'aux yeux des autres, on semble être devenu fou. Quelqu'un qui ne peut ou ne veut pas se résigner à son état de vaincu, c'est-à-dire de condamné à regarder la vie, à vivre de souvenirs et de nostalgies, de désirs brisés, écoutant les échos de la vie des autres. Accepter la maladie signifierait se contenter « raisonnablement » de végéter et de contempler le spectacle de l'existence.

Non ! ce ne pouvait être cela. Plus la maladie me déchirait, plus explosait mon désir de participer à la genèse du monde. Au moment même de la souffrance la plus sombre, j'expérimentais un besoin incoercible d'être présente à tout le monde, à tous les hommes, à tout ce qui est vivant. Tandis que le mal me tord et anéantit mes forces, je sens avec tout mon être la nécessité d'embrasser l'univers.

Mais, tout cela, il est rarement possible de le transmettre, de le faire partager aux autres. Le plus profond de l'expérience humaine est indicible. Le besoin de la communiquer, pour mieux la comprendre dans l'échange, s'exaspère et devient comme un cri étouffé.

On dirait qu'une des principales préoccupations des gens en bonne santé soit d'employer un langage particulier avec les malades, comme s'ils étaient des êtres appartenant à une autre planète. C'est ce langage qui, d'abord, m'a créé une barrière ; mais, une fois faite la découverte de ce dont sont porteurs les gens sains, malgré toute leur difficulté à comprendre, la vie intérieure est transformée : le désespoir est toujours là, mais il est devenu un moyen pour témoigner la joie qui vient de Dieu. Je m'explique : j'ai compris qu'il y avait un moyen indirect pour annoncer à mes frères que la joie est de ce monde : les rendre conscients de la joie qu'ils possèdent, mais dont ils ne savent pas jouir parce qu'ils ne se laissent pas posséder par elle. Souvent les gens bien portants ont la joie qui est là, sous leurs yeux. Et ils ne la voient pas. Elle devient une pierre d'achoppement. L'ennui vient. Ils ne savent pas combien peut être grand le fait d'être des vivants, combien c'est un devoir pour l'homme de jouir de cette vie et d'en rendre grâces. Les appeler, les solliciter, presque les supplier en me servant de ma propre maladie, mais sans mots. J'ai compris ainsi tout d'un coup que ce pouvait être ma façon de créer : transmettre une joie que je ne possédais pas, donner ma part de joie ; celle que chaque homme reçoit de Dieu ; et ceci non par paternalisme, mais par surabondance de joie. Cela était vivre, transformer mon désespoir, mon mal et ma mort en joie vivante. Ce n'est pas pour rien que Jésus nous a laissé sa propre joie alors qu'il connaissait sa mort : « ... et je dis ces choses, encore présent au monde, pour qu'ils aient en eux-mêmes ma joie en plénitude » (*Jean,* 17, 13).

Mais, peu à peu, la solitude intérieure a creusé toujours plus profondément en moi. Je me suis aperçu que seuls les gens bien portants pouvaient m'aider à affronter le lent épuisement du mal, à « faire face ». Puisque leur propre

impossibilité à comprendre l'usure qu'apportait le quotidien de ma maladie m'empêchait, à cause de son âpreté même, de me replier sur moi, de me plaindre. Ainsi, l'incompréhension inconsciente, faite d'habitude pour les maux qui durent et qui n'ont rien de spectaculaire, est devenue cette part de sel indispensable pour savourer la nourriture.

Maintenant, si chacun a sa part de joie humaine à vivre sur cette terre, et que Dieu ne peut ni regretter, ni détruire sa propre création, il ne peut donc nous enlever cette part, même si les conditions du destin personnel sont telles que pratiquement il est impossible de la vivre. Mais je n'ai pas dit qu'il faille l'enterrer comme l'unique talent ; il nous reste la liberté de pouvoir la laisser en héritage à nos frères pour qu'ils la vivent. Voilà pourquoi le désespoir même devient le moyen de passage de la joie personnelle impossible à vivre, à la joie communautaire, puisque : « tout ce qui est mien est tien et tout ce qui est tien est mien ».

Alors les murs tombent : le monde devient petit, on croirait pouvoir toucher les continents et les mers ; on découvre que tout prend vie entre nos mains et respire.

Mais moi, où suis-je ? L'angoisse et les ténèbres m'enserrent de plus en plus. Tout est lent et avare de spectacle. Les ténèbres avancent comme le brouillard, peu à peu elles envahissent toute chose. Dans cette obscurité feutrée, le contact avec les gens sains devient une expérience vivifiante ; les mois deviennent des années et un malade parmi les bien portants est comme recouvert de la patine du temps qui passe. Peu à peu elle le masque aux autres, tandis que les autres lui deviennent transparents. Ils s'aperçoit qu'il est transformé par eux, qu'il est devenu comme une prairie agréable, invitant au repos. De plus, avec les autres malades il ne pense plus à se cacher, les pauvres moyens pour maintenir la façade ne sont plus d'usage. Pour les bien portants le malade est redevenu un enfant et ils le traitent comme ils traitent les enfants : si vraiment nous sommes en forme et si tout va bien, nous feignons de nous intéresser à leurs occupations, et faisons nôtre, ou du moins faisons semblant de le faire, leur langage. Conti-

nuellement nous leur apprenons à vivre en leur disant de « ne pas agir ainsi » ; mais nous n'en donnons pas les raisons. Si au contraire nous sommes de mauvaise humeur, nous nous soulageons sur l'enfant en l'accusant. Celui qui nous supporte en somme est le plus désarmé.

Au besoin quelqu'un se rappelle que nous sommes des malades et se sent coupable alors il revient pour s'excuser en disant : « Mais toi, tu es si sainte ».

En ce moment ma sainteté est telle que je lui tordrais le cou, et au contraire je souris. Par hypocrisie ? Non, par amour.

En effet, ne dois-je pas tout à ces créatures qui m'ont ouvert les horizons infinis ? En me faisant prendre conscience de la possibilité de vie existant en ce que nous appelons « passivité ». Seule, je n'aurais pas compris, et encore moins parmi les autres malades ; puisque j'aurais vécu dans une « caste » ; et, des « castes » j'en ai fait l'expérience déjà dans le milieu où je suis née, et je sais que dans aucune caste, qu'elle soit celle de l'argent, du nom ou du mérite, n'existe la possibilité de grandir : tout est statique et on tourne à vide.

Les incompréhensions qui, pendant longtemps, m'enfermaient dans la solitude et le désespoir, aujourd'hui me plongent comme dans un bain d'abord brûlant, puis tiède et presque reposant : je ne réussis plus à en souffrir ; aujourd'hui tous ces murmures m'ouvrent la route. La maladie reste ce qu'elle est : mystère incompréhensible pour moi, mais possibilité de vie pour les autres.

Possibilité d'apercevoir le petit oiseau d'azur de la joie qu'ils cherchent ailleurs, alors qu'elle réside dans le fait même de vivre.

Mais tout dans la maladie est fatigue, et la fatigue peut prendre à la gorge et sembler suffocante. Et puis, les malades expérimentent comment ceux qui sont en bonne santé les abandonnent, les trahissent, les calomnient. Pourquoi ? Pourquoi tout d'un coup les êtres aimés se révoltent-ils contre nous et deviennent hostiles ? Dans ces moments-là, il semble que si l'on était bien portant on pourrait aller les chercher, leur parler,

les convaincre et éclaircir le malentendu. Mais, au fond, on sait que ce n'est pas vrai. Le poison subtil de l'abandon et de la trahison s'épanche en calomnie et ne regarde ni bien portants, ni malades. Pour un malade, tout est mis en question et la tentation qui est plus particulièrement la sienne, la tentation du narcissisme, devient plus puissante. La maladie que je suis en train de vivre, le cancer qui me consume, m'oblige à vivre une réalité que d'habitude nous voulons cacher ; que la transformation totale de la vie s'accomplira à travers la mort. La conscience de devoir mourir est au cœur de mon expérience d'aujourd'hui et me confronte à la réalité du trépas jour après jour. Mais cela ne conduit pas au pessimisme à l'amertume, à la dépréciation des choses et des hommes.

Ma préparation à la mort, comme on dit, ne me porte pas, ainsi que cela m'est souvent suggéré par les « consolateurs », à m'isoler avec elle. Moi, face à ma mort, moi qui me réfugie en Dieu qui sera, comme on dit, mon unique réalité future. J'expérimente au contraire un désir croissant de vivre, mon amour pour la vie s'intensifie.

Parce que je sais que je dois mourir, je ne me sens pas poussée à dire que tout est vain, mais au contraire que tout est précieux. Je perçois de plus en plus la valeur de chaque chose, de chaque instant, de chaque geste. La réalité m'apparaît dans toute sa richesse de significations, dans la plénitude de sa certitude : ce n'est pas par jeu, ni par ruse que Dieu me dit, de façon toute personnelle de « posséder la terre ».

Ma préparation à la mort signifie m'occuper toujours plus profondément des autres et des choses ; me passionner intensément pour la création. Ils me semble qu'en moi l'opposition entre le monde et Dieu s'efface. « Moi, je ne vous retire pas du monde ».

Si je m'insère dans la fluidité de la vie, je perçois la présence de Dieu qui la mène à sa plénitude. Quand je pense plus explicitement à Dieu, je ne laisse pas les hommes, mais je les retrouve. C'est la douceur de la vie qui me ramène à l'amour de Dieu, et ma préoccupation de Dieu qui me renvoie vers les hommes et les choses. J'ai compris qu'il n'existait

pas un Dieu abstrait en soi, mais que Dieu est quelqu'un qui aime les hommes, qu'il est Dieu parce qu'il vit et prend soin de nous. En lui qui est amour je redécouvre mes frères, c'est-à-dire que je suis encore renvoyée vers les hommes. Ainsi j'expérimente en quelque sorte que dans la vie post-terrestre ne m'attend pas l'inertie, une contemplation esthétique d'un être isolé du monde, mais plutôt l'énergie irrésistible de Dieu qui m'incitera à « revenir », c'est-à-dire à rester, de façon invisible, mais bien réelle, sur la terre.

Pouvant aimer plus complètement Dieu, je pourrai aimer et connaître finalement mieux les hommes parce que Dieu est Dieu dans tout ce qu'il aime, qu'il s'est consacré entièrement à son œuvre, à sa création, aux hommes.

Dans la maladie, j'ai découvert, non en abstraction mais dans la réalité de ma condition, le sens de la responsabilité de ma vie.

Je comprends que je n'ai pas le droit de perdre mon temps en plaintes, regrets et inquiétudes. La vie m'a été donnée pour que je la vive intensément, instant par instant. Chaque instant non vécu est perdu. C'est un fragment de vie qui n'est pas ouvert à l'amour du Christ pour qu'il l'assume dans la trinité. Ne pas vivre, c'est comme attenter à la création qui continue.

De même que, dans l'acte qui passe, je saisis, vis et souffre une possibilité d'amour, la présence de l'amour, de même, je me rends compte que tout ceci qui maintenant est toujours instable sera alors définitif ; que ce qui est maintenant caché deviendra visible ; que ce qui maintenant est « signe » deviendra transparence absolue. Maintenant, dans cette expérience de malade qui est la mienne, je comprends que la mort n'est pas la fin de la création mais la fin de la précarité de la vie. Peut-être est-ce seulement après que je pourrai être pour toujours non pas séparée mais profondément immergée dans la chaleur de la création ; je ne quitterai plus la terre mais je la vivrai. Comment cela sera, je l'ignore. Mais je suis sûre que tout sera non pas détruit mais transformé.

Katy CANEVARO

LE MALADE EXPLORATEUR DES TERRES DE DOULEUR

Le corps que je suis est mon support qui me permet d'*être* visiblement, qui m'*implante sur terre,* dans mon milieu, parmi les hommes, qui me *caractérise morphologiquement,* avec sa forme, ses proportions, ses prévalences organiques, son rythme, sa sensibilité profonde et périphérique.

Il est la *figure* par laquelle je m'exprime, non seulement par son visage, mais par ses mains, ses gestes, ses attitudes, sa démarche, ses souplesses ou ses raideurs.

Il est ma possession la plus sûre, héritage direct de ma race et de ma lignée, don précieux entre tous de mes parents. Ma préhistoire, mes aïeux l'ont vécue, j'en résume les étapes et j'en porte les dégénérescences, les faiblesses et les tares en même temps que les vigueurs et les puissances.

Il n'est pas un châtiment imposé à mon âme, une partie accessoire et regrettable du moi.

Il est moi, ma personne « per-sonna » par lequel passe le son de ce que je suis à l'intime.

Il est le moyen matériel, l'organe de mes relations avec le monde, de mes relations avec les hommes.

C'est par lui que je suis engagée dans le temporel.

Mon corps, je dois pouvoir compter sur lui pour mener ma vie. Parcelle à moi confiée de la création, j'en suis le responsable, l'intendant, le roi, de cette royauté qu'avait l'homme sur toute chose avant la chute et dont il garde la hantise. Je le mène où je veux et ses jouissances m'enrichissent.

Et voilà qu'un jour la maladie vient bousculer cet édifice cohérent qu'était ma vie : la maison se lézarde que je croyais bâtie à chaux et à sable ; le support lâche qui me tenait debout, solide, infatigable ; la monture se dérobe qui me conduisait allégrement, frappant fièrement le sol ; l'allié trahit et c'est ce qui m'est le plus dur parce que l'ami qu'est mon corps et que je ne peux désavouer me coupe tout à coup les vivres et « se fait porter malade », me forçant à entrer dans une voie que je n'ai pas choisie. Sa défection, même pressentie par des signes trop négligés, me déconcerte, me scandalise, me pose des problèmes qui requièrent ma présence d'esprit alors que la douleur physique m'obnubile.

Car la maladie grave, celle qui interrompt le cours normal de l'existence, elle atteint tout l'être, en l'homme.

Son *cœur,* qui, pour aimer, a besoin d'une sécurité intérieure permettant la disponibilité. Quand, dans la maison, il y a des drames, il est bon que l'amour s'y replie pour faire face. Une poussée d'égocentrisme étonne parfois le malade autant que les siens, mais elle peut lui donner le temps de réorganiser ses défenses et de découvrir un chemin nouveau pour le don de soi.

L'essentiel est qu'il reste attaché à ce corps en souffrance, qu'il le soutienne de ses attentions, qu'il sache entendre ses gémissements sans oublier ses puissances de réaction. Qu'il continue de s'aimer et davantage à cause de la déception dont il est solidaire.

Le dégoût du corps, l'humiliation de ses exigences quasi sordides, sont des tentations de fuite qui dissocient les alliances plus que jamais nécessaires. Car les autres, l'entourage, médecins et famille, vont trop souvent saper la conscience d'une dignité de l'homme dont son corps est la façade. A être traité en objet, le malade se sent diminué et il lui faut de la vaillance pour ne point se déprécier lui-même alors qu'il est réduit à toutes les dépendances.

Son *esprit* l'y aidera si, de prime abord, il ne s'est pas laissé engloutir dans la matérialité des soins et entraîner dans l'engrenage des décisions qui indûment bouleverseraient la vie.

L'esprit a besoin de comprendre, de prendre avec soi, d'intelliger (*intus legere*), de lire à l'intérieur des choses et des événements. Or la maladie lui paraît absurde. Non informé encore, il en juge avec les idées du bien portant et, pour la majorité des hommes, elle est le plus grave des maux individuels : un désordre, une injustice, une malchance, une dégradation. Alors que jusqu'ici sa prérogative incontestée était de choisir, même si l'exercice de la vie ne lui en laissait guère la faculté, il se voit contraint de s'engager dans une obscure discussion où le partenaire qu'est le corps, jusqu'ici soumis et docile, refuse d'obéir et prétend imposer sa loi.

Ce conflit d'autorité est un scandale pour l'esprit, et pourtant il lui faut composer. Pour ne point se laisser déborder, il doit reprendre les rênes, faire la part du feu en consentant au corps l'attention qu'il exige, mais l'empêcher à tout prix d'accaparer le champ de la conscience en saccageant toutes les autres valeurs pour imposer la prééminence de sa survie.

C'est en rentrant dans le jeu pour juger posément des décisions proposées, pour organiser les traitements, pour préserver sa part de liberté que l'esprit retrouve son rôle d'arbitre et de meneur.

C'est en acquiesçant au corps, en admettant sans rancune sa défaillance qu'il va rétablir une hiérarchie des valeurs un moment perturbée.

La grande découverte qui va lui permettre ces conciliations, c'est que l'homme est passible, c'est-à-dire capable de souffrir.

Il le savait pour les autres, encore qu'il les jugeait peut-être maladroits ou fautifs, mais, au fond, lui se croyait invulnérable.

Or la preuve brutale lui est donnée du contraire. Il comprend que la maladie est une modalité de l'être, qu'elle fait partie du programme de vie puisque l'homme est mortel et doit s'admettre passible. Alors, dans le réalisme de la condition humaine, dans la vérité qui est sa nourriture propre, l'esprit va trouver son apaisement et retrouver sa clairvoyance. Non pas au-dessus mais dans la mêlée, il apportera

au corps la sécurité de son appui, au cœur la libération de ses obsessions restreignantes, à l'âme troublée la spontanéité pour rechercher à tâtons la lumière.

L'âme est pour l'esprit le Verbe du corps et du cœur. Animateur de l'être, elle est le théâtre où se croisent les appels d'innombrables besoins qui se satisfont pour construire le corps, c'est en elle que naissent les désirs qui portent à l'action. Intuitivement, elle trie, elle se dégage des contingences matérielles. Elle est une avidité parce que, immortelle, rien ne peut la satisfaire que l'infini. Dans le subconscient du malade, elle est « comme le puisatier enseveli qui entend tout là-bas le petit grattement de l'ami qui est à l'œuvre pour le délivrer » (Paul Claudel). Elle regarde, elle écoute, avec la naïveté de l'enfance, elle attend dans le silence que le tumulte autour d'elle s'apaise, que le corps se soit un peu habitué à l'inconfort de son mal, que l'esprit cesse de raisonner et de contredire.

Alors, timidement, elle va cueillir les petites fleurs qui poussent entre les pavés écrasants, elle va tirer parti de toutes les petites joies, du sourire et de l'attention d'un ami, de la beauté du ciel, du reflet de la lumière, pour faire renaître dans le cœur ce goût du bonheur dont le malade se croyait à l'évidence dépossédé. Elle va l'entraîner vers les subtiles connivences avec les choses, avec les êtres, qui ne sont décelées que dans la neutralité de l'immobilité. « Invité à l'attention », le malade va apprendre à se taire, à apprécier le silence auquel sa mise à l'écart le contraint, à cultiver en lui des valeurs inconnues d'observation, d'intuition, de divination des atmosphères, des sons de voix, des pas. Il n'avait été jusque-là qu'un balourd qui écrasait les plates-bandes. Guidé par la petite sœur Anima, il va pénétrer dans son unicité, dans l'originalité de sa personnalité jusqu'alors inexplorée et laissée en friche. Cette connaissance de soi va l'occuper à ce point qu'elle remettra à sa place, dans le champ de sa conscience, l'épreuve physique qui l'avait envahi. Il commencera de découvrir que cette maladie est bien pour lui une épreuve : avec le recul qu'elle impose, elle lui fait contrôler

l'ouvrage antérieur et constater ses déficiences ; elle lui fait toucher du doigt ses lacunes de patience, de sérénité, d'objectivité et le somme de reconstruire sur de meilleures bases.

Elle lui apprend, par l'ébranlement de son orgueil de vivre et de sa confiance en ses propres forces, que, de lui-même, il est bien peu capable de ces profonds remaniements dont il sent en lui le mystérieux travail.

Alors, s'amorce une hantise de rattachement à l'absolu, au solide, au Tout-Puissant. Dépossédé, dépendant, solitaire, il redécouvrira les attributs de Dieu, infini, éternel, incontingent, et son âme, dans le silence de l'adoration, murmurera doucement les chants d'espérance.

Mais cela ne se fait pas en un éclair et par miracle : c'est longtemps dans un climat trouble que cette interaction va tenter la construction d'un équilibre qui doit apporter la paix. Suivant les prédominances de son tempérament, le malade va souffrir d'une manière qui lui est propre, sans qu'aucune autre puisse lui être comparée, sans qu'aucun exemple puisse lui être secourable. Pour une lésion semblable, l'un jugera insupportable l'immobiblité, l'autre le manque d'air de la salle d'hôpital, le troisième ses promiscuités. La douleur elle-même peut envahir une sensibilité exacerbée ou être tenue en respect par une volonté de résistance qui oppose barrage, à moins que ce ne soit par une passion qui accapare la conscience. Il est des états graves qui ne se révèlent qu'*in extremis* et dont on se demande comment ils n'avaient point donné l'alerte.

A l'inverse, le moindre désordre organique ou fonctionnel peut être ressenti comme une perturbation profonde.

Et suivant que l'homme est plus actif, plus affectif ou plus intellectuel, c'est la coupure brutale de son travail, l'éloignement de son foyer ou la pesanteur de son esprit qui lui sera le plus insupportable. Du dehors, nul ne peut savoir comment les jeux seront faits : parfois le plus courageux sera le plus désarçonné et le plus timide devant la vie étonnera par sa patience.

Des idées, non pas des conseils, peuvent cependant être jetées dans cette obscurité qui enténèbre l'entrée dans l'épreuve.

La première — qui répond à l'urgence — est qu'*il faut se soigner* en y mettant toute la conscience professionnelle qu'on apportait à son métier, car pour l'instant, c'est le métier de malade qu'il est donné de vivre et ce serait déchoir que de ne pas le faire bien.

Se soigner, c'est obéir aux prescriptions médicales, strictement, mais non sans avoir essayé d'obtenir les éclaircissements qui permettent d'en comprendre l'importance et la portée. Heureux le malade qui peut se choisir le médecin, allié de la personne, ouvert au colloque singulier, dont les ordres tiennent compte à la fois des responsabilités de l'homme et des nécessités du traitement. A celui-là, on peut faire entière confiance, sans arrière-pensée, se soumettant à tout ce qu'il ordonne, se libérant ainsi des tergiversations qui disperseraient les forces.

Le médecin est le stratège qui organise la défense, et la troupe, sans discussion, n'a qu'à se porter au point qui lui est assigné pour le combat. Qu'il s'agisse d'hospitalisation, d'immobilisation, d'intervention chirurgicale, de médication astreignante, le malade doit pouvoir en adapter la décision à son rythme et sans contrainte excessive, à moins de danger imminent. Il est alors conscient que sa liberté n'a pas été violentée, et c'est en homme qu'il obéit, sa dignité sauve.

Se soigner, cela ne veut pas dire se plier à tous les inconforts. Il faut s'ingénier au contraire à réduire la souffrance à l'inéluctable et tous les coussins et les gadgets sont précieux qui rendent vivables les positions les plus pénibles. L'astuce est alors de rigueur, elle permet au patient les petites victoires sur l'ennemi qui entretiennent son goût de la résistance et... son sens de l'humour.

Prévenir l'impatience des attentes en ayant à portée de la main tout ce qui peut être utile, espacer les appels à l'aide pour sauvegarder sa part d'indépendance, c'est demeurer autant qu'il est possible maître d'une vie qui est pourtant livrée aux autres, mais c'est aussi réduire la peine des autres auxquels il faut penser.

La seconde idée est une interrogation qui peut être posée par l'ami, par le médecin, par le guide spirituel. Elle s'énonce brutalement. C'est « *qu'allez-vous en faire ?* » Qu'allez-vous faire de ce temps de vacances qui vous est offert ? Ne le gaspillez pas, ne vivez pas dans l'attente que ça passe, ne vous distrayez pas à des futilités.

Vous qui, dans l'activité, vous êtes tant plaint de n'avoir pas le temps pour vos libres choix, voilà qu'il vous est donné, avec surabondance. Si vous avez la chance d'avoir un violon d'Ingres (à condition que ce ne soit pas le violon) ressortez-le vite. Trouvez ce que vous regrettiez de ne pouvoir faire : réanimer les liens familiaux par la correspondance, apprendre une langue, lire un roman fleuve ou l'histoire universelle, compléter la théorie d'une technique, refaire des mathématiques ou de la sémantique...

Profitez tout de suite de l'occasion. L'insidieux farniente vous guette, ne le laissez pas dissoudre vos désirs en velléités inconsistantes. Vous ne savez pas à quel point vous regretteriez ensuite ce temps perdu. Si l'entracte doit être bref, ce sursaut de courage vous aura donné la preuve de votre maîtrise ; si les choses doivent durer — et l'on ne peut savoir combien — alors, c'est toute votre valeur humaine qui est en jeu. Si vous deviez vous relever infirme ou affaibli, il vous faut dès maintenant prévoir les valeurs compensatrices qui rétabliront l'équilibre. Cultivez-vous. Même en partant d'un niveau très modeste, tout complément d'instruction apporte sa chance de promotion. Préparez votre avenir, cet avenir auquel il faut toujours croire, parce que nul ne sait l'heure de sa mort et que, jusqu'à l'ultime minute, il faut miser sur la vie.

Ayez de l'ambition. N'écoutez pas les conseils lénifiants qui vous orienteraient volontiers vers les voies des capitulations : « Après ce que vous avez eu... une petite vie bien tranquille, bien calfeutrée, aux horizons réduits »... Est-ce que cela vaut la peine que vous vous donnez pour guérir ? C'est vrai que le retour au travail sera dur, dussiez-vous bientôt recouvrer toutes vos forces. Mais si vous n'avez pas cessé

d'entretenir en vous, par une pratique prudente mais constante, le goût de l'effort, vous sortirez de là plus confiant en vous-même, connaissant mieux vos ressorts cachés, ayant appris la patience et la ténacité.

Et c'est l'amorce de la troisième proposition à suggérer : *Vous êtes en train de vous forger un caractère dont les qualités nouvelles auront cours dans toute votre vie :* cet amour du silence et de la solitude que vous savez désormais meubler ; cette économie de moyens qui vous fait exploiter au maximum tout ce qui vous reste de force et de valeur ; cette reconnaissance devant les plus petites preuves d'attention et de sympathie, cet émerveillement devant la beauté des êtres, des choses et du monde dont votre seuil de sensibilité surbaissé capte les moindres touches ; cet approfondissement de votre pensée qui vous introduit dans une hiérarchie de valeurs insoupçonnée ; cette connivence avec la souffrance universelle à laquelle votre lyre s'est accordée ; cette proximité de toute misère, de toute souffrance d'homme qui vous destine à être le cyrénéen de ceux qui souffrent.

Vous revenez à la vie chargé d'un message pour vos frères.

Ils ont peur de la souffrance. Explorateur des terres de douleur où tous craignent d'être conduits, osez leur dire vos luttes, vos tâtonnements, vos recherches et vos découvertes.

Sans triomphalisme, montrez-leur vos humbles trophées : une soumission plus simple et plus consciente, une sagesse plus proche du réalisme.

Et si, au bout du chemin, vous en avez eu la lumière. dites-leur que, de vos impuissances, est né le besoin de déplacer sur Dieu votre centre de gravité. Ce n'est plus à vous-même que vous rapportez tout, mais à Dieu ; de vous-même que vous attendez tout, mais de Dieu ; vous-même que vous regardez, mais Dieu.

Et vos frères souffrants accepteront de vous croire et leurs yeux rejoindront les vôtres dans l'adoration.

Suzanne FOUCHÉ

LA COMMUNAUTÉ CHRÉTIENNE ET LES MALADES

Réflexions d'un aumônier d'hôpital

« Il faudrait que tout le monde vienne visiter les hôpitaux pour se rendre compte de la souffrance et de la misère ».

Des réflexions de ce genre entendues souvent à la sortie des visites dans les hôpitaux traduisent l'ignorance dans laquelle vit l'ensemble de la population au sujet du monde des malades. Tant qu'on n'a pas un malade dans sa famille ou ses relations, on n'a pas idée de venir voir les souffrants.

De leur côté, les malades sont tout à fait conscients de leur isolement : « Je suis inutile, je suis une charge pour ma famille, pour mes amis, pour la société, et je souffre. Je suis entre les mains des spécialistes ; s'ils échouent, je n'ai plus qu'à disparaître ».

Ces remarques nous invitent à nous poser les questions suivantes, qui demeureront à l'arrière-plan de nos réflexions : les malades font-ils partie intégrante de la communauté humaine et chrétienne ? Ont-ils un rôle à y jouer ? Ne seraient-ils que ceux dont on s'occupe et qu'on assiste ?

Dans son *Histoire religieuse de la nation française,* Georges Goyau nous fait connaître l'appel entendu par les malades du Moyen Age, le soir, dans les grandes salles des Maisons-Dieu ou Hôtels-Dieu de France comme dans les hospices de Palestine fondés par les religieux de l'ordre de Saint-Jean de Jérusalem :

Seigneurs malades, priez pour la paix ;

Que Dieu donne ciel en terre !
Seigneurs malades, priez pour le fruit de la terre,
Que Dieu le multiplie de telle manière qu'il en soit servi et la chrétienté soutenue.
Seigneurs malades, priez pour vous-mêmes et pour tous malades qui sont parmi le monde, chrétienne gent.

Et l'auteur commente :

« Les seigneurs malades, étendant sur la chrétienté la protection quasi-seigneuriale de leur prière, se sentaient respectés, parce qu'en vertu même du bon accueil qu'ils faisaient à leur mal, ils devenaient d'efficaces intercesseurs. Privés de tout, on les saluait d'autant plus bas, comme des bienfaiteurs de la chrétienne gent » (*œuvre citée,* t. VI, p. 261).

A cette époque, on voit fleurir quantité d'ordres hospitaliers dont les membres « s'enchaînaient à leur besogne par des vœux religieux ». La fondation des Quinze-Vingt donnait même un aspect de confrérie monastique aux trois cents aveugles groupés par saint Louis. « L'esprit du siècle voulait que les souffrances s'entraidassent en s'offrant mystiquement à Dieu les unes pour les autres » (*id., ibid.*). C'était la réponse de la société chrétienne à la maladie et à la souffrance. L'organisation même des œuvres charitables traduisait dans les faits à la fois la solidarité naturelle et le dogme de la communion des saints.

Aujourd'hui encore, dans un contexte bien différent, l'attitude de la communauté chrétienne à l'égard des malades ne peut être que tout ensemble mystique et très humaine. Les dogmes sur lesquels nous appuyons notre foi ou, plus exactement, qui expriment ce que nous sommes, nous pressent, non pas de nous évader dans je ne sais quel monde, mais bien au contraire de nous rendre efficaces dans le nôtre. Notre foi nous enjoint de découvrir toute misère et toute souffrance, car le mal sous toutes ses formes doit être débusqué et racheté, sauvé, lavé.

Instinctivement, on a peur des malades, on est tenté de les mettre de côté. Or la maladie est un signe du mal qu'on

rencontre sous d'autres formes dans le monde des bien portants. Des hommes, parmi nous, sont atteints par la maladie, certains pour un temps, d'autres pour le reste de leur vie. Va-t-on les laisser seuls ? A l'égard des malades, le dogme de la communion des saints doit servir au progrès de la solidarité humaine.

I. SOLIDARITÉ HUMAINE ET COMMUNION DES SAINTS

Le monde des malades est-il un monde à part ?

Si nous regardons l'activité normale de la vie, nous pouvons répondre par l'affirmative. Voici un homme, miné par une puissance de destruction qui le dépasse et annihile le dynamisme qui était le sien avant qu'il ne *tombe malade.* Cette expression est à souligner et à retenir : une chute. La sagesse populaire exprime ainsi ce quelque chose d'inhabituel qui empêche d'avancer sur le chemin de la vie. On est « par terre ».

Le confort moderne, le téléphone dans la chambre du malade veulent assurer un lien avec la vie normale. Si la maladie se prolonge, il arrive un moment où toute la trame de l'existence échappe à celui qui en est frappé : sa responsabilité, ses affaires, ses affections même parfois. Il commence à surprendre, derrière la porte, des entretiens discrets dont il est écarté. Autour de lui on se demande comment arriver à lui faire comprendre qu'il doit, pour un temps au moins, « passer la main » à un autre plus à même d'affronter les difficultés qui surgissent chaque jour. Simultanément, par soi-disant charité, on veut le laisser dans l'illusion d'une situation qui, en fait, n'existe plus.

Le psalmiste malade connaissait déjà cet état de fait :

> *Vient-on me voir, on dit des paroles en l'air,*
> *Le cœur plein de malice, on déblatère au dehors :*
> *Ce n'est rien de bon qui a fondu sur lui,*
> *Il s'est couché, il ne se relèvera plus.*
>
> *Ps.* 41, 7, 9.

La mise à l'écart, même temporaire, l'abandon des responsabilités sont ressentis douloureusement par celui (homme ou

femme) qui a charge de famille. Il ne peut s'empêcher de penser à la part supplémentaire qui incombe maintenant à son conjoint. La peine est d'autant plus forte que l'union est plus vraie. A la souffrance physique s'ajoutent les multiples soucis . éducation des enfants, situations financières critiques, avenir personnel et avenir des siens, soucis qu'il ne peut plus assumer, mais au sujet desquels il se trouve sans cesse interpellé. On cueille souvent sur les lèvres des malades ces mots : « Les petits ont besoin de moi, il faut que je guérisse vite ».

Dans le monde des enfants, il arrive que certains ne soient pas reçus par le groupe parce qu'ils ont un handicap. Ils sont souvent des souffre-douleur avant d'être totalement rejetés. La société a dû créer des centres spécialisés pour leur redonner peu à peu la possibilité de vivre avec les autres.

L'état de malade n'entraîne pas seulement l'isolement, il engendre la solitude. Il nous faut insister sur ce point : la situation existentielle d'un malade est radicalement changée ; sa nouvelle condition résulte d'une nécessité qu'il n'a pas choisie. Le voici obligé de subir plus ou moins consciemment cet état qui s'impose à lui. Il est condamné à une lutte que, pour une part, il est seul à pouvoir mener. Car la maladie est une lutte : lutte physique contre les forces de destruction à laquelle le corps médical apporte son secours ; lutte morale pour vouloir guérir. Il semble que la volonté de guérison soit une réaction normale et pourtant ceux qui approchent les malades savent que parfois il faut les aider à maintenir leur énergie. Le risque est toujours présent de s'installer dans la maladie, d'éprouver un certain bien-être à être servi, à ne plus avoir de responsabilités précises et immédiates, à se laisser vivre. « Ce malade n'est pas coopérant, il se retire de la lutte, il se met lui-même à part », tel est le constat auquel sont parfois conduits médecins et personnel soignant. La rentrée dans la société, le retour des soucis, des responsabilités, la reprise du travail avec des forces affaiblies, tout cela fait peur.

Accepter d'être malade, c'est, semble-t-il, connaître son mal — et il y faut une âme forte — et vouloir employer les

moyens nécessaires pour s'acheminer vers la guérison ou tout au moins pour tirer le meilleur de son état. Accepter ce qui est nécessaire n'est pas simple lorsqu'il ne s'agit pas seulement d'un cachet d'aspirine à avaler, mais d'une opération, de traitements pénibles et prolongés, d'espoirs souvent déçus devant des résultats partiels ou négatifs.

La lutte du malade est terrible jusqu'au moment où il parvient à accepter sa maladie. Mis à part par l'affection qui le frappe, on comprend qu'il ait parfois la tentation de s'évader.

Il était nécessaire d'évoquer ces différents aspects de la situation du malade pour comprendre que la maladie est un conditionnement nouveau de l'existence qui demande la création de relations nouvelles. Car s'il existe un « état de grâce » souhaitable pour vivre harmonieusement entre gens bien portants, il est non moins désirable de ne pas être pris au dépourvu devant les rapports à créer entre bien portants et malades.

La solidarité des bien portants envers les malades

Qui n'a assisté au passage de cette foule qui entre dans les hôpitaux à l'heure des visites ? N'est-ce pas une attitude toute naturelle pour que le malade ne soit ni isolé, ni rejeté ?

Le sentiment qui pousse les hommes à s'accorder une aide mutuelle n'est pas un privilège réservé aux chrétiens. Tout homme, pourvu qu'il soit une conscience réfléchie, est capable de comprendre que d'autres ont besoin de sa présence.

La plus grande peine de ceux qui séjournent à l'hôpital est bien connue ; c'est parfois une véritable angoisse : n'avoir aucune visite, ne compter sur personne. Là plus qu'ailleurs, la solitude pèse, et cela se vérifie pour tous les âges, toutes les conditions.

Quelqu'un près du lit d'un malade est le signe sensible qu'un autre être a pensé à lui. J'existe pour quelqu'un, ma personne a une valeur pour cet autre, j'en suis réconforté, je suis devenu fort de nouveau avec mon frère. La relation qui risquait de se rompre à cause de ma mise à part est

recréée. Je fais de nouveau partie de cette humanité qui ne peut vivre que par l'échange.

Antoine de Saint-Exupéry, ce non-chrétien, l'a très bien dit :

Je n'aime pas les sédentaires du cœur,
Ceux-là qui n'échangent rien ne deviennent rien.
Je te ferai don du seul rosier qui te puisse augmenter, car j'en exigerai la rose.
Dès lors voilà construit pour toi l'escalier vers la délivrance.
Tu n'avais que faire d'une rose,
Tu l'as échangée contre mon sourire...
Et te voilà qui retournes vers ta maison, ensoleillé par le sourire de ton roi.

(*Citadelle,* Ed. de la Pléiade, p. 531 et 893).

Lorsque Jésus-Christ annonce : « J'étais malade et vous m'avez visité », il ne fait que porter à son terme une vérité humaine, pleinement humaine, pressentie par tous les hommes. En allant visiter les malades, les chrétiens ne font pas d'abord un acte de foi et de charité chrétiennes. Il est bien vrai que l'on pourrait beaucoup reprocher à un chrétien de ne pas visiter un malade qu'il connaît. Il est vrai également que la foi nous fait un devoir d'aimer nos frères comme le Christ nous a aimés, met une lumière plus vive dans notre conscience d'hommes et nous aide à triompher des égoïsmes qui nous empêchent de répondre à l'appel de nos frères. Mais la charité qui vient de Dieu ne nous engage pas à agir autrement que ceux qui disent se conduire selon leur conscience (c'est la voix de Dieu en eux) et répondre aux requêtes de la solidarité humaine.

Lorsque Jean XXIII s'est adressé à tous les hommes de bonne volonté, sa foi dans le Christ l'a conduit à reconnaître les droits essentiels de chaque homme :

Tout être humain a droit à la vie, à l'intégrité physique et aux moyens nécessaires et suffisants pour une existence décente... Par conséquent, l'homme a droit

> *à la sécurité en cas de maladie, de veuvage, de vieillesse, de chômage et chaque fois qu'il est privé de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. Tout être humain a droit au respect de sa personne.*
>
> (*Pacem in terris,* 11 et 12)

En fait ces droits sont donnés par Dieu en même temps que la vie et sont des valeurs qui existent en chacun.

Nous pouvons, semble-t-il, affirmer que si nous ne sommes pas résolus à nous insérer dans la solidarité fondamentale de tous les hommes, il est inutile de parler de foi au Christ et de communion des saints. La foi ne nous met pas dans un monde à part d'où nous serions amenés à distribuer des biens, comme Dieu distribuait la manne au désert. Chrétiens ou non-chrétiens, nous avons même devoir de soutien et d'assistance les uns vis-à-vis des autres, sans distinction. Cela élimine ce faux apostolat qui prendrait comme motif plus ou moins avoué d'une visite à un malade le désir de le convertir.

La démarche de Dieu dans le Christ Jésus n'a jamais été de se mettre à part du reste de l'humanité, ni de mettre à part ceux qui croiraient en lui. Elle est au contraire de s'insérer dans cette extraordinaire solidarité humaine créée en même temps que l'homme : « Il aura sa demeure avec eux ; ils seront son peuple et lui, Dieu-avec-eux, sera leur Dieu » (*Apoc.,* 21, 3).

Parce que nous, les hommes, avons fait de cette solidarité une communion de pécheurs, le Christ est venu lui donner une sève nouvelle en y introduisant sa « puissance de résurrection » (*Phil.,* 3, 10). La solidarité date de la création ; le Christ vient lui redonner sa vigueur primitive et la conduire à sa perfection. Ceux qui contribuent à l'aide mutuelle entre les hommes participent à la vie même de Dieu.

Pour qu'il y ait communion des saints, il faut d'abord que l'Esprit de Dieu que nous avons reçu et qui habite en nous puisse être « véhiculé » par les pensées, les paroles, les actes qui nous relient à tous nos frères. Lorsque le Christ s'identifie

au malade que l'on vient visiter, il introduit une dimension mystique dans la solidarité à laquelle tous les hommes participent.

Chrétiens, appelés à la foi, nous sommes invités d'une manière plus pressante à agir selon notre conscience et notre qualité d'hommes, car dans la visite à celui qui souffre nous rencontrons le Christ qui, dans l'amour qu'il est venu révéler, s'est voulu solidaire de tous. Comme le dit Claudel : « La douleur est une présence, elle exige la nôtre ». Voilà pourquoi nous devons assurer aux malades notre présence avant de savoir comment leur apporter un salut.

II. PRÉSENCE DE LA COMMUNAUTÉ CHRÉTIENNE AUX MALADES

L'eucharistie, source et signe de la communauté chrétienne

Vers la fin de l'année 1940, des blessés non récupérables pour un service actif revenaient de captivité. L'hospice de Beaune les accueillait pour l'étape. Ceux qui le désiraient ont pu assister à la messe célébrée dans une immense salle de malades. Les rideaux de séparation entre chaque lit avaient été tirés et les malades pouvaient y participer sans avoir à se déplacer.

A l'Hôtel-Dieu de Lyon on peut voir encore un autel qui subsiste sur un palier à l'intersection de deux grandes salles, mais il n'est plus utilisé.

Dans un hôpital moderne, des personnes bénévoles viennent de la ville pour transporter une centaine de malades dans leur lit et les amener dans une grande salle où est célébré le culte dominical, tant protestant que catholique.

Pourquoi cette préoccupation des Eglises de rendre à ceux qui sont momentanément éloignés la présence du Christ ? Actuellement on ne pourrait construire des hôpitaux avec une architecture semblable à celle des anciens Hôtels-Dieu. Pourtant, le souci d'offrir aux malades la possibilité d'un lien avec une communauté eucharistique reste le même. Les moyens

audio-visuels apportent une aide appréciée à ceux qui sont condamnés à l'immobilité par la maladie ou par la vieillesse. La messe des malades à la radio, la messe télévisée les relient à l'Eglise vivante universelle. On souhaiterait que tout malade ou vieillard puisse avoir un poste de radio à sa disposition.

Faire participer les malades à l'eucharistie est une tradition de l'Eglise depuis les premiers temps. Quand les malades le demandent, c'est toujours une grande joie pour les prêtres dans les paroisses, pour les aumôniers dans les hôpitaux, que d'aider à vivre du Christ ceux qui sont retenus au loin. L'eucharistie portée aux malades est « signe » que la communauté qu'elle réalise dépasse les limites du lieu où elle est célébrée. Serait-il téméraire d'envisager le jour où des membres laïcs de la communauté eucharistique pourraient être envoyés porter le pain de vie pour le partager avec leurs frères souffrants ?

La communauté chrétienne, que ce soit l'Eglise dans son ensemble, un diocèse, une paroisse ou un groupe de quelques personnes, c'est d'abord le Christ. C'est toujours en son nom qu'on se rassemble parce qu'il est source de vie et de salut. Saint Paul nous presse de « vivre selon la vérité et dans la charité et ainsi de grandir de toutes manières vers le Christ dont le Corps tout entier reçoit concorde et cohésion, opérant ainsi sa croissance et se construisant lui-même dans la charité » (*Eph.,* 4, 15-16). Toute communauté chrétienne est un corps où tous sont solidaires et où chaque membre, quel qu'il soit, a son importance pour l'ensemble. Lorsque l'un d'entre eux est éloigné, il faut créer, inventer des moyens nouveaux de le rejoindre.

Le lien de ce corps, c'est la charité ; et « l'action de la charité doit atteindre aujourd'hui tous les hommes et toutes les détresses. (...) Ceux qui sont tourmentés par les épreuves ou la maladie, ceux qui subissent l'exil, la prison, la charité chrétienne doit les découvrir, les réconforter avec un soin empressé et les soulager par une aide adaptée » (*Décret sur l'apostolat des laïcs,* n° 8).

Si les chrétiens, dans l'assemblée eucharistique, ont vraiment réalisé l'unité avec le Christ et leurs frères, s'ils ont

vraiment communié à l'intention du Christ sauveur, il faut dire que du même coup ils reçoivent une mission vis-à-vis des malades. Et cette mission n'est pas seulement de prière : s'il est bon de prier pour un malade au cours de la messe, il est mieux encore qu'un membre de la communauté eucharistique vienne établir un lien visible de l'Eglise avec lui.

La visibilité de l'Eglise n'est pas seulement l'organisation hiérarchique, elle est aussi la présence réelle des uns aux autres dans la charité, prolongeant la présence eucharistique du Christ.

Ce sens d'une communauté visible, l'Eglise l'exprime dans les sacrements, et en particulier dans celui de l'Onction des malades. Celui-ci comporte, outre l'onction avec l'huile des infirmes, l'imposition des mains accompagnée de « l'invocation de la glorieuse et sainte vierge Marie et de la grande assemblée de tous les saints » (liturgie de l'onction des malades). Ce geste veut marquer que la vie de Dieu vécue dans l'Eglise passe chez un de ses membres pour lui permettre de vivre en fils de Dieu et en union avec ses frères sa situation nouvelle de malade.

La liturgie du sacrement des malades manifeste la solidarité profonde de la communauté ecclésiale, qui ressent un manque et un déchirement à cause de l'absence d'un de ses membres. A travers la personne du prêtre qui se rend auprès du malade, c'est l'assemblée tout entière qui souhaite sa guérison, qui met tout en œuvre pour éviter les conséquences fâcheuses pour lui et pour les siens, qui attend son retour :

> *Rends-lui par ta miséricorde la santé de l'esprit et du corps, afin que, guéri par le secours de ta bonté, il soit capable de reprendre ses tâches habituelles.*
>
> *Que ta main le relève, que ta force l'affermisse, que ta puissance le protège et, avec toute la prospérité qu'on peut désirer, rends-le à ta sainte assemblée.*

Concrétisant ce que le sacrement symbolise, la visite aux malades vient recréer la communauté qui risquait d'être détruite pour l'un de ses membres. La présence d'un bien

portant auprès du lit d'un malade est le lien visible qui rend vivante la communion. Celui qui a reçu le pain de vie vient partager le pain de la souffrance.

La visite aux malades, aumône ou partage ?

Quelle que soit la raison qui motive leur visite, affection familiale, amitié ou devoir, les bien portants éprouvent souvent de la gêne : certains ne savent que dire à celui qui est devenu un étranger au monde où ils vivent ; d'autres éprouvent une sorte de répulsion à entrer dans un hôpital ou même dans la chambre d'un malade.

Ces difficultés ne viendraient-elles pas, pour une part, de la pensée inconsciente que le malade est celui à qui on fait l'aumône d'une visite, à qui on apporte quelques souvenirs, quelques douceurs, sur qui on s'apitoie ? Et certes, toutes ces attentions sont bonnes, sauf la pitié, toujours dangereuse. Mais, nous l'avons dit, la maladie crée un choc qui ébranle les liens sociaux ; ce choc est ressenti aussi par l'entourage.

Il est bien vrai qu'un malade, privé de toute activité, est à la merci des autres ; il est pauvre, il manque de tout. Mais est-ce à dire qu'il est uniquement celui qui reçoit ?

S'il en était ainsi, nous retrouverions la déviation grave de ceux qui considèrent les pauvres comme des gens à qui l'on fait l'aumône, sans chercher à susciter une justice plus équitable et à leur procurer une situation qui leur permette de vivre en véritables responsables d'eux-mêmes.

Peut-il y avoir un véritable échange entre un malade et un bien portant ? Oui, si ce dernier prend la peine de se préparer à la démarche qu'il va accomplir et purifie ses intentions. Cette nécessité d'une purification, l'Eglise l'exprime dans la prière qui, dans la liturgie de l'onction des malades, accompagne l'entrée du célébrant :

> *Manifeste en nous la gloire de ton saint nom et bénis ma présence. Sanctifie cette visite d'un homme mortel, toi qui es le Dieu saint et miséricordieux.*

Le malade est un appel à un retour sur soi. Nous ne pouvons lui apporter brutalement notre inquiétude, il est au contraire souhaitable d'avoir pacifié notre âme afin de pouvoir apporter la paix gardée ou retrouvée.

Il est un appel à la profondeur : débarrassé de toute activité, il va à l'essentiel et il est important, dans le dialogue avec lui, de ne pas se contenter de phrases toutes faites dont il n'a que faire.

Le malade est un appel au silence : c'est bien peu souvent qu'il lui est possible de s'exprimer ; tout le monde sait ce qui lui convient le mieux et il est saoulé de conseils et d'encouragements gratuits.

Purifier son intention, c'est peut-être se faire une âme d'accueil, désencombrée, attentive.

Pourquoi donc alors cette gêne ressentie par certains ? Peut-être les malades sont-ils en fait dans un monde différent de celui des bien portants ; les visiteurs pressentent que ce monde sera le leur un jour, mais ils ont peur d'en franchir le seuil.

Le malade est un appel à se confronter soit-même avec son mystère, mystère de l'homme et de sa mort : « Le *divertissement* suffit peut-être à certains, il ne peut nous suffire à nous, malades, qui sommes au cœur du mystère de la rédemption » (Guy Brochu, « La maladie, pourquoi ? » dans *Christus,* n° 57, janv. 1968, p. 127).

Le fait de la maladie nous place au bord d'un mystère, c'est-à-dire d'une réalité qui s'offre à nous, mais que nous ne pouvons saisir que peu à peu, sans jamais en épuiser toute la plénitude.

L'expérience de la maladie, dans laquelle on entre malgré soi et qui comporte tant d'inconnues, suscite des réactions très diverses : révolte souvent, résignation passive, inquiétude, désespoir et aussi parfois acceptation, dépassement de soi, paix intérieure.

Devant ces réactions, le visiteur est souvent déconcerté. La maladie oblige à vivre en soi-même. On connaît quel-

qu'un dans la vie courante, on ne peut prévoir son attitude dans la maladie.

Le malade est celui qui vit temporairement l'incertitude et l'insécurité de l'homme. Ses pourquoi, ses révoltes, ses oui sont les nôtres.

Peu à peu ou tout d'un coup, les forces diminuent, l'activité cesse, parfois les capacités intellectuelles sont atteintes, et l'on entre dans l'approche du néant, du rien. Devant cet affrontement qui est, au fond, l'évocation de la mort, l'ami, le parent, celui qui vit dans une certaine union avec le malade peut et doit recevoir la question essentielle qu'il voudrait voir repoussée loin de son esprit et tenter d'approfondir pour lui-même ce mystère de la vie, de lui donner un sens malgré les contradictions. Sans cet effort, la présence auprès d'un malade est assez vaine.

Il faut aussi accueillir la réaction réelle du malade, souvent la lutte qu'il mène pour ne pas céder à la tentation du désespoir. C'est en communiant à son combat que l'on pourra découvrir avec lui l'appel à reconnaître l'essentiel, l'invitation à la remise totale de soi-même à quelqu'un, comme le premier le Christ l'a fait sur la croix.

L'expérience du malade est une invitation permanente à ceux qui l'entourent ; elle leur signifie le sens de la limite, de l'échec et témoigne de la pauvreté des Béatitudes.

La maladie est la porte des Béatitudes. Qui est plus pauvre que celui qui dépend de tous ? Qui est plus doux que le « patient » à longueur de jours, de mois ou d'années ? Qui est plus souffrant ? Qui est plus pacifique que celui qui a été victorieux de sa révolte et a reçu la paix dans son âme ?

On construit des hôpitaux. C'est une réussite de notre société que de mettre à la disposition des malades les moyens les meilleurs pour leur soulagement et leur guérison. Tout l'effort de la société tend vers l'élimination de la maladie. Est-ce à dire qu'elle n'est qu'un temps mort, privé de toute utilité sociale ? Il faut nous rappeler ici que le Royaume de Dieu, et donc le monde, s'il est le fruit du travail de l'hom-

me, se construit aussi grâce aux « passivités » dont parle Teilhard de Chardin : tout ce qui nous oblige à une diminution apparente, tout ce qui nous affronte à nos limites et à l'échec et qui, en même temps, nous force à sortir de nous-mêmes et à faire un choix pour donner sens à notre vie dans une confiance peu à peu victorieuse.

Seule, du reste, la foi nous montre le chemin, qui est le Christ. Lui, il a passé par la révolte, le dégoût, la peur avant d'arriver à cette remise de son être qui est le salut du monde.

Teilhard de Chardin écrivait de sa sœur restée longtemps alitée :

> *O Marguerite, ma sœur, pendant que, voué aux forces positives de l'univers, je courais les continents et les mers, passionnément occupé à regarder monter toutes les teintes de la terre, vous, immobile, étendue, vous métamorphosiez silencieusement en lumière, au plus profond de vous-même, les pires ombres du monde.*
>
> *Au regard du Créateur, dites-moi, lequel de nous deux aura-t-il eu la meilleure part ?*
>
> (L'énergie spirituelle de la souffrance », dans *Œuvres*, t. 7, p. 257).

Lequel des deux est le plus utile à la vie du peuple de Dieu : le visiteur, même militant, ou le malade ?

La visite aux malades, loin d'être une aumône, est bien un partage. Deux témoignages peuvent en suggérer la richesse.

> *Nous, malades, nous nous plaignons parfois d'avoir trop de ce temps qui manque tellement à nos contemporains. Eh bien ! c'est à nous de l'employer à réfléchir sur tout ce qui se passe autour de nous et à quoi nous n'avons pas le droit de rester indifférents. Nous sommes coupés de la vie quotidienne habituelle, mais ceux qui nous rendent visite n'attendent rien de nous de ce côté-là. Nous pouvons par contre les aider dans leurs difficultés, si nous savons nous y intéresser quand il nous les racontent, puis y réfléchir calmement et leur*

faire enfin quelques suggestions. Plusieurs amis m'ont dit que ma petite chambre était pour eux un havre de paix au milieu d'une société survoltée. L'intérêt que je porte au monde a toujours été un élément favorable à d'utiles échanges avec tous.

(Guy Brochu, *art. cité*, p. 128)

Ce devait être également la pensée de ceux qui venaient visiter une jeune fille atteinte de paralysie progressive : des foyers, des jeunes, des prêtres, des gens du quartier. C'était, au dire d'un témoin, un défilé continuel. Au milieu de ses souffrances, elle les recevait tous et s'informait de ce qui les intéressait, demandait des nouvelles de tous ceux qu'elle avait vus, surtout ceux qui étaient venus lui confier leur recherche d'une certitude pour s'engager dans la vie. Sa mère, qui n'en pouvait plus de faire entrer tous ces gens, avait compris que sa fille avait une vocation, qui était de ne pas refuser son accueil à ceux qui avaient besoin de sa présence. L'un d'entre eux, à qui l'on demandait ce qu'elle disait, répondit : « Elle rappelait l'essentiel de manière très simple ; ce devait être une âme rachetée ».

Certes, tous les malades n'ont pas ce rayonnement, mais avec tous un partage est possible. Les malades sont ceux qui vivent le mystère pascal que l'eucharistie renouvelle. Et les membres valides de l'Eglise, tout en apportant aux malades la communion de foi, d'espérance et de charité puisée dans l'assemblée eucharistique, doivent enrichir l'offrande et la prière de la communauté de toute la lutte des malades à la fois pour leur guérison et pour cette avancée laborieuse dans le mystère de mort et de vie qui doit les amener à cette « paix de Dieu qui surpasse toute intelligence et prend sous sa garde les cœurs et les pensées dans le Christ Jésus » (*Phil.*, 4, 7).

Cela requiert attention et discrétion de la part du messager de la communauté. Attention, cette qualité dont Simone Weill nous dit qu'elle est une participation à Dieu même : orienter toutes ses facultés et ses énergies vers celui

qui est dans le besoin ; savoir deviner ce qui peut aider à vivre et à espérer.

Discrétion : ce discernement qui permet d'être auprès de quelqu'un vivant dans un monde à part, différent, une présence où l'échange est possible. Présence qui ne s'impose pas, qui n'impose rien, présence qui soutient dans la lutte, présence faite d'écoute, de silence, de dialogue ; et ce petit paquet qu'on laisse sur la tablette à côté d'un malade, et ces fleurs, évocation de la vie auprès de celui qui lutte pour retrouver la santé, témoignage d'affection et de *sympathie,* au sens fort du terme.

Présence active aussi, qui confie à celui qui est immobilisé les soucis et les projets de son Eglise locale, du groupe dans lequel il vit habituellement, de sa famille, du quartier, de son milieu de travail.

Présence qui sait recevoir autant que donner, dans la communion d'un échange fraternel.

Jean BOUCHARD

LA SOCIÉTÉ ET LES MALADES

Partout où il y a des hommes, ils tentent d'aller plus loin... L'homme tend à se rapprocher de plus en plus du plein emploi de ses facultés biologiques...

Il en résulte des conséquences sérieuses au point de vue médical et chirurgical ; au point de vue de la prévention, de la prévision, de l'inquiétude relative aux maladies d'évolution lente.

Jean FOURASTIÉ

L'entrée dans une société de plus en plus technologique, caractérisée par une accélération des progrès industriels, sociaux et médicaux, accroît le nombre des problèmes que nos sociétés doivent résoudre.

Cette situation en évolution rapide constitue une suite d'événements sans précédent au cours de l'histoire et pose une question essentielle : dans cette course aux progrès, quelle est la place de l'homme, et celui-ci est-il prêt à maîtriser les forces qu'il déclenche et qu'il libère, découverte après découverte ? Plus concrètement, la société moderne est-elle apte à reformuler ses découvertes, à en faire la synthèse, à les coordonner et à établir entre elles, action essentielle, un ordre de valeurs ?

Cette interrogation ne peut pas être ignorée quand on aborde la politique sanitaire et sociale d'une nation industrialisée et que l'on étudie l'attitude de la société à l'égard des malades.

C'est de ce point de vue que l'on remarque le mieux combien les nombreuses découvertes de la médecine ces dernières années n'ont pas été suivies par les progrès administratifs et sanitaires autant que sociaux. D'un côté, les progrès

rapides de la conquête de la santé, la mise au point de techniques de pointe posant elles-mêmes de nouveaux problèmes à des techniques récentes et à leur application, mais, de l'autre côté, des législations inadaptées, des politiques sanitaires marquant un retard inquiétant, des vues administratives et financières surannées.

Le plus symptomatique est que ces considérations, qui peuvent paraître pessimistes, sont valables pour la plupart des nations dites industrialisées et développées : leur industrialisation a laissé loin derrière elle le développement social et administratif des pays. Les questions hospitalières se posent dans des termes aussi alarmants en France, en Grande-Bretagne qu'aux Etats-Unis, et de plus en plus, les spécialistes de ces problèmes, tant médecins que sociologues, essayent de mettre les gouvernements en face de leurs responsabilités et tentent d'éduquer l'opinion publique afin qu'ayant pris conscience des tragiques retards et des inadaptations structurelles, elle puisse être à même de « porter », psychologiquement, les réformes à introduire et les changements à opérer.

*
* *

Il ne peut être question dans un article comme celui-ci de faire l'examen de tous les problèmes qui se posent aujourd'hui, et qui se poseront dans l'avenir prévisible, à nos groupements comme à nos administrations.

Mais il est possible d'étudier un certain nombre de traits caractéristiques de l'évolution sociale susceptibles de donner une idée et de fournir des solutions ; ces facteurs particuliers, influençant d'autres facteurs moins importants, nous permettront de mieux connaître le « pourquoi » des problèmes et ainsi de mieux étudier les solutions possibles et praticables.

Dans ce domaine, le souhaitable et le possible se rejoignent et sont obligés d'aller de pair. Et pourtant, nous verrons que des distorsions se produisent et qu'à partir d'un certain seuil, des questions morales se posent, et d'une façon inhabituelle.

Nous dirigerons notre réflexion vers deux séries de questions :

1° Quelle est, dans un pays comme la France, la situation des malades et quels sont les retards et désadaptations que l'on peut enregistrer ?

2° Quelles seraient les modifications et les réformes à introduire, afin de permettre une meilleure adéquation entre les progrès médicaux et les soucis sociaux ?

*
* *

I. FAIBLESSES ET RETARDS DANS LA POLITIQUE SANITAIRE ET SOCIALE

En 1964, les grandes causes de décès ont été, en France, avec leurs pourcentages, les suivantes :

— maladies de cœur et artériosclérose : 19,6 %
— cancer et leucémies : 18,8 %
— maladies du rein et hypertension artérielle : 13,3 %
— morts violentes : 7,9 %
— maladies respiratoires : 6,1 %
— lésions vasculaires cérébrales : 5,9 %
— autres maladies : 28,4 % environ.

Ainsi le cancer, les leucémies et les affections cardiovasculaires sont responsables de 40 % environ des décès. Or il se trouve que les soins que l'on apporte aux malades dans ces affections sont de plus en plus longs et coûteux, de même que les réussites actuelles de la chirurgie sont dues pour une bonne part « à la mise au point d'appareillages techniques et à la découverte de nombreux produits et substances chimiques » [1].

1. « Les grandes étapes sociales et médicales de la conquête de la santé », dans *Le Monde* du 27 septembre 1966 ; cf. « La santé n'a pas de prix », dans *Le Monde* du 27 au 31 mars 1966.

D'une manière globale, on peut donc considérer que l'équipe soignante, l'équipe hospitalière [2] a la possibilité de faire face aux nombreux cas qui se présentent à elle. Médicalement, les praticiens disposent de toute une panoplie de moyens thérapeutiques et peuvent compter sur un « support pharmaceutique adéquat ». Cependant, administrativement, sur le plan des infrastructures et au niveau des personnes, des insuffisances se font sentir de plus en plus gravement, et elles ont été récemment encore dénoncées avec beaucoup de vigueur.

Nous pouvons étudier ces désadaptations sous l'angle des moyens financiers et des équipements, ainsi que sous l'angle de la politique de sécurité sociale.

Le retard de l'équipement hospitalier et sanitaire

Lors du congrès international de morale médicale tenu à Paris en mai 1966, le professeur Jean Bernard insista « sur la priorité absolue qui devrait être donnée dans les futurs plans aux constructions hospitalières, à l'édification, à l'aménagement de services hospitaliers nouveaux » [3]. Il poursuivit en déclarant que les principes mêmes de l'organisation hospitalière devaient être modifiés et que les chefs de services hospitaliers devaient « combattre sans relâche pour obtenir les améliorations indispensables ».

La France connaît en effet un retard dans la politique sanitaire, qui s'explique par le fait que, de 1939 à 1962, le pays a subi des guerres ininterrompues et que les gouvernements qui se sont succédé depuis 1945 n'ont pas eu de politique d'ensemble dans des domaines où précisément les synthèses et les vues d'ensemble sont particulièrement indispensables. Certes, il y a eu de bons rapports, de remarquables travaux des commissions spécialisées du Plan, mais les décisions n'ont pas suivi les conclusions des rapports, et dans le

2. Cf. Geneviève LAINÉ, « Un grand malade : l'équipe soignante », dans *La Croix* du 5 au 12 janvier 1967.
3. *Le Monde* des 26 et 28 mai 1966.

cinquième Plan, c'est encore un programme trop modeste qui a été mis en œuvre.

a) Les besoins tels qu'ils ont été évalués par la Commission de l'équipement sanitaire et social se décomposent ainsi :

— équipements sanitaires (objectif 1975) : 28 760 millions de francs ;

— équipements sociaux (objectif 1970) : 27 000 millions de francs ;

soit au total 55 760 millions de francs[4].

b) Le programme minimum en dessous duquel on risquerait de connaître une détérioration dans la satisfaction des besoins a été chiffré au total à 11 020 millions de francs.

c) La répartition officielle des travaux retenue par le gouvernement porte en définitive sur 12 900 millions de francs, soit une satisfaction de 23,15 % des besoins.

Dans ce programme, les hôpitaux et les centres hospitaliers universitaires se taillent la part du lion (56,88 % des équipements sanitaires) suivis par les hôpitaux psychiatriques (22,64 % des infrastructures sanitaires). Au niveau des équipements sociaux, ce sont les enfants inadaptés et les personnes âgées qui reçoivent la plus grosse partie des équipements prévus (respectivement 41,86 % et 23,38 % des investissements sociaux).

Cependant les chiffres du Plan ne couvrent que 47 % des besoins en hôpitaux psychiatriques, 44 % des besoins en formation du personnel ; tandis que dans le domaine social, ils ne font face qu'à 18 % des besoins des personnes âgées et 14,3 % des besoins des enfants inadaptés. La lutte contre le cancer ne se voit donner qu'une somme correspondant à 27 % des besoins.

Il est évident que les chiffres définitifs dépassent les chiffres du programme minimum (11 020 millions de francs), mais l'examen en volume est significatif.

---

4. *Vers la vie,* juin 1966.

En 1963, on recensait officiellement 443 000 lits d'hospitalisation.

Or le bilan des carences est alarmant. Le professeur Jean Creyssel l'a dressé au congrès de l'hospitalisation privée à Cannes (juin 1966) : « Il manque 32 % de lits dans les hôpitaux généraux, plus de 50 % dans les hôpitaux psychiatriques et 12 % dans les hospices » [5].

Pour éviter la dégradation des besoins, ce sont près de 37 000 lits d'hôpitaux psychiatriques qu'il faudrait installer au cours du Ve Plan. Et il faudrait également créer 1 367 dispensaires d'hygiène mentale, 8 830 places en foyer de post-cure et 39 hôpitaux de jour.

Or il est à craindre qu'au cours du Ve Plan, il y ait dégradation du niveau de satisfaction des besoins pour l'enfance inadaptée et les personnes âgées, tandis que le nombre de lits à créer ou à moderniser s'élèvera à 172 000 environ dans les hôpitaux généraux, soit à 40 % des besoins de 1973.

C'est donc une véritable marée montante des besoins à satisfaire, et cette montée est continue, alors que les moyens propres à y faire face sont limités en personnels, en financement, en installations, en temps aussi.

D'un côté, une progression permanente, de l'autre, une lente évolution par paliers, tandis que les retards des années passées se cumulent et constituent en eux-mêmes une sorte de pesanteur qui freine la marche en avant nécessaire : même si les objectifs du Ve Plan étaient atteints (et nous savons à quel niveau ils ont été fixés de même que nous craignons qu'ils ne soient pas exécutés), il faudrait environ quinze ans pour satisfaire les besoins de l'équipement hospitalier[6].

Pourtant le gouvernement, par la voie du ministre des Affaires Sociales, a montré, en janvier 1967, les efforts effec-

5. *Le Progrès,* du 18 juin 1966 ; *Le Monde* du 21 juin 1966.
6. *Le Monde* du 25 oct. 1966.

tués par les Pouvoirs Publics pour pallier les retards enregistrés[7].

M. J.-M. Jeanneney a rappelé que si 56 700 infirmières diplômées d'Etat étaient en service dans les hôpitaux publics en 1958, elles sont maintenant 83 000. Les écoles de formation pour infirmières et infirmiers sont passées de 150 à 213, soit 42 % d'augmentation. Le nombre des élèves en scolarité a augmenté de 50 %.

Cependant, les personnels hospitaliers continuent de se plaindre, avec juste raison, de n'être pas convenablement payés, de subir des horaires inhumains, d'être assaillis par les travaux et d'être surmenés. Pas de possibilité de promotion, obligation dans laquelle ils sont de ne faire face qu'aux urgences, tels sont les faits le plus souvent signalés[8].

D'après les normes de l'organisation mondiale de la santé, il faudrait en France entre 170 000 et 220 000 infirmières. De plus, la proportion actuelle des effectifs de la recherche ne permettra pas à la France de rejoindre avant 1970 le niveau atteint par la Suède en 1960.

Pourtant la France, qui consacrait, en 1960, 1 % de son produit national brut aux investissements sanitaires, leur consacre aujourd'hui 2,5 %.

Mais au même moment, l'Allemagne fédérale consacre 4,1 %, l'Italie un chiffre identique, et la Suède 5,4 %.

Les comparaisons sont délicates, car il faut éviter de confondre les seuils de développement, « similitude et identité ». Les rapprochements sont donc dangereux. Ils peuvent cependant donner une dimension des besoins à satisfaire et des retards à rattraper, et c'est ce qui explique les données statistiques que nous avons fournies.

---

7. Cf. Alfred GROSSER, « *Des avions aux hôpitaux* » dans *Le Monde* du 15 janvier 1967 ; *Le Progrès* du 13 janvier 1967 ; *Le Figaro* du 14 janvier 1967 ; *Le Monde* du 17 janvier 1967.

8. Cf. Geneviève HONORÉ, « La grande misère des hôpitaux français », dans *Ouest-France* des 19 et 20 janvier 1967.

Les mêmes précautions sont à prendre quand on aborde le domaine de la sécurité sociale.

La désadaptation de la politique de sécurité sociale

Par le fait de la prophylaxie, des traitements de plus en plus complexes et des accidents de toute sorte, chaque année, en moyenne, plus de quatre millions et demi de Français de tous âges et de tout milieu social séjournent en hôpital.

Cette première constatation se double d'une seconde observation : de plus en plus, les citoyens désirent se soigner, ce qui augmente la consommation médicale des Français.

Enfin, depuis quelques années, les principes de la sécurité sociale s'appliquent à des catégories de personnes de plus en plus nombreuses, sous l'effet de la recherche des garanties sociales concernant tant la maladie que la vieillesse.

Toutes ces constatations se traduisent concrètement par une évolution des prestations sociales[9] *:*

a) il y a d'abord une augmentation du nombre des bénéficiaires ; pratiquement c'est près de 98 % de la population française qui se trouvera bientôt couverte.

b) cela se traduit par une croissance de l'ensemble des prestations sociales tant en valeur qu'en pourcentage au sein des dépenses des ménages : en 1958, elles représentaient 15,83 % des revenus disponibles des ménages, et 20,38 % en 1964. Cette même année 1964, la consommation médicale totale représentait près de 10 % de la consommation totale (6,3 % en 1955).

c) les prestations en nature, qui représentaient 19,2 % de l'ensemble des prestations sociales en 1955 en représentaient 27,1 % en 1964.

d) les prestations en espèces (revenu de remplacement) ont connu une moindre amélioration qualitative ; et leur développement est freiné, alors que les taux appliqués aux pensions sont nettement insuffisants.

---

9. « Réformer la Sécurité Sociale », numéro spécial de la *Chronique Sociale de France,* 1967, n° 4.

e) le « régime général » représente à lui seul 73,17 % des assurés ; il représente en 1964, 56,1 % des prestations sociales totales. Mais il ne reçoit pas de subventions de l'Etat et se trouve chargé de dépenses indues et non justifiées.

f) enfin à l'intérieur du régime général, et des prestations en nature (soins médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation), on constate que les frais pharmaceutiques ont augmenté le plus, suivis par les frais chirurgicaux et d'hospitalisation.

Ces quelques notes traduisent une réalité complexe. En effet, l'un des problèmes essentiels de la société industrielle est « le coût de l'homme », pour reprendre l'expression du professeur François Perroux. La question sociale concerne chaque citoyen, et chaque personne est constamment confrontée aux nécessités d'une politique de santé, et à ses impératifs.

Or, jusqu'à présent, nos sociétés ont beaucoup plus essayé de pallier les inconvénients sociaux les plus urgents que mis en application et maintenu à jour un système de sécurité cohérent.

L'examen de l'évolution sociale française et de la politique de sécurité sociale est significatif à cet égard. La confrontation de ces deux évolutions est fort éclairante.

Trop souvent, le concept « d'assistance » a supplanté celui de « sécurité », les revenus de remplacement et de complément sont à un seuil nettement insuffisant, et la politique mise en œuvre n'a pas permis de redistribution du revenu national, mais seulement la distribution d'une part du revenu salarial.

L'ensemble des désharmonies est bien mis en lumière par ces réflexions de M. F. Montès[10] : « La maladie congénitale de la Sécurité Sociale française est d'avoir *été conçue isolément* — en tant qu'intrument social — *hors des préoccupations et des circuits économiques.* Elle a été « plaquée » à l'économie et non intégrée à elle, comme un rouage concou-

10. *Chronique Sociale de France,* numéro cité, p. 8.

rant à une politique de plein emploi. Elle diffère en cela du Plan Beveridge. *Or le social et l'économique sont étroitement liés.* On ne peut faire du social que par prélèvement d'une partie des fruits de la production. Ce prélèvement, ayant atteint un certain niveau, ne peut s'élever qu'en fonction de la croissance de la production. S'il croît plus vite, ce ne peut être qu'en fonction d'objectifs et de choix politiques déterminés ; or notre pays n'a jamais eu de politique d'ensemble de la Sécurité Sociale ».

Telle est, dans notre pays, la situation des malades, vue dans l'optique médicale et hospitalière et dans l'optique administrative et financière. Les retards et les désadaptations sont graves et revêtent dans certains domaines une importance dramatique.

Cependant des réformes sont en cours, des mesures sont envisagées, et s'amorce depuis quelque temps une sorte de prise de conscience des problèmes que nous débattons.

Pouvons-nous faire le point de ces tentatives et de ces propositions ? Sans prétendre être exhaustif nous tenterons de préciser certaines orientations et de présenter certaines suggestions.

II. POUR UNE MEILLEURE COORDINATION DES EFFORTS ET UNE POLITIQUE COHÉRENTE DE SANTÉ

« Le développement des dépenses (de sécurité sociale), accéléré par l'évolution des techniques médicales, chirurgicales et pharmaceutiques, ne pourrait que se traduire par les distorsions, l'engendrement de déséquilibres, dans une société néo-libérale organisée sur le concept de profit, soumise à la concurrence intérieure et, de plus en plus, extérieure, et tenant compte du niveau de production et non du degré de qualité et d'utilité de ce qui est produit. Les incidences économiques de la Sécurité Sociale sont d'autant plus importantes que le « marché des soins » n'est pas organisé, que les structures médicales hospitalières sont dépassées par absence de coordination, d'harmonisation et de complémentarité des équipements et des personnels, que les doubles emplois sont nombreux et

qu'en conséquence une partie des dépenses faites pour les soins constitue indiscutablement un gaspillage »[11].

Ainsi s'exprime encore M. F. Montès. Cette série de réflexions montre clairement sur quels points doivent porter les efforts de modernisation et d'adaptation.

Nous pouvons les étudier à deux niveaux : d'abord au plan des conceptions concernant la distribution des soins, ensuite au plan de la politique hospitalière.

La réorganisation du système de distribution de soins

Les remarques et réflexions qui précèdent ont mis en évidence un fait essentiel : notre système de sécurité sociale est insuffisant dans les circonstances actuelles et les moyens mis en œuvre ne peuvent couvrir efficacement les besoins les plus urgents. Il devient donc nécessaire, au-delà des réformes portant sur des points de détail ou des aspects purement financiers, d'adapter pour l'avenir autant que pour le présent le système global de sécurité sociale.

Les recherches se font dans des directions diverses :

a) Le nouveau système à mettre en place devrait, entre autres principes sociaux et humanistes, « donner aux sommes investies et dépensées la plus grande productivité possible, eu égard notamment à la limitation inéluctable des moyens financiers disponibles »[12]. Il devrait également « garantir à tous un véritable revenu de remplacement et de complément ».

Pour réaliser ces objectifs, les structures administratives et techniques seraient au nombre de deux :

— d'un côté les organismes de sécurité sociale qui verseraient les revenus de remplacement (prestations en espèces) et de complément (prestations familiales).

— de l'autre côté, un Service de Santé qui concevrait,

11. *Ibid.*

12. « Service national de santé », dans *Chronique Sociale de France,* numéro cité, p. 27 à 30 ; cf. également, de la même revue, le n° 5-6, 1967, « Les hommes et l'hôpital » et le n° de 1968, « Pour un service national de santé » (sous presse).

organiserait, et gérerait les établissements de prévention et de soins.

Il y aurait donc deux organisations répondant à deux objectifs fondamentaux différents : les moyens de vivre seraient assurés par l'une, les soins assurés par l'autre. Cette distribution est déjà opérée dans un certain nombre de pays et il apparaît à l'expérience que cette organisation évite les défauts de gestion déjà dénoncés ; d'autant plus que l'on s'aperçoit également que les investissements sanitaires et sociaux sont difficiles à réaliser dans les structures d'une seule source de financement.

b) Dans l'état actuel des choix financiers, il convient de donner le maximum de productivité aux installations et personnels disponibles.

Peut-être faudrait-il dans cette optique, donner la priorité à la création de centres hospitalo-universitaires, qui peuvent opérer la recherche, l'enseignement et les soins de façon spécialisée et qui recueilleront dans l'avenir les importantes promotions d'étudiants en médecine.

L'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur serait également nécessaire, et elle permettrait de réformer les consultations externes et de développer l'hospitalisation à domicile.

Au sein de l'hôpital, il conviendrait d'associer les médecins hospitaliers à la vie des médecins non hospitaliers, de façon à les rendre complémentaires (et non pas concurrents).

c) Au niveau de l'infrastructure hospitalière et dans l'état de choses existant, une coordination est à mettre en place entre le secteur public et le secteur privé de l'hospitalisation[13]. Quelle que soit la position de principe adoptée vis-à-vis du mode d'hospitalisation privée, il doit y avoir une saine émulation entre le public et le privé ; de fait, les deux secteurs sont complémentaires. Le principal, loin des querelles de doctrine, est de déterminer les tâches respectives, la chirurgie d'exception pouvant être prise en charge par le secteur public, la

13. Cf. P. DREYFUS, « Hôpitaux ou cliniques ? La vieille opposition subsiste », dans *Echo-Liberté* du 15 mars 1967.

chirurgie normale, les soins médicaux et l'obstétrique revenant en partie à l'échelon privé[14]. C'est une optique intéressante à joindre au dossier des rapports entre les deux secteurs d'hospitalisation.

De toute façon, et comme il a été déclaré à Cannes en juin 1966, au congrès de l'hospitalisation privée, « le secteur privé doit s'intégrer dans un plan général d'équipement sanitaire ».

On mesure, à travers ces constatations, quel effort de synthèse et de coordination autant que de prospective doit être accompli pour que chaque partie puisse y gagner vraiment, pour le bien des malades.

Ce ne sont là que des projets et des propos d'étapes, et nous insistons sur ces termes. Les principaux responsables, devant les urgences et les insuffisances, recherchent la bonne voie. Il est évident que certains privilèges, les situations acquises, les habitudes prises sont autant d'obstacles à une compréhension réciproque. Mais des réformes sont nécessaires, certaines idées sont lancées et les protagonistes sont confrontés aux impératifs de l'évolution économique, sociale et médicale. La prise de conscience nécessaire se fait de plus en plus sentir.

Elle se remarque, excellemment, dans la situation des hôpitaux, telle qu'on peut la concevoir en prospective.

Vues prospectives sur la politique hospitalière

La prospective sur l'hôpital n'ignore pas les problèmes actuels, elle en tient compte pour les dépasser et mettre en place les hôpitaux de demain, adaptés — enfin — à ce que demain sera.

a) Du 19 au 23 juin 1967, la *Fédération hospitalière de France* a tenu ses deuxièmes assises nationales, axées sur l'*horizon 1985*. On n'ignore pas en effet que, cette année-là, notre pays aura 59 millions d'habitants, que ceux-ci auront rendu indispensable la création d'un minimum de 120 000 lits ; le

14. Cf. *Id., ibid.*

niveau de vie sera multiplié par 2,5 ; les dépenses de santé seront beaucoup plus importantes : 65 milliards de francs, contre 18 milliards en 1966.

Une redistribution hospitalière s'impose donc, sur le plan fonctionnel et sur le plan géographique. La création d'hôpitaux pour malades à long terme est indispensable, ainsi qu'une diminution de la durée du séjour en hôpital.

Dans le rapport présenté à ce congrès par M. Rochaix plusieurs axes d'action ont été retenus : améliorer les conditions de gestion et l'investissement ; définir et adopter une politique sanitaire donnant à la protection de la santé la place qui lui revient ; animer de la volonté d'aboutir tous les centres de décision.

b) Récemment, trois médecins américains ont essayé de résoudre *le problème de la modernisation des hôpitaux*[15]. Constatant que, quelle que soit l'époque, 80 % des patients hospitalisés sont des patients en observation ou convalescence qui paralysent les services hospitaliers au détriment des urgences, ils prévoient une « séparation des régimes » qui permettrait de donner la priorité absolue aux cas les plus graves (20 %).

L'efficacité de cette solution apparaît quand on sait qu'un arrêt du cœur ne laisse que quatre minutes de délai avant que le cerveau soit irrémédiablement atteint.

D'autre part, cette forme de gestion, à la fois plus logique et plus saine, permettrait d'équilibrer les finances des établissements hospitaliers ; on pourrait alors équiper de matériels modernes les services d'action rapide et de chirurgie lourde, sans cesser de suivre les malades légers et les convalescents.

c) Lors des deuxièmes assises nationales de la *Fédération hospitalière* en juin 1967, certains rapports étudiaient *les nouvelles conceptions de gestion des hôpitaux, l'informatique hospitalière, l'évolution prévisible des techniques et des théra-*

15. « Est-ce l'hôpital de l'avenir ? », condensé de *Life*, dans *Sélection du Reader's Digest*, juillet 1967.

peutiques médicales en milieu hospitalier. Nous n'insisterons pas ici sur les progrès réalisés en médecine grâce aux équipements électroniques, tant pour la gestion et l'administration que pour la technique chirurgicale[16]. Mais nous tenions à les signaler, étant donné l'importance grandissante qu'ils revêtent et les nombreux congrès qui leur sont consacrés.

d) Dans cette optique, nous terminerons ces réflexions en notant certains points retenus par le *Rapport sur l'équipement hospitalier et l'organisation des hôpitaux,* présenté par le professeur de Vernejoul au Conseil Economique et Social, fin 1966 :

— revalorisation de la carrière des directeurs d'hôpitaux ;
— institution d'un corps d'économes hospitaliers et d'un corps d'ingénieurs hospitaliers ;
— amélioration structurelle des moyens de formation et des carrières concernant les personnels hospitaliers.

Il est indéniable que toutes ces mesures seront longues et délicates à mettre en œuvre. Cependant elles sont les étapes de réformes profondes qui vont se poursuivre dans les années qui viennent.

Ces réformes vont permettre de donner plus de sécurité et de meilleurs soins aux malades, selon une sorte de hiérarchie, qui va des grands hôpitaux (C.H.U. et centres hospitaliers) à la formule des hôpitaux ruraux, en passant par les hôpitaux de deuxième catégorie et les établissements spécialisés.

Le but à atteindre, peu à peu, est de soigner le mieux possible, tant sur le plan humain que sur le plan scientifique, en retirant le moins possible le malade de son cadre de vie, surtout en lui fournissant dans les meilleures conditions, les moyens de prévention et de guérison auxquels il est en droit de prétendre. Avec les méthodes préconisées et les mesures prises on doit parvenir, progressivement, et aussi paradoxal que cela paraisse, à faire de l'hôpital un moyen de freinage de l'hospitalisation

16. Se reporter aux cahiers cités plus haut de la *Chronique Sociale de France ;* cf. aussi *Le Monde* des 6 et 25 oct. 1966.

en lui rendant sa fonction première, suivant les buts et les missions auxquels on le destine.

*
* *

L'attitude de la société vis-à-vis des malades : thème délicat mais essentiel de notre temps. Dans le monde en mutation que nous connaissons, et en admettant que l'homme s'adapte *extérieurement* à de nouvelles conditions de vie, quoique avec difficultés, il s'adapte de moins en moins *intérieurement,* « et ce désaccord crée des conflits physiologiques et psychologiques qui menacent de devenir de plus en plus traumatisants »[17]. Or notre société déséquilibrante a besoin d'hommes et de femmes dynamiques, de santé robuste : cela n'est pas la moindre contradiction de la vie industrielle.

La conclusion vient d'elle-même : il est nécessaire de parvenir à une adaptation, à une adéquation, de l'homme à son métier, à sa vie sociale, en un mot de l'homme à la société. Est-ce un rêve impossible à réaliser ?

Il y aurait, dès le début de certaines réformes, des résultats tangibles, grâce à la mise en œuvre de mesures propres à assurer un climat de sécurité, un contact avec le médecin traitant et, dans les services hospitaliers, un climat, une atmosphère d'indépendance et de liberté compatibles avec cette sécurité physiologique et psychologique.

Cependant il n'y a pas de panacée, et l'adaptation est une longue œuvre tenace, patiente et opiniâtre, à tous les niveaux de la société et à chaque fois qu'un défi est lancé à l'individu.

Cette marche lente et laborieuse demande, en définitive, une médecine de l'homme total. C'est, à notre sens, la réponse valable et praticable que les praticiens et la société peuvent faire aux angoisses des malades.

C'est celle à laquelle nous mènent tout naturellement les réflexions que nous poursuivons depuis le début de cet article.

---

17. Dr R. DUBOS, « La science et la nature de l'homme », dans *Chronique Sociale de France,* 1967, n° 2, « Le prix du progrès », p. 69.

Aussi ferons-nous nôtre cette conclusion que le Dr F. Goust tire d'une analyse d'un ouvrage de Michaël et Enid Balint :

« *L'expérience et l'effort et la prise de conscience de Balint sont accueillis avec enthousiasme par tous ceux qui souhaitent l'évolution des professions médicales et paramédicales vers une médecine de l'homme total. Cette dernière exige, comme beaucoup le clament en vain depuis longtemps, une continuité de la relation médecin-malade, une restauration du rôle du médecin généraliste de famille, un travail de celui-ci au sein d'une équipe et d'une organisation coordonnatrice. Ces liens solides doivent être noués, en particulier, entre omnipraticiens, psychiatres, psychothérapeutes.*

« *Des structures communautaires sont nécessaires pour faire sortir les professions sanitaires de l'individualisme outrancier, de l'anarchie et des modalités concurrentielles et faciliter ainsi l'ascension du corps sanitaire à une maturité relationnelle.*

« *La médecine libérale française (qu'elle soit conventionnelle ou non) et une médecine sociale informe paralysent actuellement tous ceux qui auraient l'intention et le goût et la possibilité de faire une médecine de l'homme total. Si les médecins français ont une responsabilité indéniable dans la médiocrité des structures actuelles, il faut souligner que c'est l'ensemble de la nation (opinion publique et pouvoir politique) qui en dernier ressort doit savoir si elle veut vraiment une médecine humaine*[18].

« *Le problème posé par Balint, par delà l'effort individuel, ne sera résolu que par un changement de structures. Ce qui pose un problème politique, au sens le plus noble du terme* »[19].

---

18. Nous renvoyons à ce propos à la déclaration de M. Jeanneney au Conseil Economique et Social, publiée dans *Le Monde* du 27 oct. 1966.

19. Dr François GOUST, « Un livre de Michaël et Enid Balint : *Techniques psychothérapeutiques en médecine* », dans *Présences*, n° 99, 1967, p. 55-56.

Nous ne pouvons que souhaiter que cet appel du Docteur Goust soit entendu, que celui-ci soit écouté et que notre société — et donc ses responsables publics et privés — prêtent enfin attention « au fait que les progrès de la médecine ont créé de vastes et nombreux problèmes qui sont sociaux, politiques et économiques bien plus que scientifiques »[20].

Jean-Simon TABOURNEL

---

20. Dr R. DUBOS, article cité, p. 75.

LES LIVRES

I. ECRITURE SAINTE

Roland DE VAUX, o. p., *Bible et Orient* (Cogitatio fidei 24), Paris, Ed. du Cerf, 1967, 552 p., 48 f.

Les éditeurs, atteints aujourd'hui du prurit de produire à tout prix, construisent parfois des recueils d'articles dont on peut contester l'utilité, car ils font purement et simplement double emploi avec les publications originales. Tel n'est en aucune manière le cas de ce volume. Il rassemble une bonne partie des études données par le P. de Vaux, ancien directeur de l'Ecole biblique et archéologique française de Jérusalem, non seulement à la *Revue biblique* mais aussi à d'autres périodiques et à des ouvrages collectifs très difficiles d'accès pour le lecteur qui ne dispose pas d'une bibliothèque hautement spécialisée. C'est dire l'intérêt profond de ce recueil, qui a été divisé en cinq sections : théologie et critique littéraire ; histoire d'Israël ; institutions de l'Ancien Testament ; manuscrits de la mer morte ; Bible, archéologie et histoire des religions. Les textes sont reproduits tels qu'ils ont paru, même lorsque l'auteur aurait souhaité les réécrire un peu différemment. Cependant, dans l'espoir de pouvoir en faire une édition revue, le P. de Vaux a laissé hors de ce recueil trois importants articles sur les Patriarches publiés en 1946, 1948 et 1949 dans la *Revue biblique.*

Ce volume, dont nous recommandons vivement la lecture, s'ouvre sur un hommage du P. de Vaux à son maître, le fondateur de l'Ecole biblique, le P. Lagrange.

René BEAUPÈRE

Jean DANIÉLOU, *Les Evangiles de l'Enfance,* Paris, Ed. du Seuil, 1967, 140 p.

L'intention du P. Daniélou est claire : il entend répondre à « certains chrétiens » qui « *s'imaginent à tort qu'il est légitime* d'émettre des doutes sur l'historicité des Evangiles de l'Enfance ». Ces doutes ne sont pas fondés : au contraire, « une meilleure connaissance du milieu juif, la découverte de la place de la famille de Jésus dans la communauté judéo-chrétienne ont confirmé la valeur historique de ces récits ». Et encore: «L'étude littéraire des Evangiles a montré qu'ils s'inspiraient de la technique juive de l'histoire. Leur contenu dogmatique, en particulier la conception virginale, appartient au fond le plus ancien de la tradition apostolique ».

Le propos de l'auteur est fort louable et nous pensons qu'il rendra réellement service avec ce petit livre, en mettant à la portée d'un large cercle de lecteurs, non seulement le fruit de ses propres recherches sur le judéo-christianisme, mais aussi les résultats des travaux

de nombreux autres savants. Peut-être cependant la démonstration apparaîtra-t-elle à certains trop rapide ou procédant trop par mode d'affirmations pour recueillir une pleine adhésion et lever tous les doutes.

René BEAUPÈRE

Le livre des morts des Anciens Egyptiens. Introduction, traduction et commentaire de Paul BARGUET (Coll. Littératures anciennes du Proche-Orient, n° 1), Paris, Cerf, 1967, 312 p., 58,20 f.

Il faut féliciter les Editions du Cerf d'entreprendre cette collection nouvelle, dont les différentes sections sont placées sous la direction des grands noms de la recherche orientaliste. Les biblistes ne disposaient en français que de choix de textes parallèles à la Bible, aucune de ces anthologies n'ayant d'ailleurs l'ampleur par exemple des *A. N. E. T.* de Pritchard en anglais. A la différence de l'excellente collection « Sources Orientales », publiée aux Editions du Seuil, qui édite des choix de textes largement commentés et groupés autour de thèmes majeurs (par exemple « la naissance du monde », ou « le jugement des morts », dans lequel J. Yoyotte présente des extraits du *Livre des morts*), on trouvera ici les textes complets. Le public en sera forcément limité aux spécialistes et aux biblistes qui, sans avoir le loisir de se spécialiser dans des disciplines aussi ardues que l'égyptologie ou l'assyrologie, doivent aux exigences de leur métier de se tenir au courant des principales acquisitions de la recherche.

Seul un égyptologue aguerri pourrait apprécier la présente traduction (en français, la précédente datait de 1882 !). Ce texte, « le plus ancien livre illustré du monde » (il forme déjà un ensemble, avec ses vignettes, dans des papyrus du milieu du XVIe siècle avant notre ère), est d'une lecture aride et déconcertante. Le monde religieux qu'il reflète nous est totalement étranger. La connaissance qu'on peut en avoir à l'aide des « morceaux choisis », forcément les plus beaux et les moins inaccessibles, ne rend pas assez compte de l'unité cachée de la pensée religieuse très haute qui s'y manifeste.

On saura gré au professeur Barguet de guider pas à pas son lecteur à travers l'hermétisme des formules, dont le caractère apparemment magique ne doit pas être exagéré. Une introduction concise mais très dense aborde les problèmes essentiels de l'interprétation : rapports de la religion et de la magie, contenu moral réel des célèbres « déclarations d'innocence » (ou « confessions négatives ») du ch. 125, le mieux connu, notamment depuis les travaux de Drioton, définition de la religion égyptiene comme un « monothéisme à facettes » et non comme un polythéisme exubérant malgré les apparences (l'index contient quinze pages de noms et épithètes de divinités...), signification du « jugement des morts », etc. Les introductions aux différentes parties, les notes nombreuses et riches, enfin un index détaillé font de cet ouvrage (relié in-4° en raison des vignettes illustrant chaque chapitre, reproduites à partir des papyrus du Musée du Louvre par Mlle F. Le Saoult) un instrument de travail d'une haute valeur.

Louis-Marie ORRIEUX

Le Père Lagrange au service de la Bible. Souvenirs personnels. Préface de P. Benoit, o. p. (Coll. Chrétiens de tous les temps, 22), Paris, Cerf, 1967, 384 p., 16,50 f.

Les anciens élèves de l'Ecole Biblique, surtout ceux qui ont entendu le P. Vincent raconter encore avec flamme à la fin de sa vie les événements rapportés dans les « Souvenirs personnels » du Père Lagrange (couvrant les années 1889-1913), liront ces pages avec émotion et reconnaissance envers un homme qui fut, dans toute la force du terme, un croyant.

Les souvenirs du Père Lagrange étaient destinés à ses frères dominicains, et il sera difficile aux non-initiés de se retrouver dans les multiples allusions aux particularités de la gestion interne de l'ordre. Les non-initiés seront surtout étonnés, sinon scandalisés, des conditions étouffantes dans lesquelles le Père Lagrage a mené à bien son œuvre scientifique. Il faut pour comprendre, sinon pour excuser, se représenter l'ambiance de forteresse assiégée qui fut celle de l'Eglise catholique au plus fort de la « crise moderniste ». Dans cette ambiance, la vigilance s'exerce plus contre les « ennemis de l'intérieur ».

Les adversaires du Père Lagrange sont oubliés depuis longtemps, alors que sa *Méthode historique* vient d'être rééditée en livre de poche. L'œuvre du fondateur de l'Ecole Biblique et de ses collaborateurs n'a plus besoin d'être défendue. Elle demeure en témoignage.

Louis-Marie ORRIEUX

Pierre de BEAUMONT, *L'Ancien Testament, essai de traduction moderne des textes essentiels aux hommes d'aujourd'hui,* ISPC Ecole de la foi, Fayard-Mame, 1967, 222 p., 5 f.

Pierre de BEAUMONT, *L'Evangile selon saint Jean aux hommes d'aujourd'hui,* ISPC Ecole de la foi, Fayard-Mame, 1967, 126 p., 3 f.

Les Actes des Apôtres, traduction en français moderne par P. de BEAUMONT, ISPC Ecole de la foi, Fayard-Mame, 1967, 134 p., 3 f.

Ces trois petits volumes, qui furent précédés de la publication des Evangiles synoptiques (Cf. *L. et V.*, n° 83, p. 123), utilisent dans leur traduction un français fondamental qui comprend un millier de mots et une syntaxe rudimentaire. Pour ce qui est de l'Ancien Testament, l'auteur a su choisir les textes-clef qu'il fait précéder par de brèves introductions ; en outre, on trouvera dans tous ces ouvrages un vocabulaire et des notes d'explication. Pour nous être personnellement servi de ces traductions pour des catéchèses d'enfants et lors de liturgies, nous avons la conviction que seule une traduction de ce genre est apte à faire passer la Parole de Dieu chez certains croyants. Ce sont des ouvrages que devraient utiliser tous ceux qui s'occupent de catéchèse auprès d'enfants ou d'adultes n'ayant qu'une connaissance rudimentaire de la langue française.

Hugues COUSIN

Alfred LAPPLE, *Bible et catéchèse. II - Des Patriarches à l'annonce du Messie,* 1966, 269 p ; *III - Jésus-Christ,* 1967, 172 p. les deux volumes (Coll. Ecole de la foi), Paris, Fayard-Mame.

Voici les deux derniers volumes de la traduction de l'ouvrage d'Alfred Lapple, dont nous avons souligné précédemment l'intérêt (*L. et V.* n° 79, p. 121).

On pourrait s'étonner de la différence de traitement faite entre la *Genèse* et l'*Exode,* qui occupent matériellement près de la moitié de l'ensemble, et par exemple les prophètes, qui reçoivent la part du pauvre. C'est que l'auteur entend aborder surtout les « questions actuelles », disons les problèmes critiques dont les catéchistes doivent être sérieusement avertis. C'est à ce point de vue qu'il convient par conséquent de juger le mince volume consacré au Nouveau Testament, et entièrement préoccupé de l'alternative « Christ de la foi ou Jésus de l'histoire ». Dans cette perspective, on regrettera que, selon la suggestion de l'auteur aux catéchistes (III, p. 71), celui-ci n'ait pas lui-même étudié, en rapport avec l'image du Christ présentée par chacun des *Evangiles,* celle de Paul et de l'*Apocalypse,* sans oublier les premiers chapitres des *Actes.*

Louis-Marie ORRIEUX

A propos d'Emmanuelle TESTA, *L'huile de la foi.*

Nous avons présenté dans le dernier numéro de *Lumière et Vie* (n° 85, p. 114-115) *L'huile de la foi,* du P. E. Testa. L'auteur, on le sait, a découvert chez un antiquaire de Jérusalem une lamelle d'argent dans laquelle il voit « un modèle de formulaire utilisé par les presbytres dans les premiers siècles de l'Eglise lorsqu'ils allaient guérir les malades au nom du Seigneur ». Notre revue avait fait des réserves quant à cette interprétation : cette étude, écrivions-nous, « soulève autant de problèmes qu'elle en résout, et le temps n'est pas encore là (le sera-t-il jamais ?) où il serait possible de dire avec l'auteur : *Pouvait-on imaginer confirmation plus éclatante de la doctrine catholique... et réfutation plus décisive de la thèse protestante ?* »

Ces réserves apparaissent insuffisantes à trois exégètes, fidèles lecteurs de notre revue. Ils nous renvoient à une étude (« Une amulette judéo-chrétienne », *Biblica* 1967/3), dans laquelle l'abbé J. T. Milik conteste radicalement la lecture du P. Testa et les conséquences qu'il en tire. Nous versons volontiers cette pièce au dossier, en remerciant ceux qui ont pris la peine de nous la signaler.

II. LITURGIE

Cyprien VAGAGGINI, *Le Canon de la Messe et la réforme liturgique,* traduit par A.-M. Roguet et Ph. Rouillard (Coll. Lex Orandi 41), Paris, Ed. du Cerf, 1967, 200 p., 18,30 f.

A l'heure où l'Eglise romaine entreprend d'enrichir sa liturgie par l'adoption de nouvelles prières eucharistiques, les clercs et, espérons-le, de nombreux fidèles, veulent comprendre comment et pourquoi, dans notre rit latin, place va être faite à d'autres anaphores à côté du canon romain. Si l'on en croit l'auteur, dont la magistrale *Initiation théologique à la liturgie* a montré la compétence en ces

domaines, il suffirait que notre canon actuel soit dit à haute voix en langue populaire « pour qu'on découvre aussitôt combien ce texte pose de graves problèmes liturgiques et pastoraux » (p. 13). Il en tente lui-même la démonstration et propose deux projets de sa composition. Auparavant il nous fournit « des exemples des différents types d'anaphores, correspondant aux principales familles de la liturgie ancienne » (p. 17). Ces documents, publiés ici en français, montrent clairement le trésor accumulé par l'Eglise des premiers siècles. On sera, en particulier, très heureux d'y trouver l'admirable anaphore alexandrine de saint Basile, qui a été adoptée lors de la session du *Consilium* d'avril dernier. Notons enfin qu'une solide bibliographie poussera le lecteur à se familiariser avec les prières eucharistiques dont, jusqu'à présent, la richesse a été trop peu exploitée dans l'Eglise latine ; tout clerc devrait avoir médité les textes vénérables reproduits dans cet ouvrage.

Hugues COUSIN

Patrick VERBRAKEN, *Oraisons sur les cent cinquante Psaumes, texte latin et traduction française de trois séries de collectes psalmiques* (Coll. Lex Orandi 42), Paris, Ed. du Cerf, 1967, 344 p., 28,50 f.

Quand on sait la place que, de tout temps, les Psaumes ont joué dans l'office divin, on comprend le souci constant des chrétiens de les lire à la lumière de l'Evénement pascal ; l'un des procédés utilisés par l'Eglise ancienne fut de conclure chaque psaume par une oraison qui l'actualisait. Ceux d'entre nous qui utilisent depuis plusieurs années le *Psautier de la Bible de Jérusalem* mesurent combien les collectes psalmiques composées par le P. Rimaud aident la prière. Le P. Verbraken, pour sa part, a rassemblé et traduit plus de 500 collectes psalmiques datant des Ve-VIIe siècles et provenant principalement d'Afrique, d'Espagne et du Sud de l'Italie. Ce recueil est précédé d'une brève introduction et d'une bibliographie commentée.

Certes l'exégèse ancienne s'attachait plus à mettre en relief certaines phrases qu'à reprendre l'ensemble du psaume : le P. Verbraken peut ainsi mettre en exergue avant chaque oraison le verset qu'elle illustre ; et, comme le note le P. Gélineau dans le *Psautier de la Bible de Jérusalem*, « la perspective y est en général plus morale et ascétique que théologique et mystique » (p. 31) ; c'est dire que le chrétien d'aujourd'hui ne pourra toujours faire siennes certaines de ces prières. Mais bien d'autres nous sont plus directement accessibles et la traduction, qui supporte aisément la proclamation à haute voix, permettra avec bonheur d'utiliser ces collectes dans la prière publique.

Hugues COUSIN

Pierre SALMON, *L'office divin au Moyen-Age, Histoire de la formation du bréviaire du IXe au XVIe siècle* (Coll. Lex Orandi 43), Paris, Ed. du Cerf, 1967, 200 p., 18 f.

« Le présent travail a été accompli dans un souci de recherche historique portant sur l'évolution des formes de la liturgie, sans aucune préoccupation d'ordre pratique » (p. 10). C'est en effet une

étude de première main qui nous est offerte ; si la description et l'analyse des quelque soixante bréviaires colligés par l'auteur peuvent arrêter les lecteurs peu familiarisés avec l'étude rigoureuse des textes, elles permettront en revanche aux spécialistes de la liturgie de travailler sur des données solides.

Nous voudrions noter brièvement quelques points de cet important ouvrage susceptibles de retenir l'attention du profane. L'on sait qu'après le foisonnement liturgique du haut Moyen-Age, le XIIIe siècle marque un tournant : « En même temps que la curie des papes devient *curia romana, curia apostolica,* et même simplement *Ecclesia romana,...* l'office de la chapelle papale devient progressivement l'office de l'Eglise romaine » (p. 145-146) ; et les frères mineurs jouèrent un grand rôle dans la diffusion de cet office. Le mérite de l'auteur est d'étayer avec soin la valeur de cette thèse. On retiendra enfin la malheureuse tentative que fit le cardinal Quignonez pour réformer le bréviaire (entre 1528 et 1535), car ce prélat franciscain eut surtout le tort d'être trop en avance sur son temps : Vatican II a repris en fait un certain nombre des idées qui furent à la base de cette initiative.

Hugues COUSIN

Archdale A. KING, *Liturgie d'Antioche. Le rite syrien, le rite chaldéen,* Tours-Paris, Mame, 1967, 288 p., 16,50 f.

Une brève mais passionnante préface du P. Dalmais o. p. ouvre ce livre en mettant en valeur le rôle des métropoles d'Antioche, d'Edesse et de Nisibe dans la formation des liturgies « syriennes ». L'ouvrage lui-même est divisé en deux parties : le rite syrien (syrien occidental) et le rite chaldéen (syrien oriental). Présentant et décrivant tous les éléments de la liturgie, ce guide sera fort utile pour tous les chrétiens désireux de mieux connaître les Eglises d'Orient. En ce qui concerne le rite syrien le lecteur aura intérêt à se reporter aux corrections proposées par un spécialiste, Mgr G. Khouri-Sarkis dans un ample compte-rendu de la revue *L'Orient syrien* (1967/2, p. 241-255). Sauf erreur ce livre est une traduction : on est étonné que l'éditeur ne l'ait indiqué nulle part.

René BEAUPÈRE

Marynie ROSE, *Proclamez la Parole* (Coll. Pâque nouvelle), Lyon, Ed. du Chalet, 1966, 200 p., 16,20 f.

La collection « Pâque Nouvelle » se propose de contribuer à la mise en œuvre de la Constitution sur la Liturgie et des ordonnances de l'épiscopat français.

Le livre de M. Rose se veut au service de la Parole de Dieu dans la liturgie. C'est une méthode, un manuel pratique, et il répond à un besoin manifeste : trop souvent, la Parole de Dieu est si peu « proclamée ». Fruit de trente années d'éducation musicale et de recherches pédagogiques en matière de technique vocale, utilisant les travaux du P. Jousse sur l'anthropologie du langage, ce livre sera désormais le manuel de base pour la lecture de la Parole de Dieu.

L'auteur fait d'abord prendre conscience au lecteur du merveil-

leux instrument qu'est sa voix, et de la formation des éléments du langage. Il étudie ensuite la lecture, en soi et par rapport à l'auditeur, en passant par l'accentuation, le rythme, la prononciation. Le lecteur est ainsi amené à réfléchir sur l'essentiel : l'expression, contrôlée ou spontanée. Une série d'exercices pratiques complète l'ouvrage.

On peut regretter, — l'auteur le remarque d'ailleurs, — l'absence d'un chapitre sur l'expression corporelle, domaine que n'avait pas oublié R. Baguet dans ses *Conseils aux lecteurs liturgiques*. Mais on peut déjà craindre que l'aspect technique ne rebute un certain nombre de ceux à qui ce livre serait pourtant indispensable: peut-être qu'un manuel complémentaire, de format réduit, d'abord plus aisé, de coût moins élevé, connaîtrait une diffusion plus large. Car il faut souhaiter que de tels ouvrages soient lus et utilisés : ils sont d'une importance vitale pour l'application de la réforme liturgique.

Yves-T. RUELLAN

III. ŒCUMÉNISME

Max THURIAN, *Le pain unique*, Taizé, Les presses de Taizé, 1967, 174 p.

Cette « simple réflexion sur l'eucharistie et le ministère », comme le dit le sous-titre, est un abrégé de ce que l'auteur a proposé dans des livres ou des études plus amples, plus techniques ; elle aboutit à de brèves considérations sur le problème très actuel de l'intercommunion.

Très condensé, cet ouvrage n'apparaîtra pas toujours « facile » au lecteur pressé ; mais la simplicité de sa composition et la clarté de son style en faciliteront l'accès. Le frère de Taizé y expose très honnêtement les principales positions des Eglises, tout en s'efforçant de tenir compte au maximum des courants de renouveau qui, presque partout, rapprochent les points de vue. On ferme le livre, convaincu que, si l'intercommunion entre tous les chrétiens n'est pas encore possible aujourd'hui, demain peut-être la grâce du Seigneur et notre obéissance à ses inspirations nous ouvriront les routes barrées. Ce précieux petit ouvrage — sans confusion mais plein d'espérance — aura contribué à nous préparer à recevoir du Seigneur le don qu'appellent notre foi et notre prière.

René BEAUPÈRE

La Bible chemin de l'Unité ? (Cahiers de la traduction œcuménique de la Bible 1), Paris, Ed. du Cerf, 1967, 112 p., 7,50 f.

On trouvera dans ce petit mais riche volume le texte des allocutions prononcées lors de la présentation de l'*Epître aux Romains*, en janvier 1966 à Paris, par le cardinal Martin, Mgr Meletios, Marc Boegner, Pierre Bonnard, Paul Evdokimov, Yves Congar et Pierre Emmanuel. Ce recueil est précédé d'un avant-propos dans lequel G. Casalis et F. Refoulé font très brièvement l'histoire des projets de traductions communes de l'Ecriture et situent l'entreprise francophone actuelle.

Un seul regret : le point d'interrogation qui figure dans le titre de cet ouvrage. Il faut *affirmer* que la Bible est chemin d'Unité.

René BEAUPÈRE

Paul ROMANE-MUSCULUS, *Œcuménisme du visible ?* Toulouse, Privat, 1967, 76 p.

Le président de la Commission de liturgie de l'Eglise Réformée de France plaide discrètement dans cette brochure en faveur d'un *aggiornamento* liturgique et d'une prise en considération plus positive, par son Eglise, de l'architecture et de l'art sacrés.

René BEAUPÈRE

Laurenz VOLKEN, *L'action œcuménique* (Coll. In domo Domini), Paris-Fribourg, Ed. Saint-Paul, 1967, 176 p., 12,60 f.

L'auteur propose des réflexions sur le fondement, la nature, l'esprit de l'action œcuménique. On ne le suivra pas toujours dans une systématisation un peu exagérée et l'on restera sceptique à l'énoncé de certains des appuis scripturaires qu'il propose. Mais l'on se réjouira de trouver aussi dans cet ouvrage beaucoup de notations précieuses qui constituent une sorte de commentaire des principaux passages du *Décret sur l'œcuménisme.*

René BEAUPÈRE

La situation œcuménique dans le monde (Coll. L'Eglise en son temps 12), Paris, Ed. du Centurion, 1967, 254 p., 18 f.

La Bible et le dialogue œcuménique (Coll. Approches œcuméniques), Mulhouse, Salvator, 1967, 106 p.

Le premier volume — qui fait partie des études du Centre international d'information et de documentation sur l'Eglise conciliaire (IDOC) — décrit, sous la plume de bons spécialistes (A. Bellini, J. Corbon, J. Desumbila, L. Alting von Geusau, J. Hamer, J. Mejia, R. Slade, etc.) la situation de l'œcuménisme dans les principaux pays d'Europe, ainsi qu'en Afrique, au Proche-Orient, en Inde, aux Etats-Unis et en Amérique latine.

Le second ouvrage recueille — traduits de l'allemand — des exposés faits par A. Ernst, P. Vogelsanger, O. Karrer, R. Leuenberger et H. Urs von Balthasar à une session tenue à « Notre-Dame des Ermites » (?). Nous ne saisissons pas pourquoi le nom d'Oscar Cullmann figure sur la page de titre.

René BEAUPÈRE

Arthur C. COCHRANE, *Reformed Confessions of the 16th Century,* Londres, SCM Press, 1966, 336 p., 42 s.

On trouvera dans ce recueil très utile, en version anglaise, les douze principales confessions de foi réformées du XVIe siècle : les soixante-sept Articles de Zwingli (1523), les dix Thèses de Berne (1528), la *Confessio tetrapolitana* (1530), la première Confession de Bâle (1534), la Confession helvétique (1536), les Articles de Lau-

sanne (1536), la Confession de Genève (1536), la Confession de foi de la Congrégation anglaise de Genève (1556), la Confession de foi française (1559), la Confession de foi écossaise (1560), la Confession de foi des Eglises belges (1561), la Confession de foi helvétique postérieure (1566). L'auteur fait précéder ces documents d'introductions historiques et il publie en appendice le Symbole de Nicée, le Symbole des apôtres, le Catéchisme de Heidelberg et la Déclaration de Barmen.

René BEAUPÈRE

Igor SMOLITSCH, *Moines de la sainte Russie* (Coll. Concordances), Tours-Paris, Mame, 1967, 228 p.

Cet ouvrage, traduit de l'allemand par J. Alzin et P. Chambard, déroute un peu par sa composition. Mais le lecteur avide de mieux connaître la tradition spirituelle de l'Eglise d'Orient y fera une ample moisson ; il apprendra en particulier beaucoup sur les *startsy* russes.

René BEAUPÈRE

René BEAUPÈRE, o. p. (éd.), *Protestants et catholiques en marche. Les pèlerinages œcuméniques au pays de la Bible* (Coll. L'Evangile au XXe siècle 22), Paris, Ed. du Cerf ; 1967, 184 p., 12 f.

Vous êtes allé à Jérusalem ? Alors, n'hésitez pas : lisez ce livre. Même si vous n'y êtes pas allé avec l'un ou l'autre des douze pèlerinages œcuméniques que M. P. Eberhard et le P. Beaupère ont à leur actif. Vous revivrez des souvenirs, qui, même s'ils ne sont pas exactement ceux qu'on décrit ici, ont avec eux nombre de points communs. Car je vous défie de ne pas vous retrouver en partie dans les esquisses de la deuxième partie de l'ouvrage, composée de pages détachées des carnets de route. Et croyez-moi, cela vaut mieux que les Kodachromes, Ektachromes et autres diapositives achetées là-bas, ou prises par vous sur le vif. C'est « vu », c'est humain, c'est fraternel, c'est (tout simplement) chrétien.

Mais il y a plus, et il est sans doute réservé aux compagnons de route dont l'expérience est ici suggérée de s'en réjouir. Ce livre est la révélation au grand public d'un acte œcuménique de très grande portée. Expérience singulière pour qui ne l'a pas faite : vivre ensemble pendant quinze jours une fraternité authentique dans la foi entre catholiques et protestants qui s'ignoraient la veille du départ ; parcourir les sites essentiels du pays de la Bible, et la Bible à la main ; prier ensemble... et célébrer séparément la cène du Seigneur, cela est unique ; les pèlerinages œcuméniques au pays de la Bible sont les seuls à en donner l'occasion. Après coup, l'expérience paraît banale et le livre qui la raconte à la fois merveilleux et tout naturel. A ce titre, il intéresse tous ceux que le souci de l'union des Eglises tourmente si peu que ce soit. En particulier, la première partie de l'ouvrage, où sont définies les conditions de vérité de ces pèlerinages porte infiniment plus loin qu'eux ; elle suggère assez bien les lois d'un dialogue authentique entre des groupes appartenant aux deux confessions.

Après avoir tenté l'expérience et l'avoir méditée à travers ce livre, comme on voudrait qu'elle fît tache d'huile et que beaucoup de paroissiens moyens la puissent tenter. Elle est une manière exceptionnelle de refaire le tissu de la robe sans couture « afin que le monde croie ».

Claude BOURGIN

IV. NOTES DE LECTURE

Collection « Christianisme en mouvement », Tournai-Paris, Casterman, 1967

Nous avons présenté le premier volume de cette stimulante collection écrit par son directeur, le P. René Marlé, s. j., *Dietrich Bonhoeffer, témoin de Jésus-Christ parmi ses frères* (cf. *L. et V.* n° 85, p. 126-127). Voici, coup sur coup, quatre nouveaux volumes : ce sont quatre traductions : *Le procès de la religion,* par Alan Richardson, doyen anglican d'York en Angleterre (130 p.), qui traite — de manière peut-être un peu rapide, mais suggestive — des six thèmes suivants : la religion est-elle un bien ? ; la religion, abolition du séculier ; diverses formes d'athéisme religieux ; cosmologie et langage ; la nouvelle herméneutique ; la mort de Dieu : une nouvelle exagérée. Un autre volume est l'œuvre de Lesslie Newbigin, évêque de Madras dans l'Eglise de l'Inde du Sud et personnalité très connue du mouvement œcuménique : *Une religion pour un monde séculier* (176 p., 13,50 f.) : le chrétien peut jeter un regard optimiste sur le processus actuel de sécularisation. Un troisième volume a pour auteur le célèbre théologien protestant Paul Tillich : il s'agit de la traduction, sous le titre *Le courage d'être* (The Courage to Be) d'un petit ouvrage justement célèbre paru il y a quinze ans (192 p., 12 f.). Enfin un catholique allemand, Walter Kasper, professeur de dogmatique à Münster, offre une étude assez difficile à lire, mais fort riche, sur un sujet aussi important dans le dialogue interconfessionnel que pour la réflexion à l'intérieur de l'Eglise catholique : *Dogme et évangile* (152 p., 9 f.).

PHILON D'ALEXANDRIE, *De congressu eruditionis gratia* (Œuvres 16), Paris, Ed. du Cerf, 1967, 272 p., 27 f.

Quelle valeur attribuer à la culture grecque, la *paideia* ? Telle est la question toujours actuelle à laquelle Philon donne dans ce traité une réponse mesurée : la *paideia* est une étape de la maturation de l'âme en quête de l'unique Sagesse.

Ce nouveau volume des œuvres de Philon publiées sous le patronage de l'Université de Lyon constitue une thèse de troisième cycle de Monique Alexandre, maître-assistant à la Sorbonne. On en appréciera particulièrement les cent pages d'introduction.

Dictionnaire de spiritualité, fasc. 42-43, Paris, Beauchesne, 1967.

Dans ce volume double qui achève le tome VI d'une œuvre que nous présentons régulièrement à nos lecteurs, on trouvera entre autres : la fin de l'important article « Eglise grecque », une vingtaine

de notices sur des Grégoire et une trentaine sur des Guillaume, et aussi des présentations de Dom Guéranger, de Grundtvig, de Jeanne Guyon...

Le développement des peuples (Coll. Vivre le concile), Tours-Paris, Mame, 1967, 200 p.

Texte français de l'encyclique *Populorum progressio,* avec une introduction de Mgr Poupard et un commentaire collectif.

Gaston ZANANIRI, *Le Saint-Siège et Moscou,* Paris, Spes, 174 p., 13,50 f.

Reprise de textes parus dans *L'ami du clergé :* il s'agit principalement des relations entre Rome et Moscou depuis 1917.

J. BEUMER, s. j., *La tradition orale* (Histoire des dogmes 6), Paris, Ed. du Cerf, 1967, 240 p., 19,80 f.

Dans une importante collection déjà présentée à nos lecteurs, ce volume, traduit de l'allemand, illustre la manière dont la théologie, au cours des âges, a compris la Tradition.

John Henry WALGRAVE, o. p., *Parole de Dieu et existence* (Cahiers de l'actualité religieuse 22), Tournai-Paris, Casterman, 1967, 240 p., 16,50 f.

Le P. Walgrave, professeur à Louvain, propose un mode d'écoute de la Parole de Dieu qui met en valeur que la foi chrétienne est un mystère et que la Révélation est une lumière pour l'homme en cheminement et pour le peuple de Dieu dans le monde.

PAUL VI, *Demeurez fermes dans la foi,* Paris, Ed. du Centurion, 1967, 404 p., 13,50 f.

Mgr R. Etchegaray, secrétaire général de l'épiscopat français, rassemble dans ce volume une partie des allocutions prononcées par Paul VI lors des audiences générales du mercredi. En l'« année de la foi » on sera heureux de trouver, regroupés autour de quelques thèmes, les enseignements les plus marquants du Souverain pontife.

Pierre QUÈVREMONT, *Dieu et l'homme créateur,* 208 p., 9 f.

A.-Z. SERRAND, o. p., *Evolution technique et théologies,* 256 p., 10,50 f., les deux ouvrages (Coll. Rencontres 67 et 68) Paris, Ed. du Cerf, 1965.

Ces deux volumes inaugurent une série de cahiers portant le sous-titre « Théologie pour Prométhée », qui vise à établir un dialogue entre monde technique et foi chrétienne. L'auteur du premier volume est un laïc engagé dans la vie économique et très au fait de la théologie, l'auteur du second est un théologien qui n'est pas sans une solide formation technique, tous deux fournissent ample matière à réflexion. Mentionnons chez le premier un chapitre sur l'impact de la physique contemporaine sur notre vision du monde et chez le second une très éclairante classification des théologies qui tentent de répondre aux requêtes du monde contemporain.

Claude TRESMONTANT, *Comment se pose aujourd'hui le problème de l'existence de Dieu ?* Paris, Ed. du Seuil, 1966, 405 p.

Le métaphysicien bien connu reprend ici une série de causeries dans lesquelles il affronte les multiples questions que science et philosophies modernes soulèvent à propos de l'affirmation de Dieu. L'athéisme est, selon l'auteur, strictement *impensable ;* il se réduit toujours à une forme de panthéisme, que la réflexion rationnelle ne parvient pas à justifier.

Théodore WESTOW, *Attitude chrétienne nouvelle,* Le Puy-Lyon, X. Mappus, 1966, 152 p., 8,65 f.

Rédigé par un laïc néerlandais, ce petit livre se situe dans une perspective résolument personnaliste. C'est dans la personne et plus concrètement dans l'*attitude personnelle* que l'auteur voit l'élément-clé permettant un *aggiornamento* de l'existence chrétienne en notre temps.

Charles MOELLER, *L'homme moderne devant le salut* (Coll. Points d'appui), Les Editions Ouvrières, Paris, 1965, 216 p., 12,30 f.

Ce livre veut se situer à la frontière de la littérature et de la théologie. Appuyé sur d'abondantes citations d'œuvres contemporaines, il présente une analyse et une méditation d'un certain nombre de thèmes littéraires au travers desquels on peut discerner un reflet plus ou moins clair du salut chrétien.

Henri van LIER, *Les humanités du XXe siècle,* Paris, Casterman, 1965, 96 p., 7,50 f.

Manifeste pour une réforme de l'enseignement fondée sur « une vue synthétique des valeurs animatrices du monde contemporain », ce petit livre est stimulant, plein d'intuitions sur l'état présent de la culture. On peut se demander si l'ouverture à l'avenir pour laquelle il plaide ne cède pas trop vite aux mirages de l'utopie technocratique.

Charles GOBERT, s. j., *La foi au Christ,* 1965, 119 p., 7,50 f.,
ID., *Le monde du péché et la Vierge sans péché,* 1966, 144 p., 7,50 f., les deux ouvrages, Toulouse, Prière et Vie.

Le Père Gobert, mort en 1954, fut aumônier d'étudiants à Toulouse. On a rassemblé ici des causeries qu'il a données au cours de son ministère. Le premier volume, qui a déjà connu une large diffusion, est une pédagogie de la foi qui affronte loyalement objections et difficultés et insiste sur l'engagement vital qu'elle implique. Moins unifié, le second volume contient des réflexions sur le devoir, le péché et son pardon, et le mystère de la Vierge Marie.

Terrence T. NICE, *Schleiermacher bibliography,* Princeton Theological Seminary, 1966, 168 p.

Mille neuf cent vingt huit titres sont énumérés dans ce travail scientifique dont la division reflète une fantaisie bien anglo saxonne (mélange de l'ordre chronologique et de l'ordre alphabétique, au

demeurant peu gênant). Que cet ouvrage soit une invite aux historiens de la pensée à cultiver davantage encore Schleiermacher, dont aucun théologien protestant moderne n'est totalement indépendant, ne serait-ce que par l'effort pour sortir de sa trop « religieuse » entreprise.

Henri LEROUDIER, *Lyon* (Coll. Pays et cités d'art), Paris, F. Nathan, 1966, 160 p.

Sept promenades à travers Lyon permettent à un trio imaginaire de faire revivre l'histoire tourmentée de la grande cité. Près de cent cinquante photographies (dont une centaine, originales, de Geneviève Rouch-Gain) illustrent cet agréable volume.

Rudolf BULTMANN, *Connaître,* Genève, Labor et Fides, 1967, 116 p., 18 f.

Troisième fascicule (cf. *L. et V.* n° 80, p. 122) de la traduction française partielle (ici, par H. Lucke) du grand *Dictionnaire du N.T.* de Kittel. En préparation, les mots *Dieu* et *Saint-Esprit.*

Martin LUTHER, *Œuvres,* tome X, Genève, Labor et Fides, 1967, 374 p.

Avec ce deuxième tome consacré aux *Sermons* de Luther (*Wartburgpostille*), se termine l'édition des *Œuvres* choisies (dix volumes). On se réjouit d'apprendre que l'*Alliance nationale des Eglises luthériennes de France* et la revue *Positions luthériennes* vont entreprendre une nouvelle série de dix volumes qui mettront à la disposition des lecteurs français des Commentaires bibliques du Réformateur.

Lancelot ANDREWES, *Sermons,* Oxford, Clarendon Press, 1967, 295 p., 52/6 d.

L'évêque Lancelot Andrewes (1555-1626) est une des grandes figures spirituelles de l'Eglise anglicane. On connaît en général ses fameuses *Preces Privatæ,* mais moins ses sermons. C'est donc avec reconnaissance qu'on reçoit ce recueil de douze prédications (en anglais). Le choix a été fait par G. M. Story qui a également enrichi ce volume d'une introduction sur la vie et les sermons d'Andrewes ainsi que d'un utile glossaire.

J. STEVENSON, *Creeds, Councils and Controversies,* London, S.P.C.K., 1966, 390 p., 45 s.

Faisant suite à *A New Eusebius,* recueil de documents illustrant l'histoire de l'Eglise jusqu'en 337, ce nouveau volume du même auteur rassemble plus de deux cents extraits (en anglais) d'auteurs ecclésiastiques, de 337 à la mort de Léon le Grand (461). Des notes explicatives, des tables chronologiques, des cartes font de cet ouvrage, comme du précédent, un manuel très utile pour les étudiants et les professeurs. Le lecteur non spécialiste en histoire prendra certainement lui aussi intérêt à sa lecture.

L'activité missionnaire de l'Eglise (Coll. Unam Sanctam 67), Paris, Ed. du Cerf, 1967, 448 p., 36 f.

On trouvera dans ce volume le texte latin et la traduction fran-

çaise, par L.-M. Dewailly, du Décret *Ad Gentes* de Vatican II, suivis d'un ample commentaire par des théologiens qui ont plus spécialement collaboré à sa rédaction : J. Schütte, J. Ratzinger, S. Paventi, Y. Congar, M. Grotti, J. Neuner, D. Grasso, X. Seumois, K. Müller, J. Greco, N. Kowalsky. L'édition originale de ce volume a paru en allemand sous le titre *Mission nach dem Konzil* (Matthias Grünewald, Mayence, 1966). La version française comporte une postface dans laquelle le P. A.-M. Henry met en évidence des faiblesses du Décret et propose quelques orientations pour la Mission de demain.

Roger LLOYD, *The Church of England 1900-1965*, London, SCM Press, 1966, 624 p., 55 s.

L'auteur avait publié naguère deux volumes d'une histoire de l'Eglise d'Angleterre au XXe siècle : la période couverte s'arrêtait en 1945. Il s'agit ici d'une reprise complète de l'œuvre précédente et de sa poursuite jusqu'à 1965. Cette nouvelle rédaction en un volume a permis à R. Lloyd, avec plus de recul, de réviser certaines appréciations et de corriger quelques erreurs.

Cet ouvrage ne constitue pas une « Histoire » au sens technique du mot, mais plutôt, comme le dit l'auteur dans sa Préface, une « méditation » sur un thème historique. Le caractère personnel rend ce travail attachant. En notre période de redécouverte mutuelle des Eglises, les catholiques et les protestants trouveront certainement grand profit à parcourir, sous la conduite de R. Lloyd, l'histoire de l'Eglise anglicane au XXe siècle.

Sören KIERKEGAARD, *L'attente de la foi*, Genève, Labor et Fides, 1967, 90 p., 7,80 f. s.

Traduction française par Nelly Viallaneix du premier des *Dix-huit discours édifiants :* « l'attente de la foi » (sermon pour le jour de l'an).

Charles BRUETSCH, *La clarté de l'Apocalypse*, Genève, Labor et Fides, 1966, 506 p.

Il s'agit de la cinquième édition, profondément enrichie et complétée par dix années de recherche, d'un commentaire protestant sur un livre de la Bible qui, comme l'écrit le Dr Visser't Hooft dans la Préface, « reprend dans l'Eglise la place à laquelle (il) a droit ».

Directory of Bible Societies, London, United Bible Societies, 1965, 165 p.

Cet annuaire contient la liste des membres et des membres associés des *United Bible Societies* (Sociétés bibliques protestantes) ; une histoire et une description de leur travail ; des tableaux indiquant la diffusion et les traductions bibliques dans chaque pays.

Alexis STAWROWSKY, *Essai de théologie irénique. L'Orthodoxie et le catholicisme*, Paris, Sedim, 1966, 268 p., 28 f.

Ecrit en russe mais imprimé pour la première fois à Madrid, en français, ce travail d'un penseur orthodoxe mérite d'être connu. C'est

un examen des divergences doctrinales qui existent entre l'Eglise d'Orient et celle d'Occident (le *Filioque*, l'Eglise, le pape) avec le souci de rechercher, de manière irénique, les points d'appui pour la réconciliation.

René CARPENTIER et Alfred DE BONHOMME, *La vie religieuse dans le renouveau de l'Eglise* (Coll. Références 3), Paris, Ed. du Centurion, 1967, 368 p., 13,50 f.

Recueil fort utile de textes de Vatican II, de Jean XXIII et de Paul VI.

JEAN CHRYSOSTOME, *La virginité* (Sources chrétiennes 125), Paris, Ed. du Cerf, 1966, 428 p., 42 f.

SYMÉON LE NOUVEAU THÉOLOGIEN, *Traités théologiques et éthiques*, II (Sources... 129), *Ibid.*, 1967, 520 p., 48 f.

Le traité de saint Jean Chrysostome vient à son heure au moment où l'on sent le besoin de préciser le sens du célibat volontaire. Le texte en a été établi par le P. H. Musurillo, s. j., professeur à Fordham University, qui donne également une introduction critique. L'introduction générale, la traduction et les notes sont de B. Grillet, professeur à l'Université de Lyon.

Le P. J. Darrouzès, a. a. achève la publication d'une œuvre importante du grand théologien byzantin que fut Syméon (cf. *L. et V.* n° 80, p. 141). On trouvera dans ce tome II plusieurs *indices*, en particulier un précieux répertoire analytique de près de mille mots grecs.

DIADOQUE DE PHOTICÉ, *Œuvres spirituelles* (Sources chrétiennes 5 *ter*), Paris, Ed. du Cerf, 1966, 218 p., 18 f.

Il s'agit d'une troisième édition : elle reproduit la deuxième, après avoir corrigé quelques fautes matérielles, et elle l'enrichit d'une dizaine de pages de notes nouvelles. Dans un Avertissement le P. E. des Places, s. j. justifie cette façon de faire en indiquant que le temps d'une édition refondue n'est pas encore venu en raison de la difficulté qu'il y a, pour le moment encore, à utiliser les *Homélies macariennes* récemment publiées.

T. H. L. PARKER (ed.), *English Reformers* (Library of Christian Classics 26), London, SCM Press, 1966, 360 p., 45 s.

Ce recueil contient — avec une brève introduction et une bibliographie pour chacune d'entre elles — neuf œuvres (parfois abrégées) de Réformateurs anglais du XVIe siècle : John Jewel, John Foxe, William Tyndale, John Ponet, John Hooper, Richard Taverner, Thomas Cranmer, Nicholas Ridley et Hugh Latimer.

Alan M. G. STEPHENSON, *The First Lambeth Conference*, 1867, London, S. P. C. K., 1967, 380 p., 63 s.

Voici un maître-livre qui ne se contente pas, pour le centenaire

de l'événement, de décrire la première Conférence des évêques anglicans au palais de Lambeth (1867), mais situe cette rencontre dans son contexte, en insistant en particulier sur sa préhistoire. A la veille de la nouvelle Conférence de Lambeth qui se déroulera durant l'été 1968, beaucoup de chrétiens soucieux d'œcuménisme seront heureux de puiser dans ce livre une excellente information.

Alex R. VIDLER, *F. D. Maurice and Company*, London, SCM Press, 1966, 287 p., 30 s.

Ce livre du Dr Vidler, *Fellow* à King's College et professeur de théologie à l'Université de Cambridge, se compose de deux parties : la première constitue une version corrigée du livre que l'auteur avait publié en 1948, *The Theology of F. D. Maurice ;* c'est une étude de quelques-uns des principaux thèmes du grand théologien anglican du siècle dernier. La deuxième partie est inédite : le Dr Vidler y examine les rapports de Maurice avec d'autres penseurs anglais du XIXe siècle : Coleridge, Carlyle, Hare, Erskine, Hughes et Wescott.

Francis FROST, *L'enseignement moral de Bishop Kirk (1886-1954)*, Lille, Université catholique, 1965, 400 p. ronéotypées en 2 fasc.

Cette thèse de doctorat en théologie présentée sous la direction du chanoine Ph. Delhaye constitue la « monographie de la pensée d'un moraliste anglican ». L'évêque K. E. Kirk, en effet, a cherché à promouvoir dans l'Eglise d'Angleterre un renouveau de la théologie morale. F. Frost présente de manière synthétique sa morale fondamentale en la situant par rapport à la morale catholique. Mais il laisse de côté — ce n'était pas le sujet de sa thèse — les travaux de Kirk en théologie dogmatique ou sacramentaire.

Jasper RIDLEY, *Thomas Cranmer*, Oxford, Clarendon Press, 1962, 450 p., 35 s.

La plus complète et sans doute une des plus minutieuses biographies d'un homme qui a joué un rôle capital dans l'établissement de l'Eglise d'Angleterre au XVIe siècle.

Eugene R. FAIRWEATHER (ed.), *The Oxford Movement* (A Library of Protestant Thought), New-York, Oxford University Press, 1964, 400 p., 7 doll.

Ce volume présente les thèmes et les problèmes du Mouvement d'Oxford qui, au XIXe siècle, marqua si profondément l'Eglise d'Angleterre et la communion anglicane ; pour cela il reproduit quelques extraits des œuvres des principaux protagonistes de ce Mouvement : Newman, Pusey, Wilberforce, Keble, Williams et Ward. Ces textes sont classés autour de cinq thèmes : l'environnement intellectuel et politique, la réaffirmation de l'autorité ecclésiastique et épiscopale, l'influence du Mouvement sur la conception de l'Eglise d'Angleterre, l'opposition du Mouvement au protestantisme populaire d'alors, la théologie et la piété profondément sacramentelles des anglo-catholiques.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XVI (1967)

ENSEMBLES

Exigences du renouveau liturgique **81** 1-164
Le mariage **82** 1-129
La communion des saints **83** 1-110
Eucharistie et unité **84** 1-120
Les pauvres **85** 1-102

EDITORIAUX

Après le Concile : la liturgie **81** 1-2
Le mariage : fidélité et unité **82** 1-2
La communion des saints **83** 1-2
Le pain de l'unité **84** 1-3
L'Eglise des pauvres **85** 1-2

ARTICLES

ALBERTINI J.-M., La lutte contre la pauvreté : recherche d'une stratégie **85** 33-52
ARGENTI C., Les anaphores des liturgies orthodoxes : leur sens et leur structure **81** 31-40
BACIOCCHI J. DE, L'eucharistie dans le catholicisme actuel **84** 5-25
BEAUPÈRE R., Bibliographie sur les mariages mixtes . . **82** 108
ID., Propositions pour un dialogue œcuménique **82** 121-129
ID., Protocoles d'accord sur l'eucharistie **84** 109-120
BERROUARD F.-M., L'Eglise communauté d'amour et de vie selon saint Augustin **83** 40-64

BESSEYRIAS C., Les études de Foi et Constitution sur l'eucharistie 84 33-56
BLANC E., La béatitude des pauvres et le combat contre la pauvreté 85 53-74
BOURGIN C., Célébration et « poésie » : la liturgie est un art 81 97-131
BRUSTON H., Le mariage : une vocation 82 93-107
CAPELLADES J., Les commissions diocésaines d'art sacré à L'Arbresle 81 159-164
DUFOURT R., L'Eglise des saints chez Bernanos 83 81-109
DUQUOC C., Le mariage aujourd'hui : amour et institution 82 33-62
DURAND G., Le statut du symbole et de l'imaginaire aujourd'hui 81 41-72
ID., Bibliographie sommaire relative à la symbolique et l'herméneutique contemporaines 81 73
EMERY P.-Y., La communion des saints dans les Eglises de la Réforme 83 65-80
GEORGE A., La communion fraternelle des croyants dans les épîtres de saint Paul 83 3-20
GEREST C., Quand les chrétiens ne se mariaient pas à l'Eglise : histoire des cinq premiers siècles 82 3-32
GIGNAC L.-A., Renouvellement de la liturgie du mariage 82 75-83
JOURJON M., La présidence de l'eucharistie chez Ignace d'Antioche 84 36-32
LAMIRANDE E., Aspects du mystère de la communion des saints 83 21-39
LAVOCAT R., Essai sur la problématique des mariages mixtes 82 109-120
LECOMTE B., Les pauvres d'aujourd'hui 85 3-32
M. M.-T. et R., Chaque jour je te choisis : témoignage d'un couple 82 63-74
OMBRIE D., Chants d'Eglise, chants des hommes 81 143-158
ORRIEUX L.-M., Dieu parle-t-il français ? 81 75-96
REVEL J.-P., La Constitution conciliaire sur la liturgie : son esprit et ses grands axes 81 3-30
SANSON F., Pauvre selon l'Evangile 85 75-91
TOURNEFIER G., Une expérience paroissiale 81 132-142

EQUIPE INTERCONFESSIONNELLE D'AIX-MARSEILLE, Recherche œcuménique sur l'eucharistie 84 57-108
UNE ÉQUIPE DE PRÊTRES ET DE LAICS, Réflexions sur la liturgie du mariage 82 84-92

CHRONIQUES ET DOCUMENTS

BEAUPÈRE R., Les mariages mixtes au Synode et après le Synode 84 121-137
ID., Paul VI et Athénagoras 85 103-110
Quinze évêques du Tiers Monde à tous ceux qui souffrent et luttent pour la justice 85 93-102

BIBLIOGRAPHIE

AUZOU G., La force de l'Esprit 85 117
BAGATTI B., L'Eglise de la circoncision 85 113-114
BARON G., Marcel Jousse, Introduction à sa vie et à son œuvre 85 118-119
BARTH K., Dogmatique IV/1 ..... 84 144
BARUCQ A., Le livre des Proverbes 83 117
BEA A. (Cal), L'Eglise et le peuple juif 82 138
BEAUMONT P. de, La parole du Christ 83 123
ID., Evangile selon saint Luc 83 123
BEYREUTHER E., Zinzendorf, l'apôtre de l'unité 83 127
BONNARD P.-E., La Sagesse en personne 83 118-119
BORMANN P., Die Heilswirksamkeit des Verkündigung nach dem Apostel Paulus 85 128
BOSSE-PLATIÈRE P., Après-Concile : l'an un 85 120
BOURNE V., La queste de vérité d'Irénée Winnaert 83 126
BOUYER L., L'eucharistie 84 141-142
BUIS P. et LECLERCQ J., Le Deutéronome 83 116-117
CAPPANÉRA R., La Justice et la Paix 85 120
CARRILLO DE ALBORNOZ A. F., Le Concile et la liberté religieuse 85 120
CERFAUX L., L'itinéraire spirituel de saint Paul 83 121
CHAMSON A., La Superbe 85 127
COGNET L., Newman ou la recherche de la vérité 83 125
CONGAR Y. (éd.) L'Eglise de Vatican II 82 137
DANIÉLOU J. et BOSC J., L'Eglise face au monde 85 126
DAVID J., Nouveaux aspects de la doctrine catholique du mariage 82 141
DEISSLER A., Le livre des Psaumes, t. I 83 115
DENIS H., Le prêtre de demain 84 143
ID., Pour une prospective théologique 84 143
DERKENNE F., Vive le Seigneur 83 134
DROUET J., Le livre de la Sagesse 85 118
ERBES J., Martin Bucer 83 126
FAVREAU F., L'Eglise à l'écoute du monde 83 133
GAGERN F. von, Partenaires pour la vie 82 143
GAUBERT H., L'exil à Babylone 85 117
GAUTHIER P., L'Evangile de justice 85 112

GOETTMANN J., Tobie, le livre des fiancés et des pèlerins 83 118
GREINER A., Visiteurs pour Christ 84 144
GRELOT P., Le ministère de la Nouvelle Alliance 83 120
ID., La Bible, Parole de Dieu 83 122-123
GROSSOUW W. K., Spiritualité du Nouveau Testament 83 121
HAERING B., Le chrétien et le mariage 82 141
HAMER J. et CONGAR Y., La liberté religieuse 82 139
HENRY A.-M. (éd.), Les relations de l'Eglise avec les religions non chrétiennes 82 138-139
HOPITAL A., Les héritiers du Royaume 85 112-113
HORTON D., Vatican Diary 82 136
ISTAVRIDIS V. T., Orthodoxy and Anglicanism 83 124
JANSSENS L., Mariage et fécondité 82 141
JAUBERT A., Les premiers chrétiens 83 132
KENRICK B., La sortie du désert 85 125
LAMBERT B., La nouvelle image de l'Eglise. Bilan du concile Vatican II 85 119
LAMBERT P. et M., Trois mille foyers parlent 82 143
LAURENTIN R., L'Eglise et les Juifs à Vatican II 82 138
ID., Jésus au Temple 85 116
LAZURE N., Les valeurs morales de la théologie johannique 85 115-116
LEAHY W. K. et MASSIMINI A. T., Third Session. Council Speeches of Vatican II 82 136
LECLERCQ J., Mariage naturel et mariage chrétien ... 82 140-141
LE DÉAUT R., La nuit pascale 83 119-120
LE SAUX H., Une messe aux sources du Gange 84 144
LEUTRAT P., Les Vaudois 85 128
LICHTENBERG J.-P., L'Eglise et les religions non chrétiennes 82 138
LUTHER M., Le magnificat 84 144
MAERTENS Dom T., La promotion de la femme dans la Bible 84 143
ID., Nouvelles instructions pour la réforme liturgique .. 85 120
MARCHEL W., Dieu Père dans le Nouveau Testament . 83 121
MARITAIN J., Le mystère d'Israël et autres essais 85 121-122
MARLÉ R., Dietrich Bonhoeffer témoin de Jésus-Christ parmi ses frères 85 126-127
MARTELET G., Les idées maîtresses de Vatican II. Introduction à l'esprit du Concile 82 137
MASSARD M., Foi chrétienne, vérité de l'homme ? 84 143
MEHL R., Traité de sociologie du protestantisme 83 128
MELLOR A., Histoire de l'anticléricalisme français 83 132
MINC R., L'enfer des innocents 85 122
MONTEFIORE, H., Remarriage and Mixed Marriage .. 82 143
NEWMANN J. H., Apologia pro vita sua 83 125
ORCHAMPT J. et POLAERT A., Célébrations, initiation à la liturgie 83 134
PAVAN P. (Mgr), La liberté religieuse 85 119
PHILIPON M.-M., L'essor de l'Eglise 85 120

PHILIPS G. (Mgr), L'Eglise et son mystère au IIe Concile du Vatican **85** 120
PHILON D'ALEXANDRIE, In Flaccum **84** 144
ID., De Vita Mosis **84** 144
POLIAKOV L., Les banquiers juifs et le Saint-Siège du XIIIe au XVIIe siècle **85** 123
POUPARD P. (Mgr), Connaissance du Vatican **84** 144
RICHARD M., La vie quotidienne des Protestants sous l'Ancien Régime **83** 127
ROBINSON J. A. T., La nouvelle réforme **83** 125
ROUSE R. et NEILL St, A History of the Ecumenical Movement **85** 123-124
ROUX H. (éd.), Points de vue de théologiens protestants **82** 137
ID., Détresse et promesse de Vatican II **85** 125-126
SCHELKLE K. H., Méditations sur l'Epître aux Romains **85** 117
SCHILLEBEECKX E., Le Mariage, réalité terrestre et mystère de salut **82** 142
ID., Marriage. Secular reality and saving mystery **82** 142
ID., L'Eglise du Christ et l'homme d'aujourd'hui selon Vatican II **85** 120
SCHMIDT K. L., Eglise **84** 144
SCHNACKENBURG R., Le message moral du Nouveau Testament **83** 120
SCHUERMANN H., Le récit de la dernière Cène **83** 122
SCHULZ A., Suivre et imiter le Christ **83** 121
SCHWEITZER R., La Bible et la vie, fasc. 1-6 ..... **85** 118
TAVARD G., La poursuite de la catholicité **83** 124
ID., The Quest for Catholicity **83** 124
TESTA E., Il simbolismo dei Giudeo-Cristiani **85** 114-115
ID., L'huile de la foi **85** 114-115
TEULON F., Quand s'ouvre la porte **84** 144
VAN DE POL W. H., La communion anglicane et l'œcuménisme **83** 124
VERBRACKEN P., Naissance et essor de l'Eglise **83** 132
WATTEVILLE J. de, Le sacrifice dans les textes eucharistiques des premiers siècles **84** 142-143

Adaptation et la rénovation de la vie religieuse (L') .. **82** 137-138
Aux sources de la morale conjugale **82** 141-142
Chrétiens d'aujourd'hui **83** 135
Church for Others (The) **85** 124
Concile œcuménique Vatican II, Constitutions, Décrets, Déclarations **85** 119
Conscience juive (La) **85** 120-121
Documenti il Concilio Vaticano II **82** 136
Eglise dans le monde de ce temps (L'), Gaudium et Spes, Commentaires du schéma XIII **82** 138
Eglise et pauvreté **85** 111
Eglise grecque melkite au Concile (L') **82** 136
Eglises chrétiennes et épiscopat **83** 129-130
Encyclopédie de la foi, III **84** 143

En suivant Jésus-Christ 83 136
Espérance des milieux pauvres (L') 85 113
Espérance du Royaume (L') 85 117
Fais-nous voir Seigneur 83 134-135
Gaudium et Spes. L'Eglise dans le monde de ce temps 85 120
Liturgie (La). Constitution Sacrosanctum Concilium .. 82 138
Mariages en péril ? 82 142
Nouvelle Histoire de l'Eglise, 4 ..... 83 130-131
Œkumenisches Direktorium 85 125
Pensée orthodoxe (La) 83 126
Un seul monde, un seul évangile, un seul devoir 85 124
Vatican II. Les seize documents conciliaires 82 136
World Conference on Church and Society 85 124

DISCOGRAPHIE

LAXAGUE H. et SANSON F., Rénovation liturgique 81 165-167
ID., Histoires d'une rencontre 82 130-135
ID., Olivier Messiaen 83 111-114
ID., Deux événements 84 138-140

ARAGON L., Amours (Chant du monde) 82 134
BACH J. S., Weichet nur, betrühte Schetten (Archiv, Harmonia Mundi) 82 133
BERTHIER J., Messe française (Pastorale et Musique) .. 81 166
ID., Psaumes-cantiques pour les paroisses (Pastorale et Musique) 81 166
BLOW J., Ode sur le mariage (Harmonia Mundi) 82 132
DEBASIEUX, Louez Dieu (Pastorale et Musique) 81 166
DORÉMUS-BLOUD A., Refrains du premier catéchisme . 81 167
HENZE H. W., Elégie pour de jeunes amants (Deutsche Grammophon) 82 131
JULIEN D., Deux messes (Pastorale et musique) 81 165
LANGLAIS J., Messe « Dieu, prends pitié » (Pastorale et musique) 81 165
LEJEUNE A., Nouvelle messe en français (D. M. O.) ... 81 165
MARCY R., Messe des innocents (D. M. O.) 81 165
MESSIAEN O., L'Ascension (Chardin, Philips) 83 111-112
ID., Couleurs de la Cité céleste (Erato) 83 113
ID., Et expecto resurrectionem mortuorum (Erato) 83 113-114
ID., La Nativité (Chardin, Philips) 83 111-112
ID., Poèmes pour Mi (Harmonia Mundi) 83 114
ID., Quatuor pour la fin des temps (Erato) 83 112
ID., Trois petites liturgies de la présence divine (Erato) 83 112
SCHUMANN G., Les amours du poète (Deutsche Grammophon, Philips) 82 130-131
STRAVINSKY I., Noces (Guilde internationale du Disque) 82 133-134

L'amour et la Vie (Philips) 82 134-135
La Bible, chemin de l'unité (Jéricho) 84 139
Martin Luther et les musiciens de son époque (Pelca) .. 84 139-140

F. O. I.

Formation œcuménique interconfessionnelle

COURS PAR CORRESPONDANCE

sous la direction du P. René Beaupère, o. p.
et du pasteur Alain Blancy

Huit cours différents de premier ou de deuxième degré

Renseignements et inscriptions :
F. O. I., 2, place Gailleton, 69 - LYON-2e

LA REVUE
ÉGLISE VIVANTE

- **situe**
  la Mission dans la vie de l'Eglise par la doctrine et par les faits
- **prolonge son effort de pensée et d'action**
  par une Collection « EGLISE VIVANTE » aux Editions Casterman.

Paraît tous les deux mois

Belgique :	190 FB—	CCP N° 55.48.70 — Eglise Vivante, 137, Diestsestraat, Louvain.
France :	19 FF—	CCP N° 95.63·39 — Mlle J. Teillet, 44, Rue des Bernardins, Paris-5e.
Autres pays :	200 FB—	par CCP, Chèque bancaire ou mandat-poste adressés à Eglise Vivante, Louvain, Belgique.

L'abonnement est souscrit de janvier à décembre

Supplément au n° 86 de *Lumière et Vie*

Towards Reconciliation, London, S. P. C. K. et The Epworth Press, 1967, 78 p., 6 s.

Rapport provisoire de la Commission mixte anglicano-méthodiste nommée en 1965 pour préparer, sur la base d'un rapport antérieur de 1963, les étapes du rapprochement entre l'Eglise d'Angleterre et l'Eglise méthodiste.

Paul WINNINGER, *Les diacres. Histoire et avenir du diaconat* (Coll. L'Eglise en son temps), Paris, Ed. du Centurion, 1967, 144 p., 10,50 f.

Henri DENIS et René SCHALLER, *Diacres dans le monde d'aujourd'hui* (Coll. La voix de l'Eglise 11), Lyon, Apostolat des éditions, 1967, 172 p., 6,50 f.

Au moment où le diaconat est en passe de retrouver sa place permanente dans la structure de l'Eglise catholique, ces deux livres, assez proches l'un de l'autre, sont spécialement d'actualité. Ils n'intéresseront pas seulement les futurs diacres mais tous les chrétiens, auxquels ils montreront, à la lumière de l'Ecriture, de l'histoire et des textes récents conciliaires et postconciliaires, quel est le rôle du diaconat.

J. PINTARD, *Marie dans l'Eglise divisée* (Coll. Epiphanie), Paris, Ed. du Cerf, 1968, 192 p., 12 f.

Marie, « mère de la réconciliation », n'a-t-elle pas un rôle à jouer dans la marche des chrétiens vers l'unité ? L'auteur répond positivement en mettant en valeur la vocation de la Vierge dans l'Eglise apostolique et la manière dont, au cours des siècles et dans les diverses confessions, les chrétiens l'ont comprise. Ce qu'il dit n'est pas faux du point de vue catholique, mais il ne convainc guère.

André FÉLIX, *Mer Morte,* Aix-en-Provence (16, rue Vendôme), 1968, 27 p.

Deux parties dans cette brochure : de brèves indications sur les manuscrits du désert de Juda, quelques conseils pour les voyageurs se rendant en Israël. De plus, des adresses d'organisations de pèlerinages.

Alfred LEROY, *Le grand schisme d'Angleterre (1533-1666),* (Coll. La barque de saint Pierre), Paris, Spes, 1967, 250 p., 15 f.

« La plus claire et la plus objective des synthèses sur une époque cruciale », dit le Prière d'insérer. Il s'agit plutôt d'une succession d'images d'Epinal qu'on s'étonne un peu de voir paraître en 1967.

Vingt-cinq psaumes. Traduction œcuménique et psautier liturgique (Cahiers de la traduction œcuménique de la Bible 2), Paris, Ed. du Cerf et Les bergers et les mages, 1968, 96 p., 7 f.

Ce petit volume œcuménique soumet à l'appréciation de tous les chrétiens deux textes français parallèles des vingt-cinq premiers psaumes : la traduction œcuménique, d'une part, et, d'autre part, une version préparée elle aussi par une équipe interconfessionnelle en vue de l'usage liturgique. Pourquoi deux traductions différentes ? Une double introduction l'explique. Souhaitons que les futurs usagers de ces textes répondent largement à la consultation qui leur est proposée.

Les prêtres. Formation. Ministère et vie (Unam Sanctam 68), Paris, Ed. du Cerf, 1968, 400 p., 33 f.

Dans une collection dont l'éloge n'est plus à faire, voici le texte, la traduction et l'ample commentaire des décrets conciliaires *Presbyterorum ordinis* et *Optatam totius*. L'ensemble du volume a été rédigé sous la direction de J. Frisque et Y. Congar. Il est préfacé par Mgr Marty. Les collaborateurs sont, outre les deux directeurs, H. Denis, C. Wiéner, P. Colin, J. Lécuyer, H. Le Sourd, A. Weers et E. Marcus.

Harvey Cox, *La cité séculière* (Cahiers de l'actualité religieuse 23), Tournai-Paris, Casterman, 1968, 288 p., 19,50 f.

Traduction française d'un ouvrage du théologien baptiste de Harvard dont la parution en 1965 a été considérée à juste raison comme un événement. Une Note liminaire du P. A. Léonard situe H. Cox parmi les théologiens radicaux des Etats-Unis.

Le Gérant : M.-R. BEAUPÈRE
Imprimerie Artistique P. Jacques, Aix-les-Bains (Savoie)
Dépôt légal : 1er trimestre 1968

LVMIÈRE ET VIE

REVUE DE FORMATION DOCTRINALE CHRÉTIENNE

publiée cinq fois par an
par un groupe de dominicains

COMITE DE DIRECTION

René Beaupère, *directeur*

Claude Besseyrias
Martin Allègre, Marie-François Berrouard, Réginald Cren.
Christian Duquoc, Régis-Claude Gerest, Jean-Yves Jolif,
René Luquet, François Sanson, Yves-Bernard Trémel

CONDITIONS D'ABONNEMENT

Les abonnements sont d'un an. Ils partent tous du 1er janvier

France : 21 francs. Abonnements de soutien : 30 francs
Lumière et Vie, C.C.P. : Lyon 3038.78

Belgique et Luxembourg : 330 francs belges
La Pensée catholique, 40, avenue de la Renaissance.
Bruxelles, C. C. P. 1291.52

Pays-Bas : H. Coebergh, 74, Gedempte Oude Gracht, Haarlem
C. C. P. : 85843

Italie : 4000 lires
Pia Societa San Paolo, 8, via Pio Decimo, Rome
C. C. P. : 1.18976

Canada et U. S. A. · 7,50 dollars
Periodica, 5090, avenue Papineau, Montréal 34

Suisse : 26 francs suisses
Columban Frund, 8, rue du Botzet, Fribourg
C. C. P. : IIa 1975

Autres pays : 30 francs
Lumière et Vie, C.C.P. : Lyon 3038-78

*
* *

Changements d'adresse : prière de joindre à l'ancienne bande 3 timbres de 0,30 f.

Toute la correspondance, tous les ouvrages à recenser doivent être envoyés impersonnellement à

LVMIÈRE ET VIE - 2, Place Gailleton, LYON 2e

Tél. 37-49-82 — C.C.P. Lyon 3038.78

LVMIÈRE ET VIE

Cahiers disponibles

8. *Crise de la morale* .. 2,50 f.
11. *La fin du monde est-elle pour demain ?*. 4,00 f.
19. *Chrétiens séparés devant l'œcuménisme* 2,50 f.
24 *De l'immortalité de l'âme* ..... 2,50 f.
28. *Où en est le communisme français ?* .. 2,50 f.
32. *Suicide et euthanasie* 2,50 f.
33. *Réflexions sur le miracle* ..... 2,50 f.
34. *L'évolution humaine* 2,50 f.
35. *Transmission de la foi et catéchèse* ..... 4,00 f.
37. *Israël* ..... 3,00 f.
38. *La guerre* ..... 3,00 f.
39. *L'argent, I* ..... 3,00 f.
40. *Aspects du protestantisme* ..... 3,00 f.
41. *L'espérance* ..... 3,50 f.
42. *L'argent II* ..... 3,50 f.
43. *Conception chrétienne de la femme* ..... 3,50 f.
44. *Amour de Dieu, amour des hommes* 3,50 f.
45. *Le Concile œcuménique* ..... 3,50 f.
46. *La prédication* ..... 3,50 f.
47. *La conversion* ..... 3,50 f.
48. *Création et créature* 3,50 f
49. *Autorité et pouvoir* 3,50 f.
50 *Vivre dans le monde* 3,50 f.
51. *La confirmation* .... 3,50 f.
52. *Le ciel* ..... 3,50 f.
53. *La tentation* ..... 3,50 f.
54. *Cinéma et vie chrétienne* ..... 3,50 f.
55. *Les Eglises d'Orient* 4,00 f.
56. *Marie et le salut du monde* ..... 4,00 f.
57. *Le Christ-Roi* ..... 4,00 f.
58. *Jour de fête, jour d'ennui* ..... 4,00 f.
59. *Concile et réforme dans l'Eglise* ..... 4,00 f.
60. *L'amour et le temps* 4,00 f
61. *Liberté du chrétien* 5,00 f.
62. *Jésus, fils de l'homme* 4,00 f.
63. *Laïcs et mission de l'Eglise, I* ..... 4,00 f
64. *La communion anglicane* ..... 4,00 f.
65. *Laïcs et mission de l'Eglise, II* ..... 4,00 f
66. *Dieu se tait* ..... 4,00 f.
67. *L'Esprit et les Eglises* 4,00 f.
68. *La mort* ..... 4,00 f
69. *La liberté religieuse* 5,00 f
70. *Sacrement de pénitence* ..... 5,00 f.
71. *Théologiens et mission de l'Eglise* ... 5,00 f.
72. *Christ, notre Pâque* .. 5,00 f.
73. *L'Eglise et le monde* 5,00 f.
74. *Après le Concile, I* .. 5,00 f.
75. *La prière* ..... 5,00 f.
76-77. *Les prêtres* ..... 9,00 f.
78. *Satan* ..... 5,00 f.
79. *Le pèlerinage* ..... 5,00 f.
80. *Christianisme et religions* ..... 6,00 f.
81. *Exigences du renouveau liturgique* .. 6,00 f.
82. *Le mariage* ..... 6,00 f
83. *Communion des saints* 6,00 f
84. *Eucharistie et unité*.. 6,00 f
85. *Les pauvres* ..... 6,00 f.
86. *Les malades* ..... 6,00 f.

Cahiers à paraître

87. *Il est descendu aux enfers*
88. *Le langage et la foi*

Prix indiqués valables pour la France et la Communauté
Pour l'étranger, les majorer de 0,50 f.

PRIX : France, **6,00** f.
Etranger, **6,50** f.