



HAL
open science

Guérison, délivrance et sida : les femmes et la 'maladie de Dieu' dans les Eglises pentecôtistes africaines

Sandra Fancello

► **To cite this version:**

Sandra Fancello. Guérison, délivrance et sida : les femmes et la 'maladie de Dieu' dans les Eglises pentecôtistes africaines. *Sciences Sociales et Santé*, 2007, 25 (4), pp.5-34. halshs-00183343

HAL Id: halshs-00183343

<https://shs.hal.science/halshs-00183343>

Submitted on 2 Oct 2008

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Guérison, délivrance et sida : les femmes et la « maladie de Dieu » dans les Églises pentecôtistes africaines

Sandra Fancello*

Résumé. Le phénomène global de la « délivrance » qui accompagne l'explosion des pentecôtismes ouest-africains depuis le début des années quatre-vingt-dix a contribué à placer la demande de guérison au centre des itinéraires de conversion. Cependant, la posture de certaines Églises pentecôtistes en Afrique de l'Ouest, pour le moins ambivalente, pousse les malades à se diriger vers les « guérisseurs » les plus réputés qui, sur le modèle des ministères de prière, n'hésitent pas à s'inscrire dans un créneau laissé vacant par les Églises, affirmant que leurs prières guérissent « *toutes les maladies* », y compris le sida. Si les nombreux travaux sur le sida font état de la stigmatisation des femmes, la place des Églises pentecôtistes dans les itinéraires de guérison a moins souvent retenu l'attention. Cette contribution tente de clarifier les modalités atypiques sous lesquelles cette maladie est désignée et comment les catégories chrétiennes de la sorcellerie et de la guérison divine attribuent à la femme le rôle principal dans les représentations sociales et magiques de la maladie.

Mots-clés : *guérison, délivrance, sida, femmes, pentecôtisme.*

* Sandra Fancello, anthropologue, Centre d'Études des Mondes Africains (CEMAF-CNRS), Centre Malher, 9, rue Malher, 75004 Paris, France ; sandra.fancello@wanadoo.fr

Le phénomène global de la « délivrance », qui accompagne l'explosion des pentecôtismes ouest-africains depuis le début des années quatre-vingt-dix, a contribué à placer la demande de guérison au centre des itinéraires de conversion. Cette pratique d'exorcisme des « mauvais esprits », considérés comme responsables de la maladie, repose sur une vision dichotomique du monde perçu comme le terrain d'affrontement de la puissance divine contre les forces du Mal. Cette perception du rapport à la maladie, aux autres et au monde, s'appuie sur une série de « représentations persécutives » (1) à partir desquelles le fidèle se pense en proie aux puissances maléfiques dans tous les instants de sa vie et la délivrance se présente alors comme une libération de la souffrance et du Mal. Dans ce contexte, l'épidémie du sida, une maladie qui « *ne se nomme pas* », considérée tour à tour comme une punition divine, la « maladie de Dieu », ou comme la manifestation d'un envoûtement, vient bousculer les catégories de la guérison divine dans les Églises pentecôtistes. En effet, si les pasteurs ne nient pas la possibilité d'une guérison miraculeuse du sida, ils intègrent rarement cette maladie dans le panel de la guérison divine. Parallèlement, la délivrance mobilise des catégories proches de la sorcellerie faisant de la femme le vecteur de la puissance maléfique, un phénomène qui s'accroît avec l'épidémie du sida. Si les nombreux travaux sur le sida font état de la stigmatisation des femmes, comme le résultat d'un malentendu entre les catégories locales de la maladie et les slogans de prévention, mais aussi de l'héritage combiné des catégories religieuses, traditionnelles et chrétiennes, la place des Églises pentecôtistes dans les itinéraires de consultation et la quête de guérison des malades a moins souvent retenu l'attention. À l'inverse, pour l'anthropologue qui travaille sur ces Églises, le sida, qui n'est pas l'objet premier, est une réalité qui s'impose à lui, notamment au travers des séances de délivrance individuelle ou collective, de guérison miraculeuse, voire d'exorcisme. Il paraît inévitable, dans cette posture inattendue, de prendre en compte les modalités atypiques sous lesquelles cette maladie est désignée, voire combattue, en tentant d'éviter autant que possible les pièges de la « *psychologie spontanée* » des anthropologues » (Fay, 1998 : 297).

(1) Sur ce lien classique entre sorcellerie et représentatives persécutives, voir Ortigues et Ortigues (1966 : 225).

Pasteurs et prophètes face au sida

Contrairement aux Églises congolaises qui affirment clairement leur capacité à guérir le sida par des « *plantes révélées* » (Tonda, 1998 : 634), la posture des Églises pentecôtistes en Afrique de l'Ouest (2) ne s'oppose pas formellement à la possibilité d'une guérison miraculeuse du sida. Simplement, cette question n'est jamais évoquée et la maladie rarement nommée. On pourrait penser à une réticence bien compréhensible des Églises à considérer qu'une guérison miraculeuse du sida soit possible comme elle l'est pour d'autres maladies, de peur d'être rapidement démenties. Mais cette raison ne suffirait pas à expliquer la frilosité des Églises vis-à-vis du sida, car les autres « guérisons miraculeuses » ne font l'objet d'aucune preuve médicale qui permettrait de les démentir et il n'y a pas de raison de penser qu'une guérison du sida suscite plus de scepticisme. Aucun récit recueilli ne relate le cas d'un malade du sida en phase terminale ayant vu sa maladie régresser ou disparaître. Dans le meilleur des cas, on peut entendre le récit concernant un malade du sida (en fait une personne à laquelle on avait annoncé sa séropositivité) qui a vu son test « s'inverser » et devenir négatif. « *La maladie est partie* » dit-on alors, ou bien « *la chose s'est déplacée* ». La réticence des pasteurs et fidèles à évoquer la maladie du sida provient en partie du fait qu'il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible » et qui ne peut donc être abordée sans évoquer la sexualité. La souillure sexuelle à laquelle est associée la maladie du sida dans la représentation populaire en fait un sujet tabou qui n'est pas spécifique aux Églises, mais qui touche tous les esprits. À cela, il faut ajouter que, dans la perception chrétienne du sida, la première attitude des Églises fut d'assimiler la maladie à une punition divine (« *le salaire du péché, c'est la mort* », Romains 6 : 23 ; « *l'âme qui pêche est celle qui mourra* », Ézéchiel 18 : 4), condamnant ainsi les malades à subir leur sort, juste châtiment pour leurs péchés — une approche chrétienne du sida qui se retrouve dans certaines Églises néopentecôtistes en Afrique de l'Est (Dilger, 2007 : 69). Cette représentation de la maladie a longtemps conforté la posture des Églises vis-à-vis des malades du sida : non pris en charge, stigmatisés, voire rejetés. Ce rejet n'est certes pas spécifique aux Églises. Il se produit

(2) Nos enquêtes, réalisées à partir d'entretiens auprès de fidèles et de pasteurs, se situent au Burkina Faso, en Côte-d'Ivoire ainsi qu'au Ghana entre 1999 et 2004, principalement au sein de l'Église de Pentecôte ainsi que, à titre comparatif, l'Église des Assemblées de Dieu et l'Église apostolique. Ces missions ont été effectuées dans le cadre de l'Unité de recherche 107 de l'Institut de recherche pour le développement (IRD).

aussi bien dans l'environnement familial et social, en milieu rural comme en milieu urbain.

Depuis peu cependant, quelques Églises chrétiennes semblent s'être investies dans la lutte contre le sida, en organisant, parfois avec le soutien d'ONG évangéliques (3), des campagnes d'information et de prévention, dans les villages et les temples urbains des capitales. L'Église de Pentecôte, qui s'est longtemps maintenue à l'écart de ces initiatives, commence à faire évoluer son discours vis-à-vis des malades. Notons que la naissance de la *Church of Pentecost* du Ghana est elle-même liée au débat sur la guérison divine. Cette Église est en partie le résultat de l'affiliation du jeune Ghanéen Peter Anim avec l'*Apostolic Church* (Bradford) auprès de laquelle Anim sollicita l'envoi d'un missionnaire en *Gold Coast*. La collaboration entre Anim et le missionnaire écossais, James McKeown, prit fin à la suite du départ d'Anim qui, influencé par le fondamentalisme américain, condamnait le recours à la médecine au profit de la prière de guérison (imposition des mains) (4). La croyance en la guérison divine est inscrite dans la constitution de l'Église qui comporte également cette recommandation prudente : « *Nous croyons que la guérison des maladies est accordée au peuple de Dieu dans la souffrance expiatoire du Christ. Cependant, l'Église ne s'oppose pas à la sollicitation de l'aide de médecins compétents* » (5).

Au sein du réseau transnational que représente aujourd'hui cette Église, les mesures et les modes d'investissement dans la lutte contre le sida varient d'un pays à l'autre. Au Ghana, la *Church of Pentecost*, bien que considérée comme la première Église pentecôtiste du pays, ne se distingue pas par ses interventions en matière de prévention ou de prise en charge de la maladie. Dans beaucoup de pays africains, le mutisme des Églises va de pair avec celui des États, même si, depuis peu, certaines ont choisi de se positionner en tant qu'acteur social, en occupant les espaces laissés vacants par les États et dont la santé n'est pas des moindres. Tandis que, au Burkina Faso, l'Église de Pentecôte, comme les Assemblées de Dieu, la Mission apostolique ou l'Église apostolique (6),

(3) Nous nous attarderons uniquement sur la posture des Églises pentecôtistes en tant qu'institutions religieuses et non pas celle des nombreuses associations ou ONG évangéliques qui œuvrent à la prévention et à la prise en charge des malades. Notre analyse se situe du point de vue de la production du discours religieux par les Églises pentecôtistes, qui détermine en partie les stratégies d'acteurs, des fidèles, des guérisseurs, autant que des pasteurs de terrain.

(4) Pour une analyse détaillée, voir Fancello (2006).

(5) Art. 1.10 de la Constitution amendée de l'Église de Pentecôte, document non daté, p. 3.

semblent encore en retrait, l'Église de Pentecôte de Côte-d'Ivoire, soutenue par une ONG américaine, *The Balm in Gilead* (7), a engagé une campagne de sensibilisation dans ses assemblées. Au cours de l'année 2002, cette ONG américaine a signé un accord de partenariat avec trois Églises ivoiriennes : l'Église catholique (Caritas), l'Église méthodiste (hôpital protestant de Dabou) et l'Église de Pentecôte. Les musulmans ne semblent pas avoir conclu d'accord, même si l'on note la présence d'un représentant musulman, l'imam Cissé Djiguiba (8), à la signature du partenariat. Cette initiative fait suite au sommet des dirigeants religieux de la diaspora africaine qui s'est tenu à Tarrytown (New York) (9). Le partenariat conclu vise, dans un premier temps, la formation des *leaders* religieux afin qu'ils soient en mesure d'informer les fidèles sur les modes de contamination et de transmission de la maladie, de les inciter à se protéger et à vaincre leurs préjugés sur la maladie afin de lutter contre la stigmatisation des malades.

(6) Au Burkina Faso, ces Églises sont en partie issues de dissidences successives survenues depuis les années cinquante au sein des Assemblées de Dieu, la première Église pentecôtiste de ce pays dont l'implantation par les missionnaires américains remonte aux années vingt. Leur histoire respective les relie également au Ghana par les liens noués avec les missionnaires américains et britanniques, ainsi qu'à la Côte-d'Ivoire par le biais de la migration burkinabé (Fancello, 2006). Dans des Églises de la même mouvance, ces dissidences « créatrices » tiennent davantage à des conflits de *leader-ship* qu'à des différends d'ordre théologique.

(7) Le nom de l'ONG est une référence au passage Jérémie 8 : 22 : « *N'y a-t-il point de baume en Galaad ? N'y a-t-il point de médecin ? Pourquoi donc la guérison de la fille de mon peuple ne s'opère-t-elle pas ?* ». *The Balm in Gilead* est une ONG fondée en 1989 par l'américaine Pernessia C. Seele, considérée comme une pionnière dans la mobilisation des Églises noires américaines, puis africaines, dans la lutte contre le sida. Depuis 1989, elle organise chaque année une semaine de prière des Églises noires pour la guérison du sida (*The Black Church Week of Prayer for the Healing of AIDS*). Cette organisation étend aujourd'hui ses programmes par le biais de partenariats dans la « diaspora africaine » (Caraïbes, Afrique, États-Unis). En Afrique, ce partenariat regroupe les Églises de Côte-d'Ivoire, du Kenya, du Nigeria, de l'Afrique du Sud, du Zimbabwe et de la Tanzanie. La Côte-d'Ivoire est le seul pays francophone par lequel est passé la délégation de *The Balm in Gilead*. Cette exception fut justifiée par le fait que la Côte-d'Ivoire est l'un des pays où l'épidémie du sida est la plus meurtrière.

(8) « *"The Balm in Gilead" en croisade africaine* », *L'inter* du 11 avril 2002.

(9) « *Des Africains-Américains tendent la main à la Côte-d'Ivoire* », *Fraternité Matin* du 11 avril 2002.

Le secrétaire général de l'Église de Pentecôte de Côte-d'Ivoire, aujourd'hui pasteur principal de l'assemblée de Koumassi à Abidjan, représente l'Église de Pentecôte dans le partenariat qui l'associe à l'ONG américaine. Pour illustrer cet engagement, il se rendit lui-même dans plusieurs temples de la capitale dans le but de mobiliser l'attention des fidèles, prêchant partout la protection de soi et la tolérance à l'égard des malades, dénonçant le rejet familial dont ils sont souvent victimes : « *une attitude qui n'est pas chrétienne (...) cette attitude accélère la mort du malade* », explique-t-il, tandis que, pour d'autres, partisans du silence, à l'inverse, c'est l'annonce de la maladie qui « *précipite la mort* » (Tonda, 2002 : 156). Ce discours visant à corriger la stigmatisation dont sont victimes les malades du sida rejoint l'idée de la responsabilité collective véhiculée dans les campagnes de prévention que décrit Mary à partir du Gabon : « *le jugement des hommes n'a pas à se substituer au jugement de Dieu et, en un mot, la marginalisation des victimes serait contraire au message biblique* » (Mary, 2000 : 163). Afin de faire connaître l'initiative des Églises ivoiriennes et le soutien de l'ONG américaine, ce jeune pasteur participa à une émission radiophonique sur « *Radio Femmes Solidarité* » destinée à sensibiliser plus particulièrement les jeunes femmes. À cette occasion, il commença par reconnaître que les Églises n'étaient pas suffisamment engagées dans la lutte contre le sida, au regard de l'audience dont elles disposent, multipliée par autant de temples à travers le pays. Il s'engagea à ce que l'Église de Pentecôte tente de « *atteindre son retard* » en multipliant efficacement les interventions auprès des fidèles. Lorsqu'on lui demanda d'exprimer publiquement (sur les ondes) les raisons qui ont longtemps maintenu l'Église de Pentecôte (et bien d'autres) dans le retrait face à l'expansion de l'épidémie, le pasteur n'hésita pas à attribuer ce « retard » à la stigmatisation de la maladie, y compris de la part des responsables religieux, renvoyant ainsi les malades à leur propre sort. La contradiction que représente la contamination par le sida pour un chrétien qui vit dans le respect des préceptes chrétiens, c'est-à-dire l'abstinence avant le mariage et la fidélité dans le mariage, a long-temps contribué à la stigmatisation des malades du sida, les associant au péché d'adultère ou au « *libertinage sexuel* », selon l'expression des pasteurs. Ainsi, non seulement il fallait que l'Église admette la possibilité que des chrétiens aient pu contracter la maladie du sida, mais encore, qu'ils l'avaient contractée « *en péchant* », même si cela n'est pas toujours vrai, comme tente de l'expliquer le pasteur : « *Le sida n'est pas un péché, ça il faut qu'on se le dise une fois pour toutes. On peut contracter la maladie en péchant, mais la maladie elle-même n'est pas un péché (...) Même si la personne a péché, même si c'est une prostituée, nous avons le devoir de l'assister dans sa maladie.* »

Ainsi l'on peut distinguer la faute commise, et qu'éventuellement on pardonne, et le pécheur lui-même (10). Le sida n'est plus considéré comme un péché en soi, une malédiction qui perdure et qui se transmet, mais bien comme une maladie de laquelle on peut se protéger. À partir de cette perception, le sida peut entrer dans le panel des maladies « naturelles » et la guérison miraculeuse peut être envisagée, au même titre que pour d'autres maladies. Dans les représentations populaires mossi, un certain nombre de maladies, regroupées dans la catégorie *wënd-bägha* (lit. « maladie de Dieu », pl. *wënd-bäsè*) sont considérées comme des maladies de causes « naturelles », c'est-à-dire comme faisant partie intégrante de la création divine et de l'ordre du monde. Les épidémies peuvent être intégrées dans cette catégorie. Comme dans d'autres traditions africaines, telle que celle des Bisa décrite par Fainzang (1986), *Wènde* apparaît davantage comme un principe explicatif des choses qui échappent à l'interprétation sociale, que comme une catégorie strictement religieuse. De ce fait, les « *maladies de Woso* » et les *wënd-bäsè* s'inscrivent dans le champ des maladies « *naturelles* », contrairement aux « *maladies de génies* » qui renvoient à un principe de causalité tel que la sanction ou la persécution. Dans les catégories pentecôtistes, ces maladies sont indistinctement attribuées au non respect des préceptes bibliques. Ainsi, l'interprétation de l'expression « *maladie de Dieu* » varie selon son univers linguistique. Mais les *wënd-bäsè* comptent aussi certaines « *maladies de femmes* » (*pug-bäsè*), parmi lesquelles le sida, et qui, dans la perception pentecôtiste, sont attribuées aux « *esprits de la famille* » et associées à la sorcellerie. La maladie n'est donc pas distincte de la possession ni la guérison de l'exorcisme.

Dans l'Église de Pentecôte, comme dans certaines Églises chrétiennes congolaises, émerge progressivement l'idée qu'une maladie créée par Dieu pourrait être guérie par Dieu lui-même (Gruénais, 1999 : 260). Au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire, comme au Ghana, certains responsables religieux commencent à avancer l'idée qu'une guérison miraculeuse du sida n'est pas exclue. Cependant, et contrairement à ce que décrit Gruénais concernant le Congo, les mêmes responsables cherchent à tempérer cette affirmation en reportant sur le recours à la médecine les moyens de soulagement des symptômes, à défaut de guérison. Un pasteur de la *Church of Pentecost* du Ghana, responsable du Comité des mariages, nous avouait : « *Nous pensons que Dieu peut*

(10) Idée selon laquelle on condamne le péché mais on sauve le pécheur : il n'est plus voué à la mort comme dans Rom. 6 : 23 : « *le salaire du péché c'est la mort* » ; ou, comme l'explique Hertz, « *Le pardon est une destruction de la faute sans destruction du coupable* » (Hertz, 1988 : 56).

guérir le sida, mais nous recommandons aux fidèles de consulter des médecins ». Le miracle n'exclut donc pas les soins. Mis au pied du mur par l'animateur de radio, le pasteur ivoirien réaffirme sa confiance dans le miracle de la guérison divine et se réfère aux témoignages qui sont donnés sur la radio chrétienne ivoirienne *Fréquence Vie* ou dans les temples de l'Église. Mais la guérison miraculeuse dont témoignent certains malades pose le problème du droit à la guérison : si les chrétiens sont guéris par la compassion de Dieu à leur égard, qu'en est-il des fidèles d'autres religions (animistes et musulmans, par exemple) exposés à la même mortalité ? Quand bien même les chrétiens échapperaient à la mort par la grâce divine, leur dieu n'est-il pas assez miséricordieux pour sauver les autres de la disparité ? À l'inverse, ne serait-ce pas là le moyen d'amener les non-chrétiens à la conversion par cette excellente preuve de son pouvoir divin ? Ces questions furent posées au pasteur par l'animateur de radio, lui-même chrétien, sous une forme moins développée mais qui comportait tous les aspects de la problématique soulevée par la guérison divine telle que les pentecôtistes la mettent en avant.

Une fois le miracle de la guérison relativisé, la discussion s'oriente logiquement vers les moyens de prévention et de protection contre le sida. Le pasteur n'échappe pas à la question qui soulève le plus de controverses dans les Églises chrétiennes, y compris pentecôtistes, et sur laquelle l'Église de Pentecôte est parmi les plus rigides : l'usage du préservatif. Là encore, la contradiction à laquelle ce type de protection confronte les Églises fut longtemps une limite à l'acceptation de ce recours. En effet, pour les Églises, un bon chrétien, c'est-à-dire respectueux des règles de la sexualité chrétienne, n'a nul besoin de recourir au préservatif et n'est pas exposé à la contamination par le sida. Ainsi, les Églises se sont longtemps et formellement opposées à cette pratique, en s'alignant sur la posture catholique, considérant les chrétiens comme une « *population à "non-risque"* » (Gruénais, 1999 : 265).

D'une certaine manière, le pasteur réaffirme la posture des Églises vis-à-vis des campagnes de prévention qui mettent à la disposition des personnes tous les moyens de protection possibles, sans tenir compte de leur appartenance religieuse. Mais il ne va pas jusqu'à confirmer le refus catégorique du recours au préservatif. Il veut afficher, cette fois, une posture de modération et de compromis. Notons tout de même les hésitations du pasteur lorsqu'il s'agit d'évoquer la possibilité d'une infidélité dans le couple chrétien : « *Quand on parle de préservatifs, cela signifie déjà que ce ne sont pas des relations très claires. Parce que lorsque vous êtes mariés (...) vous n'avez pas besoin de préservatifs. Maintenant, là où il pourrait y avoir une ouverture pour le préservatif, ça c'est mon avis, c'est que peut-être, il peut arriver qu'il y ait eu*

une infidélité quelque part... oui, c'est possible ! (...) L'idéal est que cela n'arrive pas ! Mais cela pourrait arriver. Et si, dans le dépistage, il est clair que le monsieur est atteint..., bon disons, l'un des deux est atteint et que l'autre n'est pas encore atteint, il pourrait peut-être alors y avoir là une ouverture pour le préservatif. »

Les possibilités d'usage du préservatif envisagées par le discours du pasteur intègrent, dans une certaine mesure, des réalités sociales que les Églises se refusaient jusque là de considérer et correspondent à un élargissement du champ des possibles que plusieurs Églises semblent avoir opéré dans leur discours. Le changement majeur consiste à dissocier le recours au préservatif du vagabondage sexuel précédant (ou s'effectuant pendant) le mariage, un amalgame longtemps véhiculé par les messages de prévention en Afrique et qui contribue au malentendu entre les représentations de la maladie et de la sexualité (Vidal, 2000 : 266). Le pasteur en arrive même à envisager d'autoriser l'usage du préservatif pour les prostituées. Du moment qu'on ne peut leur faire changer de pratiques dans l'immédiat et en attendant de les convaincre par l'annonce de la « Bonne nouvelle », il convient de les inciter à se protéger, d'abord pour elles-mêmes : *« L'Église s'adresse au monde entier. Nous sommes appelés à aller prêcher la Bonne nouvelle au monde entier. Donc, nous devons, par exemple, prêcher la Bonne nouvelle aux prostituées. Je ne peux pas me présenter devant une prostituée aujourd'hui et commencer à lui parler d'abstinence ! Donc, il faut peut-être d'abord la sortir de là où elle est. Et là où le message de l'Église va plus loin c'est que, le préservatif, d'accord pour la prostituée, mais il faut lui dire que Dieu ne l'a pas créée pour être prostituée ! Dieu a un plan meilleur que ça pour elle ! Et c'est là que le travail de suivi est très important. »*

À travers l'incitation à la protection contre la maladie, ces Églises partenaires semblent avoir saisi l'occasion qui leur est offerte de lancer un appel à certaines catégories de la population (prostituées, célibataires, homosexuels) en réaffirmant la nécessité, devant le risque de mort que représente la contamination par le sida, de se ranger dans le genre de vie moralement ordonnée qu'illustre le mariage chrétien. Le péché révélé par la contamination ne justifie plus la mort du pécheur et offre aux Églises un nouveau créneau d'action. Cette posture, qui est le fruit d'une longue évolution interne et qui n'engage que l'Église de Pentecôte de Côte-d'Ivoire, contraste avec ce que nous avons pu observer au Burkina Faso ou au Ghana où les dirigeants de l'Église se refusent à admettre l'usage du

préservatif (11). Ceux d'entre eux avec lesquels nous avons pu nous entretenir de ces questions n'envisagent que peu de cas compatibles avec l'usage du préservatif comme protection. Si le mariage chrétien a ses règles, la contamination des fidèles et même de pasteurs, a forcé l'Église à admettre que les chrétiens ne sont pas infaillibles et que leurs pratiques sexuelles les exposent autant que d'autres à la maladie. Sur ce point, il faut reconnaître que l'information sur la contamination de certains pasteurs, toutes Églises confondues, a joué un rôle déterminant sur la levée du tabou qui pesait sur les pratiques sexuelles des fidèles. Non seulement, il fut admis que certain(e)s jeunes converti(e)s, ayant entamé leur vie sexuelle avant leur conversion et sans être marié(e)s, pouvaient être contaminé(e)s au moment de leur conversion et donc au moment de leur mariage pentecôtiste, mais il fut également admis que l'adultère n'existe pas moins dans les couples pentecôtistes que chez les autres, même chez les pasteurs supposés être des exemples vivants de moralité.

Prévention et contrôle communautaire

À partir de ces concessions au discours de la prévention dans les milieux chrétiens, plusieurs aspects de la lutte contre le sida sont apparus, sans pour autant simplifier le problème. Concernant les fidèles qui avaient une vie sexuelle avant leur conversion et sans être marié(e)s, l'Église propose que les candidats au mariage pentecôtiste (12) acceptent de se soumettre à un test de dépistage afin que celui des deux qui pourrait avoir été contaminé dans sa vie antérieure ne mette pas en danger la vie de son conjoint et, au cas où ce dernier le serait également, éviter la surcontamination des conjoints. Dans le cas où l'un des conjoints serait contaminé, l'Église elle-même ne s'opposerait pas au mariage mais

(11) Notons que l'Église de Pentecôte du Ghana, aujourd'hui implantée dans une vingtaine de pays africains, se pense comme une Église « indigène » attachée à ses postures rigoristes illustrées par une gestion autoritaire des assemblées, la division sexuelle dans l'espace du temple, le port du foulard pour les femmes, l'usage des langues vernaculaires comme langue liturgique et un contrôle social et communautaire fort. À l'inverse, l'Église des Assemblées de Dieu, héritée de l'œuvre des missionnaires américains, s'est illustrée très tôt dans la lutte pour l'émancipation des femmes, le mariage par consentement mutuel et le libre choix du conjoint, le refus du mariage et du remariage coutumier, etc. (Laurent, 1999 ; 2003).

(12) Au sein de la *Church of Pentecost*, le mariage ne peut unir que deux convertis (un « frère » et une « sœur » en Christ) dont le Comité des mariages cautionne la moralité.

permettrait à l'autre conjoint de revenir sur son engagement s'il le désire. L'usage du préservatif est alors admis dans le cas où le couple resterait engagé et afin de protéger celui des conjoints qui n'est pas contaminé.

Dans le but de faire accepter l'idée du test prénuptial, la *Church of Pentecost* du Ghana lança une première campagne en 1997 par le biais de sa revue *Pentecost Fire*, invitant les fidèles qui le désirent à se prononcer pour ou contre le test prénuptial en envoyant leur avis à la revue. Les réponses publiées sont toutes favorables au test pour les candidats au mariage, à l'exception de l'un des correspondants, un pasteur, qui considère que le choix du recours au test doit être laissé aux futurs conjoints qui sont libres de considérer les risques qu'ils encourent (13). Cette idée sou- lève un débat sur la place du mariage dans le plan divin qui suppose normalement que le conjoint idéal pour chacun est choisi par Dieu. Comment admettre alors que ce futur conjoint puisse être contaminé par le sida et qu'il mette ainsi en danger la vie de l'autre ? Faire le test avant de s'en- gager dans un mariage chrétien reviendrait alors à douter du plan divin et de la bienveillance de Dieu à l'égard des fidèles.

La posture de l'Église à l'égard du test prénuptial n'a pas été tranchée à l'issue de cette campagne et le débat fut relancé en 1999 à l'occasion du témoignage d'une fidèle relatant l'histoire de son frère mort du sida à la suite de son épouse qui l'avait contracté avant leur mariage. En l'absence de test, le mari était déjà contaminé lorsque fut fait le diagnostic annonçant la séropositivité de sa femme qui mourut moins de deux ans plus tard (14). À la suite de ce témoignage, la revue propose de relancer la campagne concernant le test prénuptial et appelle les fidèles à se prononcer sur la posture qu'ils aimeraient voir adoptée par l'Église. L'appel était ainsi rédigé : « *Should the Church of Pentecost demand HIV test notes from marriage candidates before approving of their marriages? Send your comments to the Editor* » (15).

Malgré les avis favorables dont disposait l'Église en 1997 et en 1999, le Comité des mariages n'avait pas encore tranché concernant le recours systématique au test avant le mariage et, en 2006, l'Église de Pentecôte n'a toujours pas adopté de posture officielle sur le sujet. C'est ce que nous explique le responsable du Comité des mariages (*Marriage Committee*) de la *Church of Pentecost* : « *L'Église conseille le test pré-*

(13) « *Should Christians Undergo Pre-marriage AIDS Tests?* » *Pentecost Fire*, 110, January-March 1997, p. 13-14.

(14) « *AIDS and the Innocent* » *Pentecost Fire*, 118, January-March 1999, p. 14.

(15) *Pentecost Fire*, 118, p. 14.

nuptial. Mais les futurs mariés ne sont pas obligés de le faire. Quand ils ne sont pas d'accord, on leur demande de signer un document qui prouve qu'on le leur a conseillé et qu'ils l'ont refusé. Et cela, aussi bien dans les villes que les villages. (...) Je ne vois pas pourquoi on obligerait les gens à faire un test qu'ils ne veulent pas faire. L'idéal serait que chacun accepte de le faire. Mais si les concernés refusent, ils assumeront » (16). Les membres du Comité des mariages chargés d'encadrer les démarches des futurs mariés doivent souvent faire face au refus de l'un des futurs conjoints. En effet, le recours au test pose souvent un problème à celui des deux qui a des raisons de penser qu'il pourrait être atteint ou qui aurait auparavant déclaré qu'il n'avait pas de vie sexuelle avant sa conversion ni avant son mariage. L'annonce d'une séropositivité compromettrait alors l'union. Pour maintenir son refus, il arrive que celui des deux qui entend refuser le test menace de rompre son engagement si l'on ne renonce pas à lui imposer le test. Il s'agit plus souvent de l'homme, qui a plus de moyens de pression par un simple refus que la femme qui, souvent, ne se risque pas à compromettre un projet de mariage en imposant le test à son futur mari. Selon le pasteur en charge du Comité des mariages, c'est elle, souvent, qui intercède auprès du pasteur pour qu'il renonce à soumettre le couple au test de dépistage si l'homme s'y oppose. Ainsi, l'Église ne parvient pas à imposer le test de dépistage du sida aux futurs mariés et l'apparition de la maladie dans le couple demeure possible. Lorsque la maladie apparaît au sein du couple, que le test ait été fait ou non avant le mariage, elle soulève le même problème : la contamination ne peut qu'être associée à un acte considéré comme un péché, c'est-à-dire, soit que l'un des futurs mariés a menti en déclarant qu'il n'avait pas eu d'expériences sexuelles avant son mariage, soit qu'il a eu d'autres relations en dehors du couple légal. Dans les deux cas, la maladie révèle une faute et pose problème aux dirigeants. Le sida devient une sorte d'ordalie, de révélateur de « fautes » qui auraient pu jusque là rester secrètes. La visibilité de la « faute » pèse le plus souvent sur le premier des conjoints qui révèle la maladie, l'autre étant considéré(e) comme une victime. Ainsi, la méconnaissance des risques de contamination et la stigmatisation sociale des malades amènent souvent les fidèles à refuser le test de dépistage afin de ne pas compromettre leurs projets.

Au Burkina Faso, une enquête récente menée au sein de l'Église des Assemblées de Dieu de Ouagadougou (Nambane-Mvele, 2003) pointe le manque d'information des pasteurs concernant l'épidémie du sida,

(16) Entretien réalisé par courrier électronique en septembre 2006.

l'attitude de rejet vis-à-vis des malades et l'attitude de l'Église qui « *redoute de prendre en charge les malades du sida* ». Parmi les fidèles interrogés, 60 % pensent que « *l'on ne parle pas assez du sida à l'église* ». La relative discrétion sur le sujet, de la part des fidèles comme des dirigeants, le refus du dépistage (près de 80 % des fidèles interrogés avouent n'avoir jamais eu recours à un test de dépistage) et parfois l'ignorance de la maladie par le malade lui-même, aboutissent à une situation où les pasteurs « *dans la majorité des cas, apprennent que des chrétiens étaient atteints lorsqu'ils sont en fin de vie* » (Nambane-Mvele, 2003 : 56). Ces données sont vraisemblables concernant l'Église de Pentecôte (17) qui affiche la même attitude mais pour laquelle nous ne disposons d'aucune donnée statistique. Dans cette Église, pas plus que dans les Assemblées de Dieu, « *aucun n'exige catégoriquement le test de dépistage avant le mariage. Il y a des pasteurs qui le suggèrent mais qui n'ont aucun pouvoir de décision dans le cas où les intéressés refuseraient* » (Nambane-Mvele, 2003 : 59). De plus, en l'absence de formation spécifique, notamment en milieu rural, certains pasteurs sont opposés au dépistage avant le mariage. D'autres, plutôt en milieu urbain, parviennent à faire pression auprès des jeunes couples en laissant entendre qu'ils refuseraient de célébrer le mariage en l'absence de test, comme l'explique Adama, jeune étudiant protestant : « *Aujourd'hui, si tu veux célébrer ton mariage à l'église, tant que les deux ne présentent pas leur test, le pasteur ne célèbre pas le mariage. C'est ce qu'ils ont exigé en ville. Au village, on célèbre toujours le mariage sans le test, mais en ville, (...) si tu refuses, on ne va pas célébrer ton mariage de toute façon, c'est exigé par l'Église. Mais dans la pratique, c'est différent.* »

Le pasteur Ouedraogo, de l'association Action sida des Assemblées de Dieu (ASAD) (18), dément que le test soit imposé : « *Il n'y a eu aucune décision à ce sujet, nous ne pouvons pas imposer le test pré-nuptial si l'Église, au niveau national, ne décide pas de l'imposer et ce n'est pas le cas* ». Nous voyons que, loin d'avoir évolué, la question du dépistage pré-nuptial illustre les oscillations et les contradictions des Églises pentecôtistes face au sida. Ces institutions religieuses nationales n'étant parvenues à fixer aucune règle en la matière, les postures sont extrêmement variables

(17) Cette série de constats fut mise en évidence par nos propres données recueillies sous forme d'entretiens aussi bien au Ghana, pays d'origine de l'Église où est centralisé le pouvoir décisionnel, que dans les pays francophones voisins où les pasteurs s'alignent sur la politique de l'Église centrale en matière de prévention : ils disposent en effet de peu de marge de manœuvre en matière d'initiatives sans l'accord du siège ghanéen de la *Church of Pentecost*.

(18) Créée en 2002 au Burkina Faso à l'initiative de l'Américaine Nancy Valnes.

et les familles ne peuvent pas compter sur l'autorité religieuse pour les orienter. Nambane-Mvele évoque le récit d'une fidèle relatant le cas d'une voisine dont la fille devait se marier sous peu : « *La mère demande à sa fille et à son futur beau-fils de faire des examens prénuptiaux (...) sa fille accepte mais le futur gendre refuse, il dit que si sa future belle-mère insiste, il ne se mariera pas avec sa fille ! À l'église, personne n'a réagi. Moi j'ai dit à cette dame, "si tu acceptes, tu assassines ta fille !"* » (Nambane-Mvele, 2003 : 71)

Le refus du jeune homme indique le plus souvent une incertitude sur sa vie sexuelle avant les fiançailles. En cas de doute, il est plus simple de faire pression sur la belle-famille afin de l'amener à renoncer à ce test car, au terme des négociations qui ont abouti au mariage, il est toujours plus difficile pour la famille de la jeune fille, et pour la jeune fille elle-même, de renoncer au mariage que de renoncer à l'exigence du test, même s'il est clair que le refus du jeune homme est un signe d'incertitude et donc de risque. Compte tenu du statut social de la femme, il n'est pas garanti que le test prénuptial contribue à réduire significativement la vulnérabilité spécifique des femmes, c'est-à-dire dans ce cas précis, à réduire le risque d'une exposition au virus. Car, même si le conjoint n'est pas atteint au moment du mariage, il n'est pas exclu qu'il contracte la maladie plus tard, avec d'autres partenaires et ne contamine son épouse, laquelle ne peut proposer l'usage du préservatif dans le cadre du mariage sans que soit attestée la maladie de son mari et même si elle sait qu'il a d'autres partenaires.

Lévirat et sida : le sort de la « femme-piège »

La question du dépistage avant le mariage est encore plus problématique lorsqu'il s'agit de remariage, notamment le remariage d'une femme après la mort de son mari. Lorsque le mari est mort du sida, la contamination de ses épouses est théoriquement envisageable. Si le remariage d'une telle femme est potentiellement dangereux, il est pourtant fréquent, notamment en milieu rural. Il arrive que les femmes qui refusent un tel remariage, pour diverses raisons, fuient leur famille et se réfugient dans la conversion pentecôtiste. Dans ce contexte, la conversion prend un sens particulier pour ces femmes et l'apparition de la maladie achève de lui donner un caractère spécifique, toujours étroitement lié à une demande de guérison ou, à tout le moins, de prise en charge. L'association ASAD recueille principalement des veuves contaminées qui, face au rejet dont elles sont l'objet, y compris au sein de leur famille, se tournent vers l'Église. Quand ces veuves ne sont pas

chrétiennes, elles se tournent vers une Église pentecôtiste après avoir épuisé les autres recours thérapeutiques et les réseaux de solidarité. Pour le pasteur Ouedraogo, la situation des femmes contaminées se résume à deux mots : « *rejet et stigmatisation* ». « *On les accuse même parfois d'avoir tué leur mari !* », complète le pasteur. C'est le cas de nombreuses femmes que nous avons rencontrées à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, dont Asseitou et Mariam, toutes deux Mossi, qui ont appris leur contamination suite au décès de leur mari. Quand elles suspectent la maladie de leur mari, certaines femmes, comme Mariam, se refusent à toute relation sexuelle avec leur époux, mais il est souvent déjà trop tard pour elles, et parfois même pour l'enfant à naître. Toutes deux ont perdu un enfant en bas âge peu de temps après que la maladie se soit déclarée chez la mère qui était, semble-t-il, déjà contaminée. Rejetées par la famille du mari qui les tient pour responsables, elles se tournent vers le pasteur de leur assemblée qui les oriente vers le groupe des femmes. « *Quand on dit qu'un homme est décédé, et qu'il y a sa femme, pour qu'elle ait un mari encore, c'est difficile. Si quelqu'un meurt aujourd'hui et laisse sa femme, les gens vont chercher encore plus à savoir avant de s'engager (...)* Elle risque de rester sans mari, et même si elle a un mari, ce sera quelqu'un qui n'a pas l'information concernant le décès de son mari. »

La rumeur suffit parfois à sceller le destin d'une femme : « *Il suffit que quelqu'un dise qu'il est mort du sida et voilà* » complète un pasteur des Assemblées de Dieu de Bobo-Dioulasso. Les Églises pentecôtistes étant opposées au mariage et au remariage coutumiers (19), elles sont perçues comme refuge pour les femmes qui désirent fuir un mariage imposé. Le soutien ciblé des Églises pentecôtistes à l'égard des femmes trouve son fondement dans les lois qui régissent les unions matrimoniales en milieu mossi. La société mossi étant patrilignagère et gérontocratique, ce sont souvent les chefs de lignage ou de famille qui font le choix des unions matrimoniales. Ainsi, dans le cadre d'un mariage coutumier, une femme est supposée accepter un mari qu'elle n'a pas choisi. Le mariage ainsi conclu résulte davantage d'une alliance

(19) Au Burkina Faso, l'Église des Assemblées de Dieu est, parmi les groupes pentecôtistes, celui qui s'oppose le plus violemment aux mariages et remariages coutumiers (Laurent, 1999, 2003). De manière générale, les Églises pentecôtistes en Afrique ne considèrent pas le mariage coutumier comme valide et incitent leurs fidèles unis par un tel mariage avant leur conversion, à se (re)marrer légitimement au sein de l'Église, du moins pour les couples monogames. Les cas de conversion de polygames, pour le moins problématiques du fait que les Églises chrétiennes refusent le divorce et la répudiation des épouses autant que la polygamie, n'entrent pas dans ce cas de figure.

entre deux lignages que du choix des conjoints. Bien que le mariage coutumier ait considérablement évolué, au point qu'il en existe de multiples formes intégrant parfois même le désir des conjoints, il rencontre quelques oppositions, notamment dans les groupes pentecôtistes qui lui préfèrent le mariage par consentement mutuel. Une femme qui voudrait fuir un mari imposé trouve une issue dans la conversion pentecôtiste. Les Églises sont en principe opposées au lévirat : cette pratique, bien qu'elle constitue une forme de sécurité pour la veuve, surtout en milieu rural, est associée à la polygamie. Le lévirat est une forme traditionnelle de redistribution des épouses d'un mari défunt parmi ses frères cadets (de *welghé da-bogho*, partager les biens entre les héritiers). Cette pratique est largement remise en cause par les pentecôtistes, notamment les Assemblées de Dieu qui, prônant la liberté individuelle et le libre choix du conjoint, n'admettent de mariage que par consentement mutuel. Bien que le lévirat relève davantage d'un droit que d'un devoir et qu'une femme puisse théoriquement le refuser, le statut économique et social de la femme ne lui permet pas d'éviter un remariage. La société mossi étant patrilinéaire, les enfants d'une femme appartiennent à la famille de son mari. De même, en cas de veuvage, aucun des biens de son mari ne lui revient en héritage. De plus, une fois passée la période de deuil, une femme veuve qui ne se remarie pas est immédiatement stigmatisée. La religion pentecôtiste se présente donc comme un refuge possible pour les femmes qui désirent fuir un remariage.

Le lévirat est considéré, y compris par certains médecins africains mais aussi par les pasteurs, comme une pratique qui accroît la progression de l'épidémie par la contamination du frère cadet, de ses femmes et de leurs enfants à naître. Au Burkina Faso, plusieurs associations féministes s'opposent au lévirat, à la fois en prônant la liberté individuelle des femmes et en dénonçant la propagation de la maladie par cette pratique. Actuellement, une femme qui survit à son mari est immédiatement soupçonnée d'être atteinte de la maladie. Étant admis que la maladie est communiquée par la femme, celle-ci est souvent rejetée par les frères cadets de son défunt mari. Répudiée, elle ne peut même pas se réfugier dans sa propre famille. De même que l'irruption de la maladie chez un homme au retour d'une période de migration en Côte-d'Ivoire éveille la suspicion de l'entourage (Taverne, 1997), la veuve non remariée est immédiatement stigmatisée sous l'appellation *pugh-bedgo* « femme-piège », qui désigne la femme comme responsable de la contamination et de la mort de son mari. L'expression *pugh-bedgo* entre, tout comme le sida, dans la catégorie des « maladies de femmes » (*pugh-bāsè*), et désigne « une maladie qui affecte les hommes à la suite d'un rapport sexuel avec une femme qui a été l'objet, par son époux et à son insu, de pratiques magiques destinées à rendre malades ses éventuels

amants » (Egrot et Taverne, 2003 : 226). Cependant, Taverne précise que, dans le contexte de l'épidémie du sida, cette expression « *dépasse la seule référence à l'acte sexuel ; il s'agit d'une désignation précise des femmes en tant que responsables de la transmission même s'il est bien connu qu'un homme malade peut contaminer une femme saine* » (Taverne, 1996 : 95). La « *femme-piège* » est une « *femme à risque* ». Les prostituées, par exemple, sont considérées comme des « *femmes-pièges* », de même que les veuves. Cette forme de stigmatisation n'est pas spécifique aux femmes mossi et la maladie du sida, entrée dans la catégorie des « *maladies de femmes* », accentue cette stigmatisation. Un cas similaire est évoqué par Le Palec qui explique comment, au Mali, le sida est progressivement perçu comme une « *maladie de femmes* », selon l'expression bambara « *Muso bana* » qui désigne les maladies vénériennes, insistant sur « *le côté contaminant des femmes* », *Muso bana* désigne « *les maladies que donnent les femmes* » (Le Palec, 1998 : 344).

Dans ce contexte, une veuve trouve difficilement un autre époux. Taverne considère que, lorsque la règle du lévirat n'est pas appliquée, « *d'un point de vue épidémiologique, le réseau de diffusion est plus largement ouvert, il dépasse les limites d'une seule famille puisque les femmes sont remises dans le circuit des réseaux sexuels de la population générale* » (Taverne, 1996 : 89). Les femmes ainsi rejetées n'ont souvent d'autres destinations que la ville où elles risquent de multiplier les rencontres avant de se stabiliser et ainsi de « *contaminer un nombre de partenaires (également polygames) supérieur à ceux qui le seraient dans la famille à la suite du lévirat* ». Selon la structure patrilinéaire et patrilocale qui régit le mariage mossi, la femme mariée rejoint la famille de son époux. À la mort de celui-ci, « *sa femme est accusée d'avoir transmis la maladie à son époux, même si ce n'est pas justifié, mais comme c'est elle qui a quitté sa famille pour venir s'installer avec le mari et qu'on cherche toujours un bouc émissaire, c'est facilement elle, l'accusée* » explique Adama.

Bien que le mariage par consentement mutuel soit la seule forme d'union légale et autorisée par le Code des personnes et de la famille entré en application en 1990, les autres formes de mariage héritées du droit coutumier et notamment le mariage par don et le lévirat, n'ont pas disparu et sont encore celles qui ont cours le plus souvent en milieu rural. En milieu urbain, l'exclusion et la stigmatisation des *sida-pagha* « *femme-sida* », le modèle occidental et le discours en faveur de la liberté individuelle véhiculé, entre autres, par les mouvements pentecôtistes, attirent les jeunes gens qui fuient un mariage coutumier et les veuves répudiées. Si leur arrivée en ville n'est pas déjà le fait de l'intervention d'un pasteur, ils ne tardent pas à rencontrer des fidèles pour les guider vers une communauté pentecôtiste (20).

Une fidèle de l'Église de Pentecôte du quartier Tanghin à Ouagadougou nous a relaté un épisode de sa vie qui évoque implicitement la question du lévirat face au sida. Originnaire du Ghana, elle arrive au Burkina Faso avec son mari déjà gravement malade. Sans ressources, et son mari étant dans l'incapacité de travailler, Clara fait diverses sortes de métiers pour subsister — dont la prostitution occasionnelle n'est pas exclue (21) — et pour aider au rétablissement de son mari. Un jour, une jeune fidèle lui suggère de demander l'aide des pasteurs. Ces derniers ont juste le temps de baptiser le mari avant sa mort et Clara se convertit presque immédiatement : « *Quand je suis venue ici, j'avais un mari qui était malade bāgha (...) Et quand mon mari est tombé malade (plus gravement), la femme a dit de l'amener à l'Église, qu'ils vont prier pour lui et j'ai profité de cette occasion pour entrer (kyè) et mon mari aussi. (...) Mon mari est mort juste après avoir été baptisé.* »

Clara ne dit pas de quoi son mari est mort (le terme *bāgha* étant une catégorie générique). Rien ne dit explicitement qu'il était atteint du sida. Cependant, le fait que Clara, qui ne semble pas avoir envisagé de se remarier, se convertisse alors que la mort de son mari est proche, et en opposition avec la famille de son mari, nous laisse penser qu'elle tentait d'échapper à la sphère d'influence familiale. De plus, il fallait une raison de force majeure pour inciter une femme à rompre ainsi avec la famille de son mari, à la mort de ce dernier, sachant que ses enfants demeureraient la propriété de la famille du mari.

(20) Les pentecôtistes, fidèles et pasteurs, sont investis d'une mission prosélyte qui les rend particulièrement attentifs à la détresse des autres, non par empathie — même si elle n'est pas exclue — mais par stratégie missionnaire. Les individus solitaires en milieu urbain constituent des catégories de personnes pour lesquelles l'offre et la demande se trouvent réciproquement justifiées.

(21) Clara ne dit pas précisément de quels « métiers » il s'agissait, mais lorsque, évoquant sa conversion, le pardon des péchés antérieurs et sa « libération », je lui demande, comme à d'autres fidèles, d'énumérer ces « péchés », elle répond : « *quand je ne connaissais pas Dieu (da ka mi Wēnnaam) (avant la conversion), je cherchais la bagarre (ra mana zaba), je faisais du mal aux gens (mane neb wēnga), tu pouvais te donner aux hommes au hasard, tu pouvais voler, mais si tu vas vers Jésus, il te donne le pardon* ». Notons le passage de la première à la deuxième personne dans la phrase « *tu pouvais te donner aux hommes au hasard* » : Clara, évoquant des péchés personnels, ne sent pas la nécessité de dire cette phrase à la première personne, elle la dit comme si elle énumérait des exemples de péchés divers auxquels est soumis l'individu non converti. On pourrait donc penser que ce n'est pas spécialement le cas de Clara ; cependant, le regard de Clara, en prononçant ces mots, était éloquent.

Clara a donc du même coup abandonné ses enfants en rompant ainsi ses liens. Mais surtout, lorsqu'elle vivait à Tanghin, Clara présentait des symptômes qui laissaient penser que la maladie s'était déclarée. Lorsque nous l'avons retrouvée au cours de l'année 2000, elle avait été chassée de la maison qu'elle louait, sa maladie la maintenait alitée. Sa famille était réapparue et, lorsqu'elle mourut, le corps fut rapidement retiré de la vue du public, de ses amis et des fidèles de l'Église, dont la famille ne faisait pas partie. Rapidement enseveli et caché, son corps n'en devenait que plus suspect, d'autant plus que personne n'osait prononcer le nom de la maladie qui s'était lentement déclarée, l'avait lentement consumée. De plus, le refus de l'Église d'apporter assistance à Clara durant sa longue maladie soulève quelques interrogations, quand, dans le même temps, dans la même cour, une autre fidèle vit ses soins médicaux pris en charge par l'Église.

Lorsque nous l'avons rencontrée en 1999, Clara vivait avec un nouveau conjoint. Ce type d'union libre est condamnée par l'Église pour deux raisons : les conjoints n'étaient pas mariés et l'ami de Clara, qui était musulman, avait déjà une épouse demeurée au Bénin. Du point de vue de l'Église, qui n'accepte pas la polygamie ni la répudiation des épouses, la situation n'a pas d'autre issue que la séparation du couple. Mais Clara espérait et attendait que son ami accepte la conversion et l'épouse. Lui, qui n'entendait pas renoncer à sa première épouse avec laquelle il avait une petite fille, affirmait qu'il n'avait pas l'intention de se convertir mais qu'il était prêt à épouser son amie pentecôtiste. Sa religion ne le lui interdisait pas. En effet, en cas de mariage avec un musulman, il est admis que l'épouse, si elle n'est pas musulmane au départ, finit généralement par adopter la religion de son mari. De ce point de vue, la différence de religion n'empêche pas l'union du couple, dans un premier temps du moins. Mais aucun des deux conjoints n'était prêt à abandonner sa religion pour se conformer aux exigences de celle de l'autre.

Les moyens d'action des pasteurs envers le conjoint étant limités, leur intervention prend la forme d'une pression à l'égard de celui-ci pour obtenir sa conversion. Clara, quant à elle, avait été « *suspendue* » des activités de l'Église. Seule la fréquentation des cultes et des réunions de prières lui était autorisée. De plus, en cas de maladie ou de problème personnel, elle ne peut compter sur le soutien de l'Église qu'à condition de régulariser sa situation conjugale. Le fait que cette fidèle ait probablement choisi la conversion pentecôtiste pour échapper à une situation socialement intenable pour finalement en reproduire une autre ne rend pas sa situation « *stigmatisante* ». Étant « *sous couvert* » de l'Église de Pentecôte, sa mise à l'index se limite au cercle clos de la communauté pentecôtiste et ne va pas encore jusqu'à l'exclusion.

Les fidèles et voisins de Clara résolurent de tenter régulièrement de la convaincre de renoncer à cette relation plutôt que de l'exclure du groupe. Dans son refus, Clara ne soupçonnait pas qu'elle renonçait implicitement à tout secours de la part de l'Église. Car ce secours est conditionnel et soumis au respect de règles qui régissent la communauté pentecôtiste et s'accompagne d'un contrôle social jusque dans la vie intime des fidèles : hors de l'Église, point de Salut, ni de guérison. La perception de la maladie du sida comme étroitement liée au péché demeure, dans bien des cas, l'une des limites de l'engagement des Églises auprès des fidèles.

Les croyants-guérisseurs : chasser « l'esprit du sida » (*sida siiga*)

Dans ce contexte d'absence réelle de lutte contre le sida, la posture de certaines Églises pentecôtistes en Afrique de l'Ouest, pour le moins ambivalente, pousse les malades à se diriger vers les « guérisseurs » les plus réputés et, parmi eux, les « *croyants-guérisseurs* » qui, sur le modèle des Ministères de prière, n'hésitent pas à s'inscrire sur un créneau laissé vacant par les Églises, affirmant que leurs prières guérissent « *toutes les maladies* », y compris le sida. Ces nouveaux acteurs, assimilables aux « *spécialistes non médicaux* » tels que les décrit Tonda (à l'exception du fait qu'ici il ne s'agit jamais de pasteurs), prennent le contre-pied des connaissances médicales scientifiques sur le sida, allant jusqu'à nier que le sida soit une maladie. Cette catégorie d'acteurs désignés sous l'appellation de « *croyants-guérisseurs* » (22) adopte une posture sur la guérison du sida qui les démarque nettement du discours officiel de leur Église. Les « *croyants-guérisseurs* » réputés pour leur « *pouvoir de guérison* » et parfois élevés au rang de « *prophète* » par les fidèles, sont des vecteurs de la puissance divine, comme l'explique Soubeiga : « *La prière, au nom de Jésus, procède d'un transfert de pouvoir, le Christ déléguant son pouvoir et sa capacité de guérison à quiconque le sollicite* » (23) (Soubeiga, 1999 : 120).

(22) L'expression est de Laurent (1999 ; 2003) qui définit le « *croyant-guérisseur* » comme « *un fidèle ayant reçu de l'Esprit-Saint le don de guérison, auquel s'ajoute fréquemment, selon les cas, le don de discernement, le don de parler en langues (...), les dons de puissance, d'interprétation et de prophétie* » et trouve « *plus approprié de les nommer croyant-guérisseur, en möré, wënnam no-rësa (l'interprète de Dieu) ou wënnam tum-tuumda (celui qui fait le travail de Dieu)* » (Laurent, 2003 : 312).

La guérison divine est étroitement associée à la délivrance par le biais de la lutte contre les génies, esprits et démons considérés comme responsables des maux physiques et « *spirituels* » ainsi que de la « *maladie* », même si cette notion est restreinte à une série limitée des maux les plus fréquemment évoqués, comme la stérilité des femmes, la « *folie* » ou certaines manifestations physiques spectaculaires assimilées à l'épilepsie. Contrairement aux « *travailleurs de Dieu* » décrits par Tonda dans le contexte du Congo et du Gabon et « *qui sont des lettrés d'un niveau moyen largement au dessus des nganga (les guérisseurs traditionnels)* » (Tonda, 2002 : 158), les « *croyants-guérisseurs* », que nous avons rencontrés au Burkina Faso, en Côte-d'Ivoire et au Ghana, sont en général d'un niveau d'instruction minimal, souvent illettrés. Mais, au contraire des « *travailleurs de Dieu* », ce ne sont jamais des pasteurs, ces derniers, plus orthodoxes, n'occupant pas — à peu d'exceptions près, on l'a vu —, le créneau de la guérison du sida. Au Burkina Faso, l'évangéliste Emmanuel Sawadogo fait partie de ces « *croyants-guérisseurs* » qui changent la donne et n'hésitent pas à intégrer le sida parmi les maladies « *que Dieu peut guérir* » et à parler du sida comme résultant de l'intervention d'un esprit, « *l'esprit du sida* » (*sida siiga*) : « *La maladie du sida n'est pas une maladie naturelle. C'est un esprit ! (ya siiga !) Quand l'esprit entre en toi, l'esprit va te travailler. Puisque les savants sont arrivés jusque là où il y a les pygmées, ils ont vu que même ceux qui sont cachés dans la forêt ont le sida alors qu'ils n'ont pas de relations sexuelles ! Même jusque dans les bas-fonds de Centrafrique, ceux qui sont dans la forêt équatoriale, ils ont le sida. Donc, c'est un esprit, la maladie du sida que tu vois comme ça. C'est un esprit qui est derrière la maladie. C'est pourquoi on n'arrive pas à soigner la maladie. Mais dans la prière, Dieu les guérit (...) Tu fais l'examen, on dit que tu es séropositif, tu viens, on prie pour toi, une fois, deux fois. Tu repars, on te refait l'examen, et tu es séronégatif. La maladie est partie.* »

Le sida étant perçu ici comme un « *esprit* » et la maladie comme le résultat « *d'un sort qu'on vous lance* », les croyants-guérisseurs assimilent le sida aux catégories de la sorcellerie. On trouve également ce type de transfert dans certaines Églises néo-pentecôtistes en Tanzanie au sein desquelles le sida endosse la figure du diable et des mauvais esprits (Dilger, 2007 : 67). Pour Emmanuel, « *l'esprit du sida* » peut aussi être associé à

(23) L'auteur se réfère, entre autre, au verset : « *En mon nom, ils chasseront les démons (...) ils imposeront les mains aux malades et les malades seront guéris* » (Marc, 16 : 17-18).

« *l'esprit d'adultère* » (*yoob'siiga*) (24). Dans ce contexte, le discours de la délivrance, qui se traduit aussi par une division des rôles sexuels, se nourrit d'une représentation spécifique de la femme dans l'imaginaire pentecôtiste qui en fait le vecteur de la puissance sorcellaire. Cette représentation de la femme dans les schèmes explicatifs du malheur puise non seulement dans les catégories chrétiennes du Mal (le péché originel), mais aussi dans l'imaginaire sorcellaire qui voit dans la femme la « *mère dévorante* », la grand-mère jalouse, la rancunière, la sorcière. Aujourd'hui, l'épidémie du sida et la stigmatisation de la femme comme responsable de la transmission contribuent à renforcer les représentations ambivalentes de la femme (voir Fancello, 2005).

L'amalgame entre sida et adultère, fruit de l'articulation entre les représentations populaires de la maladie et des messages véhiculés par les programmes de prévention, est perceptible dans d'autres langues, comme dans l'expression bambara *jeneya* qui désigne les relations hors mariage et, par extension, la prostitution (Le Palec, 1998 : 345). Notons que, dans la société mossi, la notion de fidélité « *recouvre un domaine beaucoup plus large que celui de la sexualité et s'applique à l'ensemble du comportement social* » (Taverne, 1997 : 519), ce qui n'est pas l'exacte équivalence de la notion chrétienne de fidélité. Cependant, dans la mesure où, pour un chrétien, les relations sexuelles pré-nuptiales sont théoriquement exclues, de même que les relations extraconjugales, il n'est pas aisé d'expliquer que certains fidèles aient été contaminés par le sida. De même, chaque Église a eu à gérer des cas de sida chez les pasteurs, ce qui est encore plus difficile à expliquer autrement que par un manquement aux règles chrétiennes de la sexualité (abstinence et fidélité).

(24) Notons que le terme *yoobo* ne signifie pas strictement « adultère » mais évoque une relation homme/femme non condamnée dans le droit coutumier. Les missionnaires ont fait du terme *yoobo* la traduction d'adultère, voire de « *luxure, fornication* » pour Alexandre (1953 : 476). L'infidélité, telle qu'elle est définie dans le mariage mossi, peut être traduite, entre autre, par l'expression *pu-lika*, (lit. « *ventre obscur* ») qui désigne la déloyauté, l'hypocrisie ou la fourberie, tandis que la fidélité s'exprime par l'expression *pu-pelem* (lit. « *ventre blanc* » ; « *blancheur de l'intérieur* ») qui renvoie à la loyauté, la franchise, la sincérité. Dans les composantes de la personne mossi, le ventre *pugha* est le siège de la conscience morale (Poulet, 1970 : 52).

Ainsi, lors du grand rassemblement baptisé le « Jeûne d'Esther » (25), le « prophète » Emmanuel met en garde les pasteurs contre « *l'esprit du sida* » associé à « *l'esprit d'adultère* » qui « *travaillent ensemble* » pour « *contaminer l'Église* » (comprendre : la communauté des chrétiens). La vulnérabilité des chrétiens face à l'épidémie est un argument souvent évoqué par les *leaders* pour justifier leur engagement dans la prévention (26). Au cours du « Jeûne d'Esther », l'évangéliste sollicita l'intervention d'un médecin pentecôtiste rattaché au Centre médical protestant de Ouagadougou, afin d'expliquer aux fidèles réunis les modes de transmission du sida et les moyens de s'en protéger. Mais le discours tenu par le médecin contrastait sensiblement avec les termes de l'évangéliste qui l'avait précédé. Ce dernier venait de consacrer plusieurs prières collectives à la guérison des malades du sida, à l'évacuation du sida « *hors du Burkina Faso* » et à l'éradication de « *l'esprit de sida* » décrit comme la cause de la maladie. L'intervention du médecin protestant consistait plu- tôt à expliquer en quoi le sida est strictement une maladie. S'en est suivie une présentation des moyens de prévention ainsi que des symptômes qui permettent de supposer qu'une personne est atteinte du sida. Le télescopage entre le point de vue médical et l'option religieuse surgit dans le dis- cours même du médecin lorsque celui-ci évoque les moyens de protection contre la maladie pour dire, en substance, qu'il n'y en a pas. En effet, selon lui, le préservatif n'est pas un moyen efficace de protection contre la maladie : « *Puisqu'il ne suffit même pas à empêcher les grossesses, comment voulez-vous qu'il empêche la contamination par le sida ?* » dit- il, s'adressant à l'assemblée (27). L'évacuation du préservatif comme moyen de

(25) Organisé depuis plusieurs années, le « Jeûne d'Esther » est un rassemblement de prière qui se veut interdénominationnel. Ce rassemblement, qui avait lieu jusque là dans le temple des Assemblées de Dieu à Tanghin, fut organisé en septembre 2003 à la Maison du Peuple, dans le centre ville de Ouagadougou. La « *guérison des malades* » y est encadrée par la cellule *zaabr-tumtumba* (lit. « *les ouvriers de la dernière heure* ») fondée par le prophète Emmanuel.

(26) C'est également le cas de l'Église catholique au Burkina Faso : « *le sida est un mal qui affecte sérieusement les communautés (chrétiennes). "Les personnes qui vivent avec le VIH/sida sont souvent des fils de l'Église. Leurs soucis constituent aussi ceux des responsables de l'Église. C'est à ce titre qu'elle est concernée"* » a noté le responsable des moyens de communication du diocèse de Koupèla » (Sidwaya, n°4744, 30 avril au 1^{er} mai 2003, p. 13).

(27) De nombreuses associations en Afrique de l'Ouest condamnent régulièrement la posture des Églises vis-à-vis de l'usage du préservatif (voir le journal burkinabé *L'Observateur Paalga* du 8 septembre 2003).

prévention contre le sida permet de retomber sur la conception « chrétienne » selon laquelle, compte tenu de l'épidémie du sida, il est doublement recommandé aux chrétiens de se « protéger » par l'abstinence avant le mariage et la fidélité dans le couple. Au cours d'un entretien personnel avec le médecin, nous sommes revenue sur ses propos. Celui-ci explique l'intervention limitée des Églises dans la lutte contre l'épidémie, et le fait qu'aucun médecin ne soit sollicité pour faire l'instruction des fidèles sur les moyens de prévention, par la crainte de voir révélées des vérités scientifiques trop dérangeantes car les catégories chrétiennes imposent que soient occultées un certain nombre d'informations : « *Les Églises ont peur de quelque chose, explique-t-il, parce que si je vais parler de préservatifs, ça va les déranger* ». Pour résoudre ce dilemme et combler le vide de la non-intervention dans la sphère chrétienne, le médecin cède à l'impératif de l'abstinence en déclarant publiquement le préservatif non efficace ou « *pas totalement efficace* ». Lors de notre entretien, il persiste sur ce point, affirmant que : « *Avec le climat qui n'est pas favorable, la température, tout ça, ça détériore et les conditions de conservation ne sont pas idéales, et puis il y a des qualités diverses et c'est pas facile d'accès* ». Mettant l'accent sur les risques encourus par la diffusion de ce discours, ce médecin protestant avoue s'être résolu à passer un accord de compromis avec certains *leaders* religieux afin de diffuser un message de vigilance, adapté aux valeurs chrétiennes : « *Dans le milieu chrétien, on met l'accent sur l'abstinence, on essaie de décourager les gens (...) C'est imprudent, je le reconnais, parce que l'abstinence et la fidélité sont des notions qu'on ne maîtrise pas (...) C'est sûr que ce qu'on dit n'est pas forcément juste, concernant le préservatif (...) C'est un couteau à double tranchant, parce qu'on veut, tout en restant scientifiques, être chrétiens, on veut les amener à se protéger du sida tout en restant de bons chrétiens.* »

Même si ce discours se démarque sensiblement du discours chrétien le plus rigide, puisque cela ne revient pas exactement à dire que les Églises pentecôtistes sont opposées à l'usage du préservatif, le fait de déclarer devant une foule de 4 000 personnes la non-efficacité du préservatif comme moyen de prévention contre le sida, comprend un risque majeur puisque toute protection devient inutile. Cette disqualification se retrouve dans l'opposition des fidèles à ce recours puisque Nambane-Mvele (2003) montre que, parmi les moyens de protection contre le sida classés par degré d'efficacité, l'usage du préservatif (59 %) arrive loin derrière l'abstinence (88 %), la fidélité (92 %) (p. 44) tandis que 65 % sont radicalement contre l'usage du préservatif (p. 63). Ces types de représentations témoignent de l'impact du discours chrétien prenant parfois le contre-pied du discours médical. La portée de cette stratégie du discours dépasse ici la question de la réticence à

l'usage du préservatif que nous avons déjà évoquée. Elle permet surtout de comprendre comment la demande de protection et de guérison débouche sur des séances de délivrance des démons, voire de « *l'esprit du sida* », dans un milieu où la croyance en la guérison divine atteint 98 % des interrogés (28) et où 30 % d'entre eux déclarent connaître un chrétien séropositif devenu séronégatif à la suite de prières (Nambane-Mvele, 2003 : 51). Comme nous l'avons vu dans le cas de l'Église de Pentecôte de Côte-d'Ivoire, certains pasteurs de l'Église de Pentecôte du Burkina Faso et de l'Église des Assemblées de Dieu considèrent que l'usage du préservatif est un moyen de protection utile dans certains cas. Outre le cas de couples dont l'un des conjoints est contaminé, certains admettent l'usage du préservatif pour les chrétiens « *non affermis* » et/ou les jeunes : « *Beaucoup de jeunes n'arrivent pas à pratiquer l'abstinence. Pour cela certains pensent que c'est la seule solution actuelle, les chrétiens non affermis dans leur foi doivent l'utiliser lors de leurs "dérapages"* » (Nambane-Mvele, 2003 : 64). Bien plus nombreux sont ceux qui pensent que « *le préservatif incite au péché* » quand il n'est pas diabolisé en tant que tel, comme le rapporte Tonda à propos du Congo où le préservatif assimilé par certaines Églises au « *démon d'impudicité* » est unanimement considéré par les chrétiens comme un « *instrument de débauche* » (Tonda, 2002 : 155). Ainsi, il semble qu'il n'y ait aucune unité de point de vue dans les Églises sinon que chacune présente « *le retour aux valeurs morales* » comme meilleure protection (Taverne, 1998) face à une maladie que certains assimilent à une maladie « *comportementale* », puisque « *le sida est le résultat du comportement humain...* » (Nambane-Mvele, 2003 : 69). C'est aussi la posture du pasteur Ouedraogo de l'association ASAD qui prône un retour à certaines valeurs traditionnelles : « *Il faut revaloriser certaines de nos valeurs culturelles, par exemple le fait que de jeunes fiancés n'ont pas le droit de s'approcher avant la célébration du mariage.* » Aujourd'hui, certains pasteurs semblent avoir adopté un discours beaucoup plus ouvert. Leurs interventions dans la presse qui leur donne régulièrement la parole témoignent de postures moins dogmatiques et plus réalistes sur la sexualité, d'autant plus qu'ils ne ciblent pas, en général, que les chrétiens. L'implication des Églises dans le domaine de la santé participe aussi d'une stratégie ouvrant la voie au prosélytisme.

(28) Ce qui rejoint nos propres données. En effet, rappelons que dans le milieu chrétien évangélique, la croyance en la guérison divine est un point de dogme à la base de la profession de foi de toutes les Églises dont nous parlons. Pour cette raison, les fidèles interrogés déclarent croire à la guérison divine, et cette croyance est alimentée par les témoignages publics de guérison au cours des cultes.

Conclusion

En Afrique, la quête de guérison est au centre de la conversion pentecôtiste. Du point de vue des pasteurs, la guérison est solidaire de la conversion, de même que seul le retour aux valeurs chrétiennes peut garantir la protection face à la « *maladie de Dieu* ». Pour les guérisseurs interrogés, qui témoignent tous de leur ouverture aux fidèles de toutes confessions sans exigence de conversion (Fancello, 2006), le sida se traite au même titre que les autres effets de la sorcellerie : par la prière et le miracle de la foi. Les guérisseurs « non médicaux », et plus spécifiquement chrétiens, tels que les décrivent Laurent (1999 ; 2003), Soubeiga (1999 : 112) ou Tonda (2002), sont plus enclins à établir un lien de causalité entre sida et sorcellerie : « *le sorcier peut “jeter le sida” et réussir chez quelqu’un qui n’a pas la foi* », rapporte Tonda (2002 : 156), une théorie de la maladie qui demeure, en Afrique, voisine de l’idée de la « *maladie de Dieu* » ou plus globalement des catégories chrétiennes (le Diable peut également donner le sida).

Les postures multiples des acteurs du pouvoir politique, traditionnel ou religieux face à l’épidémie du sida visent à définir des conduites sociales de positionnement, qui sont elles-mêmes évolutives, en réaffirmant plus ou moins fermement les valeurs morales conformes à chaque sphère de pouvoir, y compris le pouvoir magique de la guérison miraculeuse. Les femmes, unanimement considérées comme plus vulnérables face à l’épidémie — quand elles n’en sont pas le vecteur —, sont la cible privilégiée de toutes les initiatives de lutte contre la maladie, de même qu’elles constituent l’essentiel des effectifs de fidèles pentecôtistes et de la demande de guérison. Comme l’explique Vidal (2000 : 266), le concept de vulnérabilité spécifique des femmes, à la fois biologique et sociale, revêt plusieurs formes en fonction de son statut social (la dépendance des femmes à l’égard des hommes), des pressions dont elles sont l’objet (mariage, choix du conjoint, sexualité) dans leur environnement social et qui renvoient aussi à la nature du pouvoir décisionnel (familial), mais aussi de leur état de santé (contaminée ou pas), de leur lieu de vie (rural ou urbain) et de leur environnement social et familial. Pour Le Palec, « *la violence physique et symbolique contre les femmes est pour elles un facteur de fragilisation devant le sida* » (1998 : 360). Avec le temps, l’épidémie du sida apparaît aussi comme « *un puissant révélateur des tensions sociales* » dans la mesure où, « *autour du sida s’exprime une contestation des rapports sociaux de sexe* » (Le Palec, 1998 : 359), y compris dans la sphère chrétienne où le sida fournit une grille d’analyse des rapports à l’autre, le non converti.

Du désengagement, ou de la confusion, des Églises résulte cependant une forme d'appropriation du thème de la guérison du sida par les centres de prière tels que celui d'Emmanuel ou les camps de guérison de la *Church of Pentecost* au Ghana et en Côte-d'Ivoire. Entre l'impasse médicale et le repli, un peu facile, sur le discours moral chrétien, Emmanuel offre une solution magique. Le sida est une épreuve de vérité sur la frontière communautaire, ce qui définit « *nous et les autres* ». Ces acteurs, pourtant issus du pentecôtisme dit « classique », n'en sont pas moins influencés par un pentecôtisme « *plus populaire, plus radical (...) et qui est souvent plus exclusif, accentuant le fossé entre les convertis et ceux qui restent sous l'emprise des "démons de l'inconversion"* » (Mary, 2000 : 162). Lorsque Emmanuel prie pour « *jeter le sida hors du Burkina Faso* », il n'intègre pas « *les autres* », l'extérieur, le reste du monde.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALEXANDRE R.P., 1953, *La langue möré*, t. 1 et 2, Dakar, IFAN.
- DILGER H., 2007, "Healing the wounds of modernity: salvation, community and care in Neo-Pentecostal Church in Dar Es Salaam, Tanzania", *Journal of Religion in Africa*, "AIDS and Religious Practice in East Africa", 37, 1, pp.59-83.
- EGROT M., Taverne B., 2003, « La transmission sexuelle des maladies chez les Mossi. Rencontre des catégories nosologiques populaires et biomédicales dans le champ de la santé publique (Burkina Faso) », in Bonnet D., Jaffré Y. (éds.), *Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, pp.221-251.
- FAINZANG S., 1986, « *L'intérieur des choses* ». *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.
- FANCELLO S., 2005, « Pouvoirs et protection des femmes dans les Églises pentecôtistes africaines », *Revista de Estudos da Religião*, « Gender and Religion », in Rosado-Nunes M.-J., (éd.), *O Gênero Oculto nas Religiões II*, 3, pp.78-98.
- FANCELLO S., 2006, *Les aventuriers du pentecôtisme ghanéen. Nation, conversion et délivrance en Afrique de l'Ouest*, Paris, IRD-Karthala, coll. « Religions contemporaines ».
- FAY C., 1998, « Du 'culturel', de 'l'Universel' ou du 'social' ? Penser le sida et la prévention au Mali », in Becker C., Dozon J.P., Obbo C., Touré M., (éds.), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Codesria-Karthala-IRD, pp. 277-299.

- GRUENAI M.-E., 1999, « La religion préserve-t-elle du sida ? Des congrégations religieuses congolaises face à la pandémie de l'infection par le VIH », *Cahiers d'Études Africaines*, 154, pp.253-270.
- HERTZ R., 1988 (1922), *Le péché et l'expiation dans les sociétés primitives*, Les Cahiers de Gradhiva, 6, Paris, Jean Michel Place.
- LAURENT P.J., 1999, « L'Église des Assemblées de Dieu au Burkina Faso. Histoire, transitions et recompositions identitaires », *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 105, pp.71-97.
- LAURENT P.J., 2003, *Les pentecôtistes du Burkina Faso. Mariage, pouvoir, guérison*, Paris, IRD-Karthala.
- LE PALEC, A., 1998, « Le sida, une maladie de femmes », in Becker C., Dozon J.P., Obbo C., Touré M. (éds.), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Codesria-Karthala-IRD, pp.343-362.
- MARY A., 2000, « La violence symbolique de la Pentecôte gabonaise », in Corten A., Mary A. (éds.), *Imaginaires politiques et pentecôtismes (Afrique/Amérique latine)*, Paris, Karthala, pp. 143-163.
- NAMBANE-MVELE P., 2003, *Les Églises Évangéliques face au sida : le cas des Assemblées de Dieu de Ouagadougou*, Mémoire de maîtrise « Communication pour le développement », (sous la direction d'André Soubeiga), Université de Ouagadougou.
- ORTIGUES E., ORTIGUES M.C., 1966, *L'Édipe africain*, Paris, Plon.
- OUEDRAOGO C., 2003, « L'Église face au VIH/SIDA : les raisons d'un engagement », *Sidwaya*, 4744, 30 avril-1^{er} mai, p.13.
- POULET E., 1970, *Contribution à l'étude des composantes de la personne humaine chez les moose. Étude principalement lexicologique*, Ouagadougou, Ronéo.
- SAWADOGO A.Y., 2003, *Le sida autour de moi*, Paris, L'Harmattan.
- SOUBEIGA A., 1999, « Quête de guérison, conversion, évangélisation. Groupes charismatiques et Églises pentecôtistes face au Mal », in Otayek R., ed., *Dieu dans la cité. Dynamiques religieuses en milieu urbain ouagalais*, Bordeaux, CEAN, pp.111-128.
- TAVERNE B., 1996, « Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso », *Sciences Sociales et Santé*, 14, 2, pp. 87-106.
- TAVERNE B., 1997, Quelle prise en charge pour les malades séropositifs ou sidéens en milieu rural au Burkina Faso ?, *Cahiers Santé*, 7, 3, 177-186.
- TAVERNE B., 1998, « Valeurs morales et messages de prévention : la 'fidélité' contre le sida au Burkina Faso », in Becker C., Dozon J.P., Obbo C., Touré M., (éds.), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Codesria-Karthala-IRD, pp. 509-525.

TONDA J., 1998, « Les spécialistes non médicaux congolais et la connaissance scientifique du sida », in Becker C., Dozon J.P., Obbo C., Touré M., (éds.), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Codesria-Karthala-IRD, pp.631-644.

TONDA J., 2002, *La guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon)*, Paris, Karthala.

VIDAL L., 2000, *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*, Paris, Presses Universitaires de France.

ABSTRACT

Healing, deliverance and Aids : women and the “disease of God” in the African Pentecostals Churches The global phenomenon of the “deliverance” linked to the explosion of West-African Pentecostalism since the beginning of 1990s, contributed to place the healing inquiry at the centre of the conversion itineraries. However, the ambivalent position of certain Pentecostal Churches urges the sick to go to the healing-prophets who, modelling upon prayer ministries do not hesitate to rival with the Churches, asserting that their prayers can heal “all the diseases”, including Aids. If many studies about Aids mention the stigmatisation of the women, the place of the Pentecostal Churches in the healing itineraries has received less attention. This paper attempts to clarify the atypical methods under which this disease is designated and how the Christian categories of witchcraft and divine healing give women the principal role in social and magic representations of the disease.

RESUMEN

Curación, liberación y sida : las mujeres y la « enfermedad de Dios » en las iglesias pentecostales africanas El fenómeno global de « liberación » que acompaña la explosión de las iglesias pentecostales en Africa Occidental desde inicios de los años 1990, ha contribuido a que las peticiones de curación hagan parte de los itinerarios de conversión. Sin embargo, la postura de algunas iglesias de la región que es, por decir lo menos, ambivalente en ese sentido, lleva a los enfermos a consultar « curanderos » de prestigio. Estos últimos, basándose en el modelo de ministerios de oración, no dudan en entrar en un espacio que ha sido dejado libre por las iglesias, y afirman que sus oraciones « curan todas las enfermedades », incluyendo el sida. Pese a que numerosos trabajos acerca del sida tratan acerca de la estigmatización de las mujeres, el lugar que ocupan las iglesias pentecostales en los itinerarios de curación ha sido menos tomado en cuenta. La presente contribución intenta clarificar las modalidades atípicas con las que se designa esta enfermedad y cómo las categorías cristianas de la brujería y la curación le atribuyen a la mujer el papel protagónico en las representaciones sociales y mágicas de la enfermedad.