

Salut et sida

Commentaire

Laurent Vidal*

Le religieux est consubstantiel au sida, comme une évidence, serait-on tenté de dire : dès lors que l'on est en présence d'une maladie qui place au centre de ses interprétations la mort, le destin et la morale, comment pourrait-on en effet isoler son appréhension des rapports qu'elle entretient avec le religieux ? Effectuer ce constat soulève toutefois bien plus d'interrogations qu'il n'aide à saisir les ressorts des réponses individuelles et collectives au sida. Suivant le type de religion, la religiosité de l'individu (croyant, pratiquant) ou son accès au religieux (conversion, héritage), on conçoit sans peine que la confrontation au sida, en tant que menace ou atteinte effective, prendra des formes variables. Pour les appréhender, l'analyste dispose d'au moins quatre « entrées ». La première consiste à se pencher sur l'appropriation du sida par les églises, quelles qu'elles soient. Le propos est ici de repérer les références au sida dans les liturgies et les dogmes de manière à explorer les réponses proposées pour prévenir la maladie, en contenir les effets, voire la traiter — pour celles des religions qui investissent le domaine de la guérison. Vaste champ de recherche qui doit intégrer une autre donnée, la construction de la religion en miroir avec l'émergence du sida. En d'autres termes, il s'agit ici d'identifier dans quelle mesure les questions posées par le sida ont modelé les activités de la religion, à quel rythme et sur quels aspects. La seconde approche des liens entre

* Laurent Vidal, anthropologue, IRD, Unité de recherche « Socio-anthropologie de la santé », Dakar, Sénégal.

religion et sida revient à s'intéresser aux dimensions religieuses des prises en charge médicales de la maladie et de la souffrance et, ce faisant, à la « dialectique entre convocation médicale du sacré et convocation sacrée du médical » (Massé, 2002 : 8). Les médecines sont entendues ici dans leur plus grande diversité — traditionnelles ou néo-traditionnelles, alternatives ou académiques. Toutes portent, à des degrés certes variables, un message d'espoir, de compassion, une morale, non exempts de références religieuses. Celles-ci peuvent être explicites, chez le thérapeute qui associe son diagnostic et son traitement à l'intervention de divinités, ou plus diffuses, chez le médecin ou l'infirmier qui enjoignent la femme séropositive à ne pas avoir d'enfant ou demandent au jeune adulte d'être abstinent, moralisant in fine la relation thérapeutique et le message véhiculé dans des termes que ne renierait pas un religieux. Dans le prolongement de cette perspective, une troisième démarche — relativement peu prise en compte — s'attacherait à identifier les traces de référents religieux dans les discours (directives, textes, messages écrits et verbaux) de la santé publique sur le sida. À l'instar de ce que nous enseignent l'étude des discours médicaux, ces références religieuses se nichent dans des arguments et injonctions de ton et de nature moraux. Mais ils ne prennent leur entière signification, à l'analyse, que rapportés à l'état du débat sur le sida, au sein des instances religieuses du pays, à une période donnée, que ce soit pour les conforter ou les nuancer dans la perspective d'une gestion politique des questions religieuses soulevées par cette maladie. La quatrième optique, adoptée par A.-C. Bégot dans son texte, se tourne vers la personne infectée par le VIH. L'objectif est ici de relever les interprétations en termes religieux de la contamination (comme punition divine de comportements répréhensibles), tout autant que les regains de foi et de pratique religieuse engendrés par la révélation d'une sérologie positive pour le VIH.

Optique qui conduit A.-C. Bégot à explorer par quelles voies, et suivant quelles déclinaisons, la spiritualité — ou plus exactement la démarche spirituelle — permet la construction identitaire de personnes touchées par le VIH. Cela dans un contexte français, marqué comme dans nombre de pays occidentaux, par l'apparition de nouvelles formes de spiritualité, habituellement rangées sous l'appellation de NMR (« nouveaux mouvements religieux »). Des « formes du croire » inédites voient le jour et les travaux auxquels se réfère l'auteur soulignent le fait que la religiosité contemporaine se trouve notamment marquée par une autonomie croissante de l'individu à l'égard des « croyances et pratiques choisies », autonomie qu'A.-C. Bégot se garde de mettre en avant de façon exclusive. Elle insiste en effet sur la permanence du « poids du capital culturel » dans la relation établie par chacun avec la religion.

Elle décline ainsi ce lien dans trois configurations, selon que la personne infectée par le VIH opère une conversion à sa religion d'origine (abandonnée durant l'adolescence), maintient le lien avec sa religion ou s'inscrit en rupture avec celle-ci. Les premiers sont des homosexuels, d'origine catholique, les seconds des séropositifs africains, principalement des protestants évangéliques, et les troisièmes, des personnes issues de familles catholiques et qui s'investissent principalement dans les « nouveaux mouvements religieux ». Les premiers s'engagent, en particulier — mais pas uniquement — suite à la connaissance de leur statut sérologique, dans une entreprise de « normalisation » de leur vie sexuelle, professionnelle et familiale : ils développent alors moins de comportements à risque et renouent avec leur entourage familial. Si, ce faisant, ils retrouvent « amour et estime de soi », c'est au « prix » d'un réinvestissement dans leur catholicisme d'origine. De leur côté, les patients africains rencontrés vivent en général dans des situations de grande précarité, marquées par des difficultés financières importantes, voire l'absence de titre de séjour. Le référent religieux apparaît alors comme fondamentalement identitaire : moyen de maintenir le lien avec sa culture d'origine, et donc son pays où sont fréquemment restés des enfants, il s'exprime par une quête indissociablement spirituelle et thérapeutique. Enfin, un souci de « normalisation » caractérise les personnes du troisième groupe, à l'instar de celles du premier, mais avec une différence majeure dans leur parcours spirituel, liée à la rupture avec la religion d'origine et à la conversion à de nouvelles formes de spiritualité visant à « l'accomplissement et au perfectionnement de soi dans le domaine professionnel et/ou celui de la santé ».

Chez toutes ces personnes, l'infection par le VIH est fondamentalement une atteinte identitaire, entendue ici dans son sens le plus large, associant identités sexuelle, spirituelle et culturelle. Identités qui se trouvent recomposées, par des processus de retour à un « avant » existant ou idéalisé, mais aussi par des démarches d'abandon et de rupture. Le sida — sa connaissance et son expérience quotidienne — fonctionne ici comme un révélateur identitaire : révélateur à soi et aux autres. Cela étant rappelé, il nous semble indispensable de partir de cette inscription individuelle de l'identité pour interroger plus largement les liens entre l'émergence et la propagation du sida, d'une part, et les défis et crises identitaires, d'autre part, qui affectent la société dans son ensemble. Un déplacement du regard sur des situations africaines peut s'avérer à cet effet instructif. La Côte d'Ivoire y aurait alors valeur d'archétype de la rencontre de crises identitaire, économique et sanitaire. Nous avons là, en effet, un pays qui a connu successivement ou concomitamment — nous y reviendrons — une crise économique, autour de la baisse des cours de

matières premières pourvoyeuses d'une part essentielle des recettes de l'État, une crise sanitaire dont le parangon fut l'épidémie de sida (dès la fin des années quatre-vingt, près de 10 % de la population adulte était touchée) et une crise identitaire marquée par des discours et pratiques d'exclusion précédant et traversant la situation de guerre et de partition que connaît le pays depuis la fin 2002. Partant de l'énumération de ces trois abcès critiques, la tentation serait grande d'en proposer une lecture obéissant à un principe de causalité simple : le premier consisterait à dire que ces crises s'enchaînent dans l'ordre ici présenté (économique, puis sanitaire, puis identitaire) tout en s'expliquant l'une par l'autre, et le second serait de considérer que la religion a joué le rôle d'exutoire de ces tensions, soit, en d'autres termes, que l'émergence aujourd'hui remarquée d'églises, évangéliques ou plus spécifiquement africaines, est une conséquence directe des trois crises qui se seraient précédemment succédé. Une telle lecture mécanique des évolutions macro- et micro-sociales ne résiste néanmoins guère à l'analyse. Tout d'abord, on ne peut affirmer de manière univoque que l'épidémie de sida s'est exclusivement nourrie de la crise économique que vit la Côte d'Ivoire depuis plus de deux décennies ou, à l'inverse, qu'elle s'est contentée de l'alimenter. Les deux mouvements ont nettement opéré et non uniquement le premier, et l'argument chronologique ne tient guère : ce n'est pas parce que la crise économique (début des années quatre-vingt) a précédé la large épidémisation du sida (fin des années quatre-vingt) qu'elle en a été le moteur exclusif ni même principal. On pourrait, tout au contraire, remarquer que la période d'expansion économique autour de l'économie de plantations, entraînant d'importantes migrations masculines, une forte urbanisation et des processus de décomposition familiale, a pu créer les conditions de diffusion d'une infection sexuellement transmissible. Tuant de jeunes adultes, l'infection à VIH a, en retour, alimenté de nouvelles déstructurations familiales, paupérisant de nouvelles couches de la population et aggravant le délitement économique que vivaient déjà des pans de la société. L'économique et le sanitaire sont donc bien intriqués. Aucune relation de cause à effet univoque ni aucun enchaînement uniforme dans le temps ne permettent de rendre compte de leur dynamique. Un constat analogue peut être effectué au sujet de la crise identitaire que traverse le pays. « Traverser » est bien ici le mot si on l'entend dans ce qu'il figure exactement : une situation présente, diffuse, latente, que la société touche, parcourt, puis dépasse. À l'appui de cette représentation de la crise, nous noterons que le régime d'Houphouët-Boigny a plus canalisé (par la négociation ou la force, aboutissant dans les deux cas à se poser comme incarnation de « la Paix ») les tensions identitaires entre « autochtones » et « allogènes », Ivoiriens et étrangers, Baoulés et Bétés,

populations « du Sud » et « du Nord », qu'il ne les a ignorées sous prétexte qu'elles seraient inexistantes. Ici « l'ivoirité » a réellement opéré comme catalyseur de tensions existantes, les exacerbant dans un contexte où l'autorité politique du « Père de l'indépendance » n'était plus là pour les « traiter » et les contenir (Banégas et Losch, 2002 ; Dozon, 2000).

La question religieuse n'est pas sans lien avec ces quelques considérations sociopolitiques. Il serait, à cet égard, réducteur de réfléchir à ce lien en essayant seulement de comprendre comment les nouvelles formes du « croire » ont répondu à ces crises économique, sanitaire et identitaire. En effet, cette position de l'analyse intègre un pré-requis, largement discutable et aux implications multiples : l'effervescence religieuse — ne serait-ce que dans la sphère chrétienne (1) — découlerait de ces crises multiformes et constituerait une réponse spirituelle aux tragédies de la vie quotidienne, guerre, pauvreté et sida confondus. Soyons plus précis : le fait que des individus fréquentent ces églises pour trouver une réponse à leur désarroi et que des prédicateurs s'installent et prospèrent (y compris financièrement) pour y apporter des solutions (à tout le moins ressenties comme telles), est une réalité guère contestable : que ce mouvement de demande et d'offre de sacré ne puisse trouver ses déterminants que dans l'existence de telles périodes d'exacerbation des angoisses et de la souffrance — les unes et les autres bien réelles — demeure une appréhension du problème qui n'en épuise pas la complexité. En premier lieu, n'oublions pas que la Côte d'Ivoire, à l'instar d'autres pays côtiers de cette région de l'Afrique, est depuis fort longtemps, pour reprendre l'expression consacrée, un « creuset de religions » : islam, christianisme et religions dites traditionnelles s'y côtoient. Creuset en permanence alimenté par des influences qui, ces dernières décennies, se diversifient : églises évangéliques d'origine ouest-africaine mais aussi brésilienne ou américaine, hindouisme, bouddhisme ou taoïsme pour les religions orientales et wahhabisme pour l'islam. De toute évidence, ces mouvements religieux, et notamment ceux s'inscrivant dans les paradigmes chrétien et musulman, expriment aussi une crise de l'affiliation religieuse orthodoxe (catholicisme, protestantisme, islam sunnite) : que cette crise entre en résonance avec une crise des repères identitaires et un délitement économique du pays et des familles ne justifie pas que l'on occulte cette « raison religieuse » de l'implantation de nouvelles églises ou spiritualités. On serait alors tenté de soumettre à la réflexion l'idée

(1) À Abidjan, cela s'est traduit, ces dernières années, par l'apparition de multiples lieux de culte dans des bâtisses construites pour l'occasion ou réaffectées à cet usage, notamment d'anciennes salles de cinéma.

selon laquelle ce qui se donne à lire dans cette effervescence religieuse est aussi une crise du religieux — de sa représentation et de sa pratique « traditionnelles » — et non pas uniquement une crise de l'économique et du politique. En d'autres termes, ces phénomènes religieux ne consistent pas seulement des réponses à des interrogations, à des quêtes individuelles mettant en scène la maladie, la violence, l'intolérance, autant de crises traversées par la société, que les églises instituées échouent à elles seules, à prendre en charge : plus exactement, si elles arrivent in fine à remplir ce rôle, c'est par la médiation d'un renouvellement des formes de la croyance et de la pratique et, en particulier, du rapport à l'autorité religieuse et aux textes sacrés (2). Une première hypothèse est donc de penser l'éclosion de lieux de culte, comme une réponse à un complexe de crises — sociale, identitaire, thérapeutique mais aussi religieuse —, de sorte que le fidèle n'est pas attiré uniquement par l'innovation liturgique ou théologique, ni par la portée politique ou sociale des prêches, par exemple, mais bien plutôt par la conjonction en un même lieu de ces diverses exigences. La démarche vers ces églises des personnes infectées par le VIH que nous avons côtoyées en Côte d'Ivoire répond à ce souci de diversifier et de cumuler les « demandes » adressées à l'institution religieuse : à celles mentionnées précédemment, il convient naturellement d'ajouter la recherche d'un soulagement aux affections engendrées par le virus du sida. Une seconde piste de réflexion doit ici être ouverte, compte tenu de la somme d'interrogations générées chez l'individu séropositif : qu'il ignore être porteur du VIH, il n'en subira pas moins ses effets physiques, la succession d'affections, les dépenses en découlant, et ne manquera pas de s'interroger sur la nature de cette maladie récurrente, invalidante, cela au point d'avancer parfois des explications convoquant l'idée d'un acte de sorcellerie dont il serait victime ; qu'il se sache séropositif, cette dernière hypothèse demeurera possible, et s'y ajouteront le délicat travail sur l'information à délivrer à ses proches, les attitudes à adopter avec son conjoint, l'appréhension de sa vie affective à venir (avoir ou non des enfants, se marier ou non). Dans l'une ou l'autre situations, la place de l'individu dans le groupe se trouve bouleversée par cette maladie. De là, il nous paraît nécessaire de considérer que le recours à l'église n'échappe pas à ces tensions vécues par le malade : il ne va pas toujours « de soi », il ne représente pas — du

(2) Tonda, à partir de l'exemple congolais, a rencontré des thérapeutes, détenteurs du « pouvoir de l'écriture » car « possédant les Écritures saintes » et qui, de ce fait, peuvent « jouer sérieusement au médecin tout en s'opposant avec fermeté à la vérité de la connaissance scientifique du sida » (Tonda, 2002 : 155).

point de vue même des individus — la solution définitive. Il représente bien plus prosaïquement une étape, un moment, susceptible d'être remis en cause, dans un processus où l'individu reste fondamentalement soucieux de répondre à ses souffrances et à ses questionnements, de quelque nature qu'ils soient, tout en ménageant sa place dans le groupe (familial, amical, professionnel).

Voyons ce que nous apprend à cet égard la vie de malades du sida en Côte d'Ivoire au début des années quatre-vingt-dix. Le pays se trouvait à la croisée des chemins tracés par les crises précédemment évoquées : le sida frappait déjà durement l'ensemble de la population, aussi bien en ville qu'en milieu rural ; le « miracle ivoirien » économique faisait partie du passé et le « miracle politique » de l'houphouétisme était largement ébranlé, avec l'instauration contrainte du multipartisme et les manifestations de rue s'en prenant — sacrilège ! — au pouvoir du « Vieux », le taxant de « voleur » (Contamin et al., 1997 ; Dozon, 1995). C'est dans ce contexte que nous avons mené nos premiers travaux auprès de malades du sida, par le biais notamment d'un suivi, étalé sur plusieurs mois, de leur existence quotidienne (Vidal, 1996). Existence marquée par une double quête — de soins pour traiter les affections qui se succèdent, de sens pour comprendre l'origine mais aussi la nature de cette maladie, les mots « sida » et « séropositivité » étant encore fréquemment tus par les médecins chargés d'informer la personne des résultats du test, effectué à son insu, dans le cadre plus général d'une prise en charge de la tuberculose. Soins et sens que nombre de malades ont trouvés dans les églises, selon les modalités explorées par A.-C. Bégot : retour vers une église jusqu'alors délaissée, intégration des questions posées par la maladie à sa pratique religieuse habituelle ou conversion à un nouveau culte. À titre d'illustration des changements opérés dans la relation à la pratique religieuse par l'irruption du sida, arrêtons-nous plus spécifiquement sur les deux dernières situations, dont rendent compte — parmi d'autres — les parcours d'André et de François. Il serait trop long ici de rappeler les conditions de la découverte de leur séropositivité et les mécanismes par lesquels chacun a décidé de partager avec un tiers ou de taire cette information (je renverrai à mes ouvrages — 1996 et 2000 — pour des cas présentés dans leur globalité) ; aussi, nous focaliserons-nous sur leurs attitudes au regard de la religion.

André est un fidèle de l'église du « Christianisme céleste », église indépendante africaine née au Bénin à la fin des années quarante et qui s'est ensuite diffusée dans les pays côtiers de la région. Malade durant plusieurs années, bien avant que sa tuberculose et son sida ne soient dépistés au centre antituberculeux, il s'est régulièrement adressé à son église pour tenter de comprendre l'origine de ses maux et y répondre.

Des fidèles, au cours de « visions » intervenues lors de prières, lui ont alors révélé que ses troubles résultaient d'une agression sorcellaire mettant en cause un oncle auquel André avait intenté un procès pour avoir dilapidé l'héritage de son père décédé : une forme d'ordalie, effectuée à l'église, confirma cette explication. Une préparation à base de miel, de citron et « d'huile sainte » fut ainsi concoctée et bue par quatre malades, dont lui-même : il fut le seul à ne pas guérir. Pour combattre son mal, ses « frères » lui prescrivirent des périodes de réclusion au sein même de l'église, ponctuées de prières. Le plus remarquable dans l'attitude de ses coreligionnaires — au-delà de l'explication donnée à la maladie dont il souffre, « travail » somme toute banal dans les dispositifs rituels sollicités par des malades — demeure, nous semble-t-il, leur refus de contraindre André à rester au plus près de l'église : lorsque les prières ou préparations thérapeutiques consommées ne débouchent pas sur une amélioration de son état de santé, ils n'hésitent pas à lui conseiller de s'adresser à un hôpital. André ne vit pas ces conseils comme une forme de désengagement de son église, reconnaissant les efforts répétés effectués pour le guérir. La position de ses « frères » doit être rapportée à l'attitude pour une part symétrique de l'assistante sociale du centre antituberculeux, qui, à défaut de demander à André de se soigner à son église, n'a manifesté aucune opposition ni aucun mécontentement lorsqu'il lui présente ce choix de vivre des périodes de réclusion dans cette église. Les recours conjoints à l'église et au centre antituberculeux ont été complétés par une démarche auprès d'une guérisseuse qu'André est allé rencontrer au Ghana. Elle lui confirma l'acte de sorcellerie dirigé contre lui par ses parents qui « avaient déjà vendu son âme ».

Nous voyons donc à travers ces bribes de parcours que le recours à l'église a pour objectifs tout à la fois de résorber les souffrances et de trouver une explication à leur déclenchement. Dans le même temps, cette démarche, qui pourrait sembler se suffire à elle-même, reste associée non seulement au suivi d'un traitement médical « moderne » mais aussi au recours aux services d'un tradithérapeute. Dans ce panorama de l'offre — de soins et de sens — l'église ici fréquentée ne tente pas de « capter » ce fidèle : installée dans le pays bien avant que le sida ne soit connu de ses fidèles, elle en intègre le « traitement » dans ses dispositifs (visions, prières, réclusions) tout en sachant marquer les limites de son intervention. En somme, confrontée au sida, cette église se présente moins comme un dernier recours ou une forme d'ultime exutoire des maux que comme un élément parmi d'autres d'un complexe de lieux où le malade peut espérer trouver des soins, un réconfort et des explications sur son affection. Et si, ce faisant, cette église — par le biais de prières et de visions — traduit des tensions (familiales dans le cas de la sorcel-

lerie, sanitaires à travers l'impuissance médicale à contrôler l'extension du sida et à en traiter ses malades (3), mais aussi économiques et sociales dans le cas d'un fidèle ayant, par exemple, perdu son emploi), elle en participe aussi pleinement : elle est au cœur des crises qui inverse la société et ne se présente ni n'est perçue comme étant la solution ou comme se situant en marge de ces crises.

Le cas de François propose une relation différente à ces offres récentes de sacré — récentes à l'échelle de l'implantation des églises catholique et protestante « orthodoxes ». Il vit avec son frère, fidèle d'une petite église, la « Communauté des frères chrétiens ». Ce dernier n'ayant plus les moyens financiers d'acheter les médicaments prescrits à François, il lui demande de venir prier dans son église : il a d'ores et déjà parlé à ses coreligionnaires de la maladie de son frère (la « toux ») et estime que les prières, ajoutées aux médicaments, peuvent améliorer son état — cela contrairement aux « remèdes » délivrés par un tradithérapeute dans son village. François se montre très réservé quant à l'intérêt de fréquenter cette église. Il reste confiant dans l'efficacité des médicaments prescrits par les médecins et juge que l'apport des prières ne peut être que secondaire. Il consent néanmoins à accompagner son frère dans cette église. François se sentant bien trop gêné pour le faire, c'est son frère qui informe finalement de son sida les autres fidèles de la Communauté des frères chrétiens. Au fil des semaines, François prend ses distances avec cette église allant jusqu'à affirmer, en son sein, qu'il n'a « plus besoin » de celle-ci, de ses prières. Son frère se sent humilié par ces propos publics et lui demande de quitter sa maison à Abidjan et de retourner vivre au village : il considère que le refus de prier de François équivaut à un refus de vivre sous son toit. Il fait ainsi remarquer à son frère que, bien que connaissant la gravité de sa maladie — le sida —, sans ses prières et celles des autres fidèles de l'église, il ne serait pas aussi bien portant qu'il l'est actuellement. Une « sœur » de l'église venue rendre visite à François pour le convaincre de revenir prier lui explique que le traitement proposé par le médecin ne trouve son efficacité que par la force des prières engagées. François reprend alors le chemin de l'église de son frère, y va régulièrement pendant près de deux ans, pour changer ensuite d'église, se rendant, suite à un déménagement, dans un lieu de culte — baptiste — plus proche du domicile qu'il occupe.

Dans ses moments les plus marquants, le parcours religieux de François est marqué, tout d'abord, par une démarche contrainte, liée à

(3) À cette époque, les traitements antirétroviraux qui montrent aujourd'hui leur efficacité n'existaient pas.

la nécessité pour lui de préserver sa relation avec son frère — qui l'héberge et paye ses traitements. Dans un second temps, après une phase d'éloignement et de tension avec son frère, l'attitude de François se caractérise par une fréquentation assidue de l'église qui va progressivement l'amener à transformer la contrainte en habitude, à autonomiser ses « façons de croire », puisque — quatre ans après nos premières discussions — il nous explique avoir quitté la « Communauté des frères chrétiens » pour une église baptiste où il se rend « tous les dimanches ». Le fait que cette autonomie soit relative, et résulte encore d'une contrainte tacite, « intégrée » par François, n'est pas exclu : on peut cependant affirmer que s'est instaurée une forme de pacification des positions des deux frères au regard de la religion. Les deux dernières années de nos rencontres, ni son frère ni lui-même ne font ainsi état d'oppositions, de tensions relatives au comportement religieux de François.

Ces brèves incursions dans les positions individuelles de malades du sida, face au recours religieux, se proposent plus d'ouvrir la discussion que d'effectuer des constats définitifs. Discussion qui pourrait tout d'abord nuancer l'analyse visant à poser le religieux — et ses expressions les plus récentes ou innovantes — comme une réponse à des crises dont les facteurs seraient extra-religieux : les crises sanitaires et identitaires, qu'elles se donnent à lire chez des individus ou dans des groupes, affectent aussi le religieux qui ne peut se prévaloir d'en être un simple exutoire. Les églises instituées voient en effet leurs fidèles se détourner vers de nouveaux cultes. Ces cultes, à leur tour, constatent que leurs fidèles, en particulier lorsqu'ils souffrent d'une maladie comme le sida, s'adressent, parallèlement, à d'autres instances de délivrance de soins ou de réconfort moral, voire les quittent pour une autre église. Face au foisonnement religieux, d'une part, et à la diversité des recours des malades, d'autre part, une même position nuancée obligerait ensuite à penser le lien entre les crises qui affectent les différentes sphères du monde social (économique, identitaire, sanitaire et religieuse) non pas selon un enchaînement chronologique et non réversible de causes produisant des effets, mais bien plutôt en référence à un même mouvement de dérèglement des repères et des espoirs qui n'est ni uniquement religieux, sanitaire ou économique, mais tout cela à la fois — et de manière indissociable.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Banégas R., Losch B., 2002, *La Côte d'Ivoire au bord de l'implosion*, Politique Africaine, 147, 139-161.
- Contamin B., Mémel Fôté H., 1997, *Le modèle ivoirien en questions. Crises, ajustements, recomposition*, Paris, Karthala-Orstom.
- Dozon J.-P., 1995, *La cause des prophètes. Politique et religion en Afrique contemporaine*, Paris, Le Seuil.
- Dozon J.-P., 2000, La Côte d'Ivoire entre démocratie, nationalisme et ethno-nationalisme, *Politique Africaine*, 78, 45-62.
- Massé R., *Rituels thérapeutiques, syncrétisme et surinterprétation du religieux*, In : Massé R., Benoist J., eds., *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris, Karthala, 5-12.
- Tonda J., 2002, *La guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon)*, Paris, Karthala.
- Vidal L., 1996, Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique, *Anthropos-Economica*.
- Vidal L., 2000, *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*, Paris, PUF.