



HAL
open science

L'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida: une socio-anthropologie de la "guérison"

Judith Hermann-Mesfen

► To cite this version:

Judith Hermann-Mesfen. L'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida: une socio-anthropologie de la "guérison". Sociologie. Aix-Marseille Université, 2012. Français. NNT : . tel-00762029

HAL Id: tel-00762029

<https://theses.hal.science/tel-00762029v1>

Submitted on 6 Dec 2012

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.

DOCTORAT AIX-MARSEILLE UNIVERSITE
délivré par l'
UNIVERSITE DE PROVENCE

Thèse
pour l'obtention du grade de docteur en Anthropologie

Présentée par

Judith HERMANN-MESFEN

**L'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida :
une socio-anthropologie de la « guérison »**

Sous la direction de Laurent VIDAL (IRD)

soutenue publiquement le

MEMBRES DU JURY

M. Bertrand HIRSCH (rapporteur)	Professeur à l'Université Paris-1-CEMAF
Mme Anne-Sophie LAMINE	Professeur à l'Université de Strasbourg-LSCE
Mme Sandrine MUSSO	Maître de Conférences à Aix-Marseille Université
M. Vinh-Kim NGUYEN (rapporteur)	Professeur agrégé à l'Université de Montréal
M. Laurent VIDAL	Directeur de Recherche à l'IRD

A ma Grand(e)-Mère, Mailé S'egé

Résumé

A la fin des années 1980, soit à l'apparition des premiers cas d'infection au VIH, l'Eglise Ethiopienne Orthodoxe *Täwahedo* (EOTC-Ethiopian Orthodox *Täwahedo* Church) s'est officiellement impliquée, au côté du Gouvernement éthiopien, dans la lutte contre le sida. De leur côté, les fidèles de l'Eglise éthiopienne ont commencé, dans les années 1990, à se rendre sur des sites d'eau bénite dans l'espoir d'y guérir miraculeusement de l'infection. Et en 2004, l'EOTC a commencé à recevoir des subventions américaines au titre de la promotion de l'abstinence et de la fidélité. Deux ans plus tard, les traitements contre le sida étaient distribués gratuitement et largement, entrant en conflit avec la cure par l'eau bénite traditionnellement exclusive de tout autre thérapeutique. Cette étude, combinant les approches de la socio-anthropologie de la santé et de la religion, s'intéresse à la manière dont le christianisme éthiopien - dans ses composantes institutionnelle (EOTC) et rituelle (Eglise éthiopienne) - s'investit dans la lutte contre l'épidémie. En retour, elle interroge la manière dont les subventions américaines à l'EOTC et la distribution des antirétroviraux constituent des facteurs de changement pour cette Eglise pluriséculaire. L'analyse révèle que le christianisme éthiopien n'est traditionnellement pas l'instance en charge de l'encadrement sexuel des fidèles. L'importance du recours par les fidèles vivant avec le VIH à la cure par l'eau bénite témoigne de la place qu'occupe, dans cette religion, le pardon et la rédemption. L'approche en terme de sociologie des faits religieux met en lumière que le christianisme éthiopien est une religion du pardon, incidemment, elle investit plus la guérison que la prévention. Partant de là un des apports de cette thèse est d'avoir pensé la guérison comme objet de recherche en soi. La guérison ou sortie de la maladie apparaît être ainsi le reflet inverse de l'entrée dans la maladie, il peut dès lors être envisagé comme un processus-événement auquel un grand nombre d'acteurs et d'institutions participent.

Mots clef: EOTC, VIH/sida, PEPFAR, miracle, prévention des nouvelles infections au VIH, prise en charge des PVVIH, eau bénite.

Summary

At the end of the 1980's, while the first HIV/AIDS cases appeared, together with the Ethiopian Government the Ethiopian Orthodox *Täwahedo* Church (EOTC) committed officially itself to the fight against HIV/AIDS. In the 1990s, followers of the Ethiopian Church on their side started to dedicate themselves to holy water ritual hoping to be cured miraculously of HIV/AIDS. In 2004, the EOTC started to receive American subventions in order to promote abstinence and faithfulness among its followers. Two years later, antiretroviral treatments began to be largely and freely distributed entering in conflict with the spiritual values of the holy water cure, which excludes any other kind of therapy. This study, combining health and religion socio-anthropology approaches focuses on the way the Ethiopian Christianity in its two components - both institutional (EOTC) and ritual (Ethiopian Church) - involved itself in the fight against the epidemic. Furthermore, it addresses the way americans' grants and antiretroviral treatments became factors of change in this particular ancient Church. The analysis shows that traditionally, the Ethiopian Christianity is not a body in charge of regulating its followers' sexual behaviour. It is significant that followers infected by HIV seek healing through holy water cure for it reveals that in this religion, the emphasis is being put on forgiveness and redemption. Within the sociology of religious facts, this approach brings to light the fact that the Ethiopian Christianity is a religion of forgiveness, and thus that it will focus more on healing than prevention. In this respect, one of the strength of the thesis is to have examined healing as an object of research in itself. Therefore, healing appears to be the inverse glint of the entrance in the sickness. It can be then conceive as a process-event in which many actors and institutions participate.

Key words: EOTC, HIV/AIDS, PEPFAR, miracle, prevention, care and support to PLWHA, holy water

REMERCIEMENTS

A Laurent VIDAL qui a généreusement pris la relève de la direction de cette étude au meilleur moment, sans ce relai, ce travail n'aurait pu aboutir, ma gratitude est immense, trop pour que des mots les contiennent.

A Marc-Eric GRUENAIIS qui a encadré et soutenu ce travail et a passé la main avec une grande élégance.

A Bertrand HIRSCH qui a vu mes premiers pas dans la recherche et n'a eu de cesse de m'encourager, de me soutenir, de m'aiguiller. Cette thèse n'aurait certainement pas vu le jour sans son soutien.

Aux membres du jury, Anne Sophie LAMINE, Sandrine MUSSO et Vinh Kim NGUYEN qui m'ont fait le grand honneur d'être membre de ce jury.

J'adresse mes remerciements au laboratoire SESSTIM pour avoir soutenu ce travail, à Fred Eboko avec qui les échanges sont toujours aussi savoureux qu'instructifs et stimulants, à Jean-Paul Moatti pour m'avoir encouragée. Mes remerciements vont également à la généreuse Hourria Boussaid, qui a été présente dans des moments délicats.

Au Cémaf-Paris pour son soutien et son encadrement, et plus particulièrement à Marie-Laure Derat, Claire Bosc-Tessié, Anaïs Wion, historiennes exigeantes, rigoureuses et bienveillantes qui m'ont appris à faire toujours mieux. Ma gratitude va également aux membres du Centre Français des Etudes Ethiopienne (CFEE) à Addis Ababa, tant à l'équipe « technique » qu'aux chercheurs de passages avec qui les échanges sont toujours riches, et j'adresse des remerciements tous particuliers à François Xavier Fauvelle-Aymar à qui je dois tant.

Aux membres du conseil d'administration et du bureau d'AMADES. A Ashley-Mary Ouvrier et Sandrine Musso pour nos enrichissants échanges, à Aline Sarradon-Eck et Basptiste Moutaud pour avoir eu la générosité de partager leurs travaux, à Cyril Farnarier pour ses patientes relectures et ses conseils avisés.

A mes collègues, mes amis et mes familles, car finalement les boîtes sont poreuses...

A toute ma famille éthiopienne où qu'ils soient, ce travail n'aurait jamais pu être celui-ci sans eux, *betam wädalatshehu, nafeqignalehu, Egéziäbehér käenantä gar yhun yt'äbeqatshehu.*

A mes amis en Ethiopie et d'Ethiopie, Abyi Gediyon et Olivier Labrot, Ashenafi et Hanna, Brook et Beza, Tägest, Ras Abyi et Guebray, Makeda, Thomas O., Samira, Deka, Luc, Ato Beede, Merkob, Wasihum, Hanna, Cécile et Mohammed, Kidus, Nicolas. A mes assistants de recherche Ashenafi et Hannah qui m'ont beaucoup aidé et appris. J'adresse une pensée particulière au défunt et regretté Docteur Berhanu, qui a aiguillé tant des jeunes chercheurs que des plus expérimentés.

A ma très chère petite sœur et à Adam Houssein pour m'avoir initié à l'anthropologie et à la sociologie, ainsi qu'à Pietr Skubal dit Enzo pour m'avoir aidé à comprendre la théologie protestante.

A Gabriel Preiss, cher cousin, et Guilhem Dezeuze, tuteurs sages, rians et bienveillants, je vous remercie grandement de m'avoir accompagné et encouragé sans relâche.

A Jean-Pascal Dupuis et Clara Laurent qui je l'espère savent pour quelles raisons...

A Anne-Laurence Blanc et Valérie Soulard merci pour votre amitié et vos initiations aux arcanes de la science et tant d'autres partages.

A Elise Demange et Tom Boylston pour nos échanges sur des sujets rares et vos relectures.

A Marie-Laure Boursin-Lekov pour nos discussions sur la diversité religieuse, et un grand merci à Manoël Pénicaud.

A Stéphanie Weisser pour ton incroyable générosité ainsi que ton accompagnement fait de chocolat belge, de *bägäna* et de relectures précises.

A Esthelle Sohier, je te remercie infiniment pour tes leçons de rigueur, d'humilité et de discrétion, pour cette amitié voyageuse en France, en Suisse et ... en Ethiopie.

A la Famille Preiss, et à Ghislaine Lemarquand-Ebobysé pour votre bienveillance, votre réconfort et de m'avoir offert tant de fois des refuges du cœur et du corps...

A Joséphine Lesur, merci pour cette merveilleuse amitié, pour ton écoute et ton soutien continu, pour tes encouragements.

A Esla Preiss et Laetitia Andrieu pour vos relectures attentives et patientes, à ma chère Céline Fougua pour ta belle gaieté, ta présence dans les merveilleux comme les mauvais moments.

A mes colocataires et amis, Typhenn Alix, Samy Badr (et Georges), ma cousine Sarah ChereL, Marie Paule Jouandet et Thomas Lopic, Cara Flowers, je ne sais même quels mots employer pour vous témoigner mon incommensurable gratitude. Sans vous je n'y serai juste jamais arrivée. Et à l'équipe finale, aux marathoniens du tour de txxx, Typhenn, Eaydi, Sarah et Erik... Que la vie vous le rende au centuple !

A mes parents, Claude et Tourounesh pour tout ce que vous m'avez donné, appris et il y a tant à écrire, tant de lignes à éclairer de gratitude que la lune s'en trouverait éclipsée.

Erik, les mots ne peuvent contenir mes remerciements, les termes me manquent pour même commencer à dire combien ta présence, ton aide, ton soutien, ton écoute me sont précieux et à quel point tout cela m'a aidé...

Cette recherche a bénéficié des soutiens financiers du CFEE, de l'Ambassade de France en Ethiopie, d'une bourse de thèse de l'ANRS, ainsi que des soutiens de l'ANR « Cornafrique », du laboratoire SESSTIM et enfin d'une bourse de fin de thèse SIDACTION.

SOMMAIRE

Résumé	3
Remerciements	4
Sommaire	7
Liste des acronymes	8
Translittération amharique-français	10
Précisions avant la lecture	12
INTRODUCTION	14
<u>PREMIERE PARTIE. Des textes aux contextes de l'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida</u>	26
Chapitre I. Au croisement de l'anthropologie de la santé et du fait religieux	28
Chapitre II. Les acteurs de la lutte contre le sida en Ethiopie	60
Chapitre III. Le christianisme éthiopien : l'EOTC et l'eau bénite ou <i>tsäbäl</i>	90
Chapitre IV. Contexte et émotions : le sida, la foi et les Américains en Ethiopie	119
<u>DEUXIEME PARTIE. Morale religieuse, morale sanitaire</u>	151
Chapitre V. La sexualité et les règles religieuses de comportements	153
Chapitre VI. De la notion de 'risque' aux normes nationales éthiopienne	188
Chapitre VII. Les représentations du sida sur les sites d'eau bénite : anthropologie des normes afférentes au VIH et confiance	219
<u>TROISIEME PARTIE. La cure du VIH par l'eau bénite et les communautés de malades</u>	255
Chapitre VIII. La prise en charge religieuse de l'infection au VIH : d'une liminalité à l'autre	258
Chapitre IX. Des communautés de PVVIH sur les sites d'eau bénite : pour une anthropologie de la guérison	307
<u>QUATRIEME PARTIE. Du ministère des âmes aux ministères des corps : rencontre entre deux christianismes autour du VIH</u>	357
Chapitre X. Le PEPFAR, USAID, G.W. Bush : 'Abstinence et fidélité'	360
Chapitre XI. PEPFAR-USAID face au Gouvernement éthiopien et à l'EOTC face au sida	388
Chapitre XII. Les ARV et les sites d'eau bénite : de tensions en combinaisons ?	448
Chapitre XIII. Christianisme et sida	489
CONCLUSION GENERALE	
De la guérison à la confiance en passant par les « inversions »	506
ANNEXES	515
BIBLIOGRAPHIE	544
TABLE DES MATIERES	593

LISTE DES ACRONYMES

AA- HAPCO :	Addis Ababa HIV/AIDS Prevention and Control Office (Ethiopie)
AB :	Abstinence, Be faithfull
ABC :	Abstinence, Be faithfull, use a Condom
ACTAfrica :	Multi-sectoral AIDS Campaign Team for Africa
AIDS :	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANC :	AnteNatal Clinic (Ethiopie)
ANECCA :	African Network for Care of Children Affected by HIV/AIDS
ANR :	Agence Nationale de Recherche
ANRS :	Agence Nationale de Recherche sur le SIDA
ANRS-VESPA :	Agence Nationale de Recherche sur le SIDA - VIH : Enquête sur les Personnes Atteintes
ARC :	AIDS Resource Center (Ethiopie)
ARV :	Traitement Anti-Rétro Viral
ART :	Traitement Anti-Rétro Viral (autre dénomination)
BIT :	Bureau International du Travail (Bureau des Nations unies)
BSS :	Behavior Surveillance Survey (Ethiopie)
CBO :	Community Based Organizations
CCA :	Christian Coalition for America
CDC :	Center Disease Control (Etats-Unis)
CEA :	Commission Economique pour l' Afrique
CFBCI :	Center for Faith-Based and Community Initiatives (Etats-Unis)
CHAI :	Clinton HIV/AIDS Initiative
CIA :	Central Intelligence Agency
CNN :	Condoms, Needles and Negotiating Skills
COP :	Country Operational Plan (Ethiopia)
CSA :	Central Statistic Agency (Ethiopia)
CU :	Columbia University (Etats-Unis)
DANIDA :	Danish International Development Agency (Agence de Développement Internationale Danoise)
DCS :	Département de Contrôle du Sida appelé également National Aids Council (NAO) (Ethiopie)
DFID :	Department For International Development (département gouvernemental de Grande Bretagne pour le développement international)
DHSE :	Demographic Health Survey Ethiopia
DPCD :	Disease Prevention and Control Department (Ethiopie)
DOD :	United State Department of Defense
ECOSOC :	Conseil Economique et Social des Nations unies
ECHO :	European Commission Humanitarian Aid & Civil Protection, en français : Programme d'aide humanitaire et de protection civile de la Commission Européenne
EHESS :	Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
EIFDDA :	Ethiopian Interfaith Forum for Development Dialogue and Action (Ethiopie)
EMSAP :	Ethiopia Multi-Sectoral HIV/AIDS Project
ENARP :	Ethio-Netherlands AIDS Research Project
EOTC :	Ethiopian Orthodox <i>Täwahedo</i> Church
EOC :	Ethiopian Orthodox Church

EOTC-DICAC : Ethiopian Orthodox *Täwahedo* Church-Development and Inter-Church Aid Commission

EOC-DICAC : Ethiopian Orthodox *Täwahedo* Church - Development and Inter-Church Aid Commission

EOC-HACC : Ethiopian Orthodox Church, HIV/AIDS Campaign Centre

FAO : Food and Agriculture Organisation, en français : Organisation des Nations unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

FBO : Faith Based Organization

FCC : Facilitateurs de Conversation Communautaire

FDRE : Federal Democratic Republic of Ethiopia, en français : République Fédérale Démocratique d'Ethiopie (RFDE)

FDRPE : Front Démocratique Révolutionnaire du Peuple Ethiopien

FECA : Federal Election Campaign Act (Etats-Unis)

FHAPCO : Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office (localement HAPCO)

FHI : Family Health International (Etats-Unis)

FLPT : Front de Libération du Peuple du Tigré

FMI : Fond Monétaire International

FMoH : Federal Ministry of Health (Ethiopie, localement MoH)

FNUAP : Fond des Nations Unies pour la population

FVVIH : Femme Vivant avec le VIH

GAMET : Global AIDS Monitoring and Evaluation Team

GTE : Gouvernement de Transition d'Ethiopie

GTZ : Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (ONG allemande, en français Société de Coopération Technique)

GoE : Government of Ethiopia

HAPCO : HIV/AIDS Prevention and Control Office (Ethiopie)

HCR : Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés

HSH : Homme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

HVVIH : Homme Vivant avec le VIH

HIV : Human Immuno-deficiency Virus

IEC/BCC : Information, Education, Communication/Behavior Change Communication, en français : Communication pour le Changement de Comportement (CCC)

ILO : International Labour Organization, en français BIT cf. supra.

IMAU : Islamic Medical Association of Uganda

IOCC : International Orthodox Christian Charities (Etats-Unis)

IRS : Internal Revenue Service (Etats-Unis)

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IUEF : International University Exchange Fund (Etats-Unis)

JHU : John Hopkins University (Etats-Unis)

MARP : Most At Risk Populations, en français : populations les plus à risques

MoH : Ministry of Health (Ethiopie)

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

NAC : National HIV/AIDS Council (Ethiopie)

NACS : National HIV/AIDS Council and Secretariat (Ethiopie)

OEV : Orphelins et Enfants Vulnérables

OGAC : Office of the United States Global AIDS Coordinator (ou OUSGAC)

OIM : Organisation Internationale pour les migrations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé, en anglais : World Health Organisation

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONG confessionnelle : Organisation Non Gouvernementale affiliée à une congrégation religieuse

ONU : Organisation des Nations Unies

ONUSIDA :	Programme commun des Nations Unies sur VIH/sida
OSSA :	Organization for Social Services for AIDS
OUA :	Organisation de l'Unité Africaine
OUGAC :	Office of the United States Global AIDS Coordinator (ou OGAC)
PAM :	Programme Alimentaire Mondial
PCU :	Project Coordinating Unit
PEPFAR :	President's Emergency Plan For Aids Relief
PLWHA :	People Living With HIV/AIDS
PNUD :	Programme des Nations-Unies pour le Développement, en anglais : UNDP
PRWORA :	Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act
PTME :	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PUF :	Presses Universitaires de France
PVVIH :	Personnes Vivant avec le Virus d'Immuno-déficience Humaine
SCOBA :	Standing Conference of Canonical Orthodox Bishops in the Americas
SDN :	Société Des Nations
SIDA/sida :	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SNNPR :	Southern Nations, Nationalities, and People's Region, en français : Région des Nations, Nationalités et Peuples du Sud. (Ethiopie)
TB :	Tuberculose
TdS :	Travailleurs(ses) du sexe, en anglais : Commercial Sex Workers - CSW
UCSD :	University of California, San Diego (Etats-Unis)
UNAIDS :	United Nations against HIV/AIDS
UNDAF :	United Nations Development Assistance Framework
UNDP :	United Nations Development Programme
UNESCO :	United Nations for Education, Science and Culture Organisation en français : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNHCR :	United Nations Refugee Agency
UNICEF :	United Nations International Children's Emergency Fund, en français : Fond des Nations unies pour l'Enfance
URSS :	Union des Républiques Socialistes Soviétiques
USA :	United States of America
USAID :	United State Agency For International Development
USGAO :	United States Government Accountability Office
VCT :	Voluntary and Counseling Test
VIH :	Virus d'Immuno-Déficience Humaine
WFDD :	World Faiths Development Dialogue
WCC :	World Council of Churches, en français : Conseil Mondial des Eglises

TRANSLITTERATIONS

Amharique-français

1 ^{er} ordre	2 ^e ordre	3 ^e ordre	4 ^e ordre	5 ^e ordre	6 ^e ordre	7 ^e ordre
ሀ hä	ሁ hu	ሂ hi	ሃ ha	ሄ hé	ህ he	ሆ ho
ለ lä	ሉ lu	ሊ li	ላ la	ሌ lé	ሎ le	ሎ lo
ሐ hä	ሑ hu	ሒ hi	ሓ ha	ሔ hé	ሕ he	ሐ ho
መ mä	ሙ mu	ሚ mi	ማ ma	ሜ mé	ሞ me	ሞ mo
ሠ sä	ሡ su	ሢ si	ሣ sa	ሤ sé	ሥ se	ሦ so
ረ rä	ሩ ru	ሪ ri	ራ ra	ሪ ré	ር re	ሮ ro
ሰ sä	ሱ su	ሲ si	ሳ sa	ሴ sé	ሰ se	ሰ so
ሸ shä	ሹ shu	ሺ shi	ሻ sha	ሼ shé	ሽ she	ሾ sho
ቀ qä	ቁ qu	ቂ qi	ቃ qa	ቄ qé	ቅ qe	ቆ qo
በ bä	ቡ bu	ቢ bi	ባ ba	ቤ bé	ብ be	ቦ bo
ተ tä	ቱ tu	ቲ ti	ታ ta	ቴ té	ት te	ቶ to
ቸ tshä	ቹ tshu	ቺ tshi	ቻ tsha	ቼ tshé	ች tshe	ቾ tsho
ኀ hä	ኁ hu	ኂ hi	ኃ ha	ኄ hé	ኅ he	ኆ ho
ነ nä	ኑ nu	ኒ ni	ና na	ኔ né	ነ ne	ኖ no
ኘ gnä	ኙ gnu	ኚ gni	ኛ gna	ኜ gné	ኝ gne	ኞ gno
አ ä	ሁ u	ሀ i	አ a	ኤ é	አ e	አ o
ከ kä	ከ ku	ከ ki	ካ ka	ኬ ké	ከ ke	ኮ ko
ኸ khä	ኹ khu	ኺ khi	ኻ kha	ኼ khé	ኽ khe	ኾ kho
ወ wä	ዐ wu	ዑ wi	ዐ wa	ዑ wé	ዐ we	ዑ wo
ዐ 'ä	ዑ 'u	ዒ 'i	ዓ 'a	ዔ 'é	ዐ 'e	ዑ 'o
ዘ zä	ዐ zu	ዑ zi	ዐ za	ዑ zé	ዘ ze	ዘ zo
ዠ z'ä	ዡ z'u	ዢ z'i	ዣ z'a	ዤ z'é	ዠ z'e	ዡ z'o
የ yä	ዩ yu	ዪ yi	ዩ ya	ያ yé	የ ye	ዮ yo
ደ dä	ዱ du	ዲ di	ዳ da	ዴ dé	ደ de	ዶ do
ጀ jä	ጁ ju	ጂ ji	ጃ ja	ጄ jé	ጀ je	ጆ jo
ገ gä	ገ gu	ጊ gi	ገ ga	ገ gé	ገ ge	ገ go
ጠ t'ä	ጡ t'u	ጢ t'i	ጣ t'a	ጤ t'é	ጠ t'e	ጡ t'o
ጬ t'shä	ጭ t'shu	ጮ t'shi	ጳ t'sha	ጴ t'shé	ጵ t'she	ጶ t'sho
ጰ p'ä	ጱ p'u	ጲ p'i	ጳ p'a	ጴ p'é	ጰ p'e	ጱ p'o
ጸ s'ä	ጹ s'u	ጺ s'i	ጻ s'a	ጼ s'é	ጸ s'e	ጺ s'o
ፀ s'ä	ፁ s'u	፲ s'i	፳ s'a	፴ s'é	ፀ s'e	፲ s'o
ፈ fä	ፉ fu	ፊ fi	ፋ fa	ፈ fé	ፍ fe	ፎ fo
ፐ pä	ፑ pu	ፒ pi	ፓ pa	ፔ pé	ፐ pe	ፑ po
ቆ q ^w ä	ቆ ^w i	ቆ ^w a				
ጐ g ^w ä	ጐ ^w i	ጐ ^w a				

Lecture du tableau

Le syllabaire éthiopien est comme son nom l'indique composé de syllabes. La première lettre, située dans la colonne de gauche est au 1^{ier} ordre, les colonnes suivantes sont des « déclinaisons » de cette première forme. Dans chaque cellule du tableau est indiqué la lettre en amharique et sa transcription en alphabet latin choisie dans cette étude. Il n'existe pas à l'heure actuelle de convention internationale de ce syllabaire. Nous avons ici opté pour une transcription intermédiaire entre la haute érudition et la vulgarisation. Ainsi, les lettres ሀ, ሐ et ገ ont toutes trois été transcrites par *hä*, de même de ጸ et ፀ ont été transcrites par *s'ä* sans distinction. Par ailleurs, il n'a pas été tenu compte de la gémiation (doublement d'une lettre quand elle est accentuée).

Des exceptions au système de translittération

Le tableau des translittérations indique le système choisi. Toutefois, certains noms propres ne sont pas orthographiés selon les correspondances établies. D'après ce système des noms couramment employés comme Axoum et Hailé Selassié devraient être orthographiés 'Aksum' et 'Häylé Selasé'. Toutefois, ils ont été souvent employés dans la littérature, spécialisée ou profane. Afin de ne pas noyer le lecteur sous trop de précisions, nous avons opté, pour ces noms propres uniquement, pour une transcription simple. Elle se veut respectueuse, dans la mesure du possible, de la phonétique éthiopienne et permettra au lectorat moins spécialisé, d'identifier des mots déjà connus.

Par ailleurs, nous n'appliquons pas la grammaire amharique par soucis d'allègement. Dans la grammaire amharique classique, le pluriel d'un terme se forme en ajoutant les suffixes *-wotsh* ou *-otsh* aux noms communs. Le pluriel de *woreda* est donc *woredawotsh*, celui de *tsäbältägna*, *tsäbältägnotsh*. La plupart des auteurs ne suivent pas cette règle, à leur suite, nous ajoutons simplement un « s » à la fin des mots amharique. Nous écrivons donc *woredas* et *tsäbältägnas*.

AVANT LA LECTURE

Calendrier éthiopien

Le calendrier éthiopien, proche des calendriers julien et copte, est décalé de 7 à 8 ans, selon le moment de l'année, par rapport au calendrier grégorien ayant cours en Occident. L'année éthiopienne début le 11 septembre et compte 365 jours découpés en 12 mois lunaires de 30 jours et un mois de cinq ou six jours épagomène. En outre, une année bissextile de 366 jours s'intercale tous les quatre ans. Par exemple, le 1^{er} mäskäräm 1983 du calendrier éthiopien correspond dans au 11 septembre 1990 dans le calendrier grégorien en vigueur en Occident.

Anonymisation

Dans le cadre de cette thèse, nous avons anonymisé les personnes interrogées ou qui nous ont fourni des données. Nous avons choisi d'indiquer le nom des lieux visités. Quant il s'agissait de personnes vivant avec le VIH, elles ont été désignées par l'acronyme « PVVIH ». Nous avons toutefois opéré une distinction entre les hommes vivant avec le VIH (HVVIH) et les femmes (FVVIH). Les noms des personnes interviewées en dehors des sites d'eau bénite, les noms ont été changés. Les prêtres et les moines en Ethiopie sont appelés Abba qui signifie père, nous les avons appelé ainsi et des initiales ont été placées après leur fonction. Les *bahetawi* sont des moines, des ermites ou des anachorètes qui n'ont pas été ordonnés moines, ils sont dans cette étude désignés par leur « fonction » et à l'instar des moines, des initiales suivent. Les noms des responsables de services administratifs ont été occultés.

Autres précisions typographiques

Contrairement à la règle en vigueur à l'Imprimerie nationale, les lettres en grande capitale en début de phrase ou après un point final ne porteront pas d'accent.

Il est fait usage dans ce texte de trois types de guillemets : les guillemets français (« f »), les guillemets anglais (“ f ”), les apostrophes (‘ f ’). Les premiers sont utilisés pour des citations (textes, extraits d'entretiens) ainsi que pour conférer une nuance à un terme. Les guillemets anglais sont employés pour les termes traduits de l'anglais ou de l'amharique vers le français ou l'anglais, ex. *tsäbäl*, signifie “eau bénite” ou “holy water”. Les guillemets apostrophes sont usités pour des concepts *etic* (ou scientifiques) ou dans quelques cas, à l'intérieur d'une citation déjà entre guillemets.

**L'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida :
une socio-anthropologie de la « guérison »**

INTRODUCTION

D'observations en questionnements : le christianisme éthiopien engagé contre l'épidémie au VIH

En Ethiopie, le premier cas d'infection au VIH fût diagnostiqué en 1984 et le premier cas de sida¹ est déclaré en 1986 (Ministry of Health, DPCD, 2004 : 1). Entre la fin des années 1980 et 1997, quelque soit le mode de calcul considéré, la prévalence du VIH augmenta considérablement. En 2004, le rapport du Ministère de la Santé éthiopien, établissait qu'en 1990, elle était de 1.6% pour passer à 4.4% en 2003 (Ministry of Health, DPCD, 2004 :7). A partir de 2005, le Demographic Health Survey Ethiopia (DHSE) indique que la prévalence nationale du VIH se stabilise autour de 1.9 % avec une différence importante entre le milieu rural et le milieu urbain (DHSE, 2005).

En 1998, l'Ethiopie était considérée comme le pays d'Afrique de l'Est le plus durement touché par l'épidémie. En 1999, la Banque Mondiale en partenariat avec ONUSIDA, crée et finance à hauteur de 500 millions de dollars, un plan multisectoriel de campagne contre le sida en Afrique (multi-sectoral AIDS Campaign Team for Africa - ACTAfrica). L'implication mondiale dans la lutte, l'existence de ce fond ainsi que la multiplicité des bailleurs de fond internationaux et bilatéraux (OMS, UNICEF, PNUD, FNUAP, ONUSIDA, ILO, USAID, DFID, GZT, DANIDA, Irish Aid, la Norvège, les Pays-Bas, l'Italie, La Banque Mondiale) convainquirent le Gouvernement éthiopien (GoE, Government of Ethiopia) d'intensifier les actions contre l'épidémie. C'est à ce titre qu'il adopta et mit en place le programme multi-sectoriel de lutte contre le VIH/sida auquel différents acteurs de la société civile furent conviés de participer (Okubagzhi, Singh 2002 : 1577).

L'idée des instances internationales d'inciter, en Afrique, les congrégations confessionnelles à participer à la lutte contre le sida, voit le jour (d'abord timidement) au début des années 1990. Elle est motivée par la complexité des facteurs culturels et sociaux à l'œuvre dans la diffusion du VIH/sida auxquels il faut ajouter leurs larges audiences et fortes légitimités supposées. A partir de la fin de la décennie 1990, les injonctions sont plus insistantes. Le succès de l'expérience "Aids education through Imams" (ONUSIDA, 1998 ; Kigamu et al., 1998) menée en Ouganda, dès 1992 par l'IMAU (Islamic Medical Association of Uganda) à laquelle fut attribuée une partie de la réduction de la séroprévalence de 10% en une décennie, conforta les responsables internationaux de la nécessité d'associer les congrégations religieuses.

L'Eglise Ethiopienne Orthodoxe *Tāwahedo* (EOTC – Ethiopian Orthodox *Tāwahedo* Church, *Tāwahedo* est un terme amharique signifiant “unifiée”) en tant qu'institution très ancienne ayant modelé la culture et la société éthiopienne depuis le IV^e siècle et parce que bénéficiant d'une forte légitimité et d'une large audience (40 millions de fidèles auto-déclarés), est invitée

¹ SIDA, Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise est devenu un nom commun, il est usuel désormais de le voir écrit en minuscule 'sida', cette étude ne dérogera pas à cet usage.

à prendre une part active au nouveau programme national multisectoriel de lutte contre le sida.

Un christianisme éthiopien impliqué dans la lutte contre le sida

La contribution de l'EOTC² à la lutte contre le sida ne commence toutefois pas en 1999. Dès 1986, alors que la prévalence du sida était encore faible, l'EOTC fût sollicitée pour ces mêmes raisons et dans le but de réduire les pratiques sexuelles à risque par la promotion des « valeurs morales traditionnelles » (Lehmani, 1991). Si l'histoire de l'implication de l'EOTC dans la lutte contre le sida s'écrit en pointillé, tel n'est pas le cas de l'Eglise éthiopienne. Au début des années 1990, les fidèles vivant avec le VIH ainsi que plusieurs des clercs de l'Eglise éthiopienne ont fait appel aux réservoirs de sens et de réponses rituelles, spirituelles, symboliques et sociales qu'offre ce christianisme original. En effet, les personnes vivant avec le VIH ont eu recours au rituel chrétien de l'eau bénite encadré par des clercs de l'Eglise dans le but, l'espoir de « guérir miraculeusement »³ du sida et fuir la stigmatisation dont ils se sentaient victimes. L'eau bénite, les pèlerinages et les cures qu'elle suscite, est en Ethiopie un élément, sinon central, du moins très important de la religiosité. Un nombre difficile à évaluer de sites d'eau bénite existe sur l'ensemble du territoire, mais principalement en terre chrétienne. Ainsi, l'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida est-elle multiple. Parmi ces réponses, l'engagement formel de l'EOTC dans la prévention des nouvelles infections par le VIH est la partie la plus « politisée », la plus institutionnelle. Les fidèles et les clercs « de la base » ont quant à eux recours aux réponses rituelles, symboliques et sociales au VIH que le christianisme éthiopien offre ou compose.

Les réponses du christianisme éthiopien à l'épidémie au VIH sont donc diverses. Elles comprennent celles de l'EOTC en tant qu'institution hiérarchisée ayant à sa tête un Episcopat, et celles de l'Eglise éthiopienne, religion vécue et pratiquée par les fidèles. Le but de cette thèse est par conséquent de comprendre et d'analyser le rôle joué et la place prise par le christianisme éthiopien dans la lutte contre le VIH/sida, dans ses volets préventifs comme curatifs ou de prise en charge des PVVIH (Personnes Vivant avec le VIH).

C'est, au départ, en nous intéressant au rituel de l'eau bénite que la question de l'implication de ce christianisme dans la lutte contre le sida s'est posée. A l'occasion de l'enquête de terrain menée durant notre DEA, en 2004, nous avons visité un des sites d'eau bénite les plus réputés du moment, celui de Ent'ot'o Maryam. Notre grand-mère nous avait convaincue d'aller à la rencontre de cet espace étonnant. Elle y avait suivie le rituel de l'eau bénite et

² Dans la suite de cette thèse, trois expressions seront employées : le christianisme éthiopien, l'Eglise éthiopienne et enfin, l'EOTC soit Ethiopian Orthodox *Tāwahedo* Church (Eglise Ethiopienne Orthodoxe *Tāwahedo* ce dernier terme signifiant en *ge'ez* 'unifié'. Le *ge'ez* est la langue liturgique éthiopienne équivalent du latin pour le français). L'expression 'christianisme éthiopien' englobe les deux dimensions suivantes : l'EOTC et l'Eglise éthiopienne. La première, l'EOTC est l'Eglise en tant qu'organisation hiérarchique impliquée institutionnellement dans la lutte contre le sida. Elle comprend l'Episcopat, les membres du haut-clergé et l'Eglise en tant qu'organisation hiérarchisée et structurée en paroisse (Ancel, 2006). Enfin, ce que nous qualifions d'EOTC comprend également l'instance EOTC-DICAC ou EOC-DICAC soit ce que l'EOTC nomme elle-même son organisation non gouvernementale confessionnelle (ONG confessionnelle) ou en anglais FBO (Faith Based Organization). L'Eglise éthiopienne est la composante moins institutionnalisée du christianisme éthiopien, soit la religion vécue et pratiquée par les fidèles et les clercs de la base (moines, bas clergé, ermites, personnages diversement liés à l'Eglise éthiopienne), recourant aux rituels, et autres réservoirs de sens et de réponses au VIH la composant. Nous reviendrons sur cette définition dans le chapitre 3.

³ L'usage de l'expression sera expliqué plus avant dans l'introduction.

avait été impressionnée par ce site. Nous l'avons vue durant plusieurs semaines s'y rendre au petit matin, pour revenir en fin de matinée épuisée. Elle, nous parlait de la beauté du site, de sa grande et odorante forêt d'eucalyptus, de la vue imprenable sur Addis Ababa, et du musée de l'Empereur.

Nous avons donc écouté ses conseils. La première visite eut lieu à l'aube d'une journée au ciel clair, à cette heure, la brume et les premiers rayons du soleil caressaient les arbres et glissaient sur la pente abrupte de la forêt. Préfigurant ainsi l'atmosphère du site. On parvient au village de Ent'ot'o par une route à l'inquiétante inclinaison qu'un taxi collectif arpente poussivement. Il déverse ses passagers devant l'église qui trône au milieu de la place démesurément grande pour un si petit village. Le site d'eau bénite se situe en contrebas, derrière l'église – à l'instar, comme nous le découvrons plus tard, de tous les sites d'eau bénite adossés à un édifice religieux. La source d'eau bénite est cachée en plein cœur de la forêt d'eucalyptus, lovée dans un creux de la colline. L'atmosphère sacrée du lieu est sensible avant même de le voir. A plusieurs dizaines de mètres, retentissent les cris des femmes possédées, et les voix de ceux qui récitent doucement, ou plus fort, leurs prières face au site.

Dès les premiers entretiens, c'est l'infection au VIH qui est apparue. Les cinq personnes interviewées faisaient référence au sida, "HIV". Trois d'entre elles étaient venues pour en guérir, les deux autres louaient des maisons à des *tsäbältägnas*, terme signifiant littéralement personne "qui prend de l'eau bénite", du *tsäbäl*. Ils vantaient la bonne entente existant entre eux, le soutien mutuel qu'ils s'offraient et le nombre de guérisons qui y avaient lieu. Les prêtres interrogés parlaient de l'apparition de la Vierge que le leader du site, le *bahetawi* G.M⁴, avait eu en songe. Elle lui dit, qu'ici, il guérirait les malades atteints de la « maladie de ce siècle », le sida, avec l'eau bénite, et qu'il serait connu dans le monde entier.

Le fil d'Ariane de cette étude était découvert, à nu, nous l'avons suivi à travers ses nœuds et ses déliés. Si nous avons rencontré de nombreuses personnes, et en avons interviewées près de 170, si d'autres fils ont été tirés, notamment celui de l'implication institutionnelle de l'EOTC dans la lutte contre le sida, c'est finalement à partir des sites d'eau bénite et principalement de celui de Ent'ot'o Maryam que certains des principaux enjeux de la lutte contre le sida, se sont données à voir, que ce soit la prévention des nouvelles infections au VIH que la prise en charge des malades avant l'introduction des antirétroviraux (ARV) ou après leur distribution gratuite à large échelle.

Les sites d'eau bénite et les ARV

Cette distribution débute en Ethiopie en 2005. A partir de cette date, les ARV ont été introduits dans certains hôpitaux gouvernementaux et certaines ONG les distribuaient à leurs patients ou bénéficiaires. En 2006, l'hôpital étatique, Saint Petros Hospital appelé par les Ethiopiens, Samba Nekersa hospital signifiant "l'hôpital de la tuberculose", commença à délivrer des ARV. Cet établissement, comme en témoigne le nom donné par les Ethiopiens, était jusqu'alors spécialisé dans la prise en charge et le traitement de la tuberculose. Il est situé en contrebas du village de Ent'ot'o Maryam, et est accessible à pieds aux personnes y

⁴ Comme il a été explicité dans les pages liminaires, les personnes mentionnées dans cette étude sont anonymisées. Seules des initiales sont indiquées pour les clercs. A titre de rappel le terme *bahetawi* est une fonction, et un qualificatif, d'origine *ge'ez*, ce mot signifie littéralement "solitaire".

vivant, si bien que les *tsäbältägnas* pouvaient également s'y rendre. Si lors de la première enquête de terrain, de septembre 2005 à février 2006, la distribution des ARV n'était pas réellement sensible en Ethiopie, et encore moins sur les sites d'eau bénite, il en fût autrement lors de la deuxième enquête, de janvier 2006 à mars 2007. Une première visite sur le site de Ent'ot'o Maryam nous alerta sur l'interdiction qui était faite aux PVVIH de prendre des ARV. Nous avons déjà noté l'incompatibilité structurelle et dogmatique entre la cure par l'eau bénite et toute autre forme de traitement, et nous reviendrons longuement sur ce point. Mais, jusque là, en l'absence de traitement contre le sida, le problème de l'incompatibilité des formes thérapeutiques n'apparaissait pas déterminant. A partir du moment où les ARV ont été distribués largement et gratuitement sur l'ensemble du territoire (au moins théoriquement), la question de la combinaison entre les cures spirituelles et biomédicales se posa non seulement avec acuité, mais pris la dimension d'une question de santé publique. En effet, pour impossible qu'il soit de chiffrer avec précision le nombre de personnes infectées au VIH prenant de l'eau bénite, l'importance culturelle, symbolique et sociale de cette réponse religieuse, a placé la question de la compatibilité entre les traitements sur le devant de la scène éthiopienne.

L'Etat éthiopien, pour concerné qu'il puisse être par cette question ne l'investit guère les premières années. Ou plus exactement, il semble que sa position ait été pour le moins discrète au regard de ce problème. C'est sous l'impulsion des américains que la confrontation entre eau bénite et ARV prit corps et fit l'objet d'un traitement politique. En effet, dès 2004, USAID (United State Agency for International Development) mit en place un programme de soutien financier et technique à l'EOTC pour promouvoir l'abstinence et la fidélité. Deux ans plus tard, en 2006, le PEPFAR (President's Emergency Plan For Aids Relief) agrandissait le centre de distribution des ARV près de Ent'ot'o Maryam, dans l'enceinte du Saint Petros Hospital. Un peu avant l'ouverture du centre de distribution, le coordinateur de PEPFAR en Ethiopie, un éthio-américain au fait du problème de l'incompatibilité traditionnelle et dogmatique des deux types de traitements, convainquait le Pope de l'EOTC, l'Abuna Pawlos, de la compatibilité entre l'eau bénite et les ARV ainsi que de la nécessité de la promouvoir auprès des fidèles de l'Eglise.

Cependant des réticences nombreuses et profondes à cette association eau bénite/ARV sont apparues et ce n'est qu'en mai 2007 que la situation évolue sensiblement. En effet, le 25 de ce mois, le Pope de l'EOTC se rend à Ent'ot'o Maryam accompagné de l'ambassadeur des Etats-Unis, pour annoncer aux fidèles et aux clercs de cette église que l'eau bénite pouvait désormais être prise avec les ARV. Dès lors, la question de la compatibilité entre l'eau bénite et les ARV fut laissée à l'appréciation des fidèles vivant avec le VIH. Ainsi, d'une certaine façon, du site d'eau bénite de Ent'ot'o Maryam, village quelque peu isolé d'Ethiopie, qui du moins se veut tel, on observe « les décisions de la Maison Blanche en marche ».

Ainsi, les sites d'eau bénite, et celui de Ent'ot'o Maryam en particulier constituent de véritables observatoires des problématiques ayant trait au VIH en Ethiopie. Ils donnent à voir les réponses non seulement individuelles à l'infection au VIH mais aussi collectives à l'épidémie que les Ethiopiens ont formulée. Ils permettent d'observer le complexe de normes que le virus véhicule et des représentations dont il fait l'objet. De ces sites également, il est possible de saisir la manière dont le christianisme éthiopien (EOTC et Eglise éthiopienne) répond à l'épidémie au VIH. On y voit les fidèles opter pour le traitement spirituel ou

biomédical ou encore tenter de combiner les deux. Et enfin, s'y donnent à voir les relations s'établissant entre les différentes instances investies dans la lutte contre le sida.

Une implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida qui interroge

Il apparaît donc que l'implication de cette confession religieuse, en tant qu'institution (EOTC) et religion pratiquée par les fidèles (Eglise éthiopienne), pour précoce qu'elle soit, pose de nombreuses questions. Celles-ci sont de trois ordres, et constituent les fils directeurs, les axes autour desquelles cette étude s'articule. Le premier ordre d'interrogations concerne les représentations et les pratiques autour du VIH dans le contexte religieux chrétien éthiopien et comment en retour le sida les transforme ou non. Le deuxième ordre de questionnement intéresse la lutte contre le sida en tant qu'affaire d'institutions : le Gouvernement éthiopien, l'EOTC, USAID-PEPFAR, le Fond Mondial, etc. C'est à ce titre que l'EOTC est invitée à s'engager. Et, à partir de 2004, cet engagement est largement subventionné par USAID-PEPFAR. Dans ces conditions, on peut s'interroger tant sur les raisons d'un tel appui que sur ses conséquences, pour le christianisme éthiopien. Enfin, l'Eglise éthiopienne a formulé à l'endroit de l'épidémie des réponses tant collectives qu'individuelles. L'introduction et la distribution gratuite des ARV rencontre à son arrivée une réponse plus traditionnelle, plus spirituelle. Se pose alors la question de la combinaison des traitements religieux et biomédicaux : l'eau bénite et les ARV.

Le premier ordre d'interrogation a trait à la manière dont l'infection au VIH « existe » sur les sites d'eau bénite. On peut s'interroger sur ce que la réponse, forme d'intégration du virus par l'Eglise éthiopienne dit des représentations et des conceptions du VIH des chrétiens éthiopiens, culturellement et socialement dominants sur le territoire. Comment en retour a-t-il transformé, ou non, l'Eglise éthiopienne ? Plus spécifiquement, la question des représentations du VIH, touche à deux aspects : sa transmission, essentiellement par voie sexuelle, et la guérison ou prise en charge thérapeutique par l'Eglise éthiopienne. L'EOTC s'est vue enjoindre par les gouvernements éthiopiens successifs de s'investir dans la lutte contre le sida, pour « promouvoir les valeurs traditionnelles » puis pour prôner l'abstinence et la fidélité. Or, dès nos premières enquêtes de terrain en maîtrise, il nous a semblé évident que les fidèles de l'Eglise éthiopienne ne recouraient pas au sacrement religieux chrétien du mariage. Les alliances matrimoniales sont le plus souvent célébrées en dehors du cadre de l'Eglise et seules les personnes les plus pieuses, les prêtres et les personnes âgées recourent à ce sacrement pour officialiser leur mariage. Dans ces conditions, on peut questionner le rôle et la place de l'Eglise éthiopienne dans l'encadrement des comportements sexuels (chapitre 5). Dans quelle mesure une Eglise qui ne célèbre pas les mariages de ses fidèles peut-elle produire un discours sur leurs comportements sexuels ? Quel rôle joue-t-elle dans cet aspect de leurs existences ? Quelle place occupe-t-elle dans la vie intime de ses fidèles, quels discours émanant d'elle sont entendus et mis en application (chapitre 6) ? Incidemment, si les fidèles ne se marient que très rarement religieusement, et que les règles religieuses quant à la sexualité ne sont guère connues, alors quelles normes et règles encadrent leurs vies maritales, intimes et sexuelles (chapitres 6 et 7) ?

Si pour de nombreuses congrégations religieuses le sida est considéré comme une punition divine pour le non respect des règles religieuses, qu'en est-il de l'Eglise éthiopienne (chapitre

8) ? Certains auteurs ont noté la dimension eschatologique de la foi éthiopienne (Stoffregen-Pedersen, 1990), en cela elle se rapproche de nombreux autres Eglises chrétiennes. Ainsi, peut-on également interroger les manières selon lesquelles ce christianisme éthiopien a répondu à la survenue de l'épidémie (partie 3) ? Quels sens lui donne cette confession religieuse ? Ceux-ci ont-ils évolué avec la publicisation croissante de l'épidémie au VIH (chapitre 8) ? Nous avons vu qu'une des réponses les plus prégnantes de l'Eglise éthiopienne au VIH était la cure par l'eau bénite. Qu'est-ce que cette thérapeutique spirituelle dit des représentations religieuses du sida (chapitre 9) ? Que signifie pour l'Eglise « guérir » du sida ? Quelles sont les modalités d'une telle prise en charge ? A quelles représentations du VIH les fidèles adhèrent-ils pour autant recourir à cette eau bénite (chapitre 8) ? Comment se manifestent ces guérisons (chapitre 9) ?

La deuxième catégorie d'interrogations concerne l'Eglise en tant qu'institution, soit l'EOTC. A partir de quand, comment et pour quelles raisons s'est-elle impliquée dans la lutte (chapitres 3, 11 et 12) ? Que dit-elle du rituel de l'eau bénite très prisé des PVVIH, aujourd'hui considéré comme « dangereux » (chapitre 12) ? Quels sont les discours officiels de l'Episcopat de l'EOTC sur l'épidémie (chapitre 11) ? Comment les fidèles perçoivent et entendent cette implication (chapitres 11 et 12) ? Quels discours entendent-ils, quelles voix écoutent-ils ? Ceux des prêtres de la « base », avec lesquels ils interagissent quotidiennement ou celle de l'Abuna Pawlos, soit l'autorité supérieure (chapitre 12) ?

En termes de relations institutionnelles, la faible présence du Gouvernement éthiopien sur les sites d'eau bénite peut être questionnée. Dans quelle mesure l'Etat éthiopien et les organes spécifiquement dédiés à la lutte ont-ils intégré réellement les congrégations religieuses dans leur programme (chapitre 2) ? Qu'attendent-ils de l'EOTC ? Le deuxième type de relation institutionnelle est celui qu'entretient l'EOTC avec le tandem USAID/PEPFAR sur le sol éthiopien. Le soubassement religieux et l'influence de la droite chrétienne américaine puritaine dans l'élaboration du plan PEPFAR ont été notés par de nombreux auteurs (Pipes, Ebauch, 2002 ; Oueslati, 2006 ; Hermann, 2009) (chapitre 10). Cette influence a largement pesé dans les financements octroyés à l'EOTC, en tant que FBO (Faith Based Organization). Celle-ci était considérée comme un partenaire de choix des bailleurs de fond américains. Mais tous les christianismes ne se ressemblent pas malgré certaines similitudes morales notamment quant aux comportements sexuels. La nouvelle droite américaine est plutôt affiliée au puritanisme protestant (chapitres 10 et 11). Son rapport au monde est, comme le note M. Weber, fondé sur l'ascèse intramondaine (1986, 1996). USAID et PEPFAR subventionnent en Ethiopie, différentes congrégations religieuses, mais c'est à l'EOTC que vont la plus grande part des financements des FBO éthiopiennes. Celle-ci est à l'inverse du puritanisme américain une Eglise de l'ascèse extra-mondaine, fuyant un monde envisagé comme habité par le diable. Ainsi, deux conceptions religieuses du monde se rencontrent sur le front de la lutte contre le sida. Ces deux institutions sont en retour transformées par la survenue de l'épidémie ainsi que par leur lutte contre le sida. Mais on peut s'interroger sur les formes d'investissement de chacune de ces institutions/religions, et sur leur rencontre réelle en termes de luttes (partie 4). Leurs accointances morales vont-elles prendre le pas sur leurs divergences ? Dans quelle mesure une coopération est-elle réellement possible ? Que dit cette rencontre des différentes conceptions et représentations du VIH de part et d'autre du globe (chapitre 11) ?

La démarche du PEPFAR est la version américaine d'un phénomène plus large, émanant des organisations internationales et visant à intégrer les organisations confessionnelles à la lutte contre le sida. Ces dernières ont en effet, initié un mouvement, incité les congrégations religieuses à s'engager contre le sida activement, à prendre part au « combat » (chapitre 2). Ce mouvement, cette tendance peut faire l'objet de questionnements. Que révèle-t-il des positions et des idées, voire des valeurs de ces instances internationales, et organismes bilatéraux américains (chapitres 2 et 11) ? Dans le cas de l'Éthiopie, les incitations à s'engager dans la lutte contre l'épidémie émanent certes de ces organismes internationaux, mais les supports et appuis américains sont les plus visibles sinon les plus directs. Ainsi peut-on s'interroger sur le rôle que USAID et le PEPFAR veulent-elles faire jouer à l'EOTC (chapitre 11) et à l'Église éthiopienne (chapitres 11 et 12) ? Ces financements, investissements ne sont-ils pas sous-tendus par des conceptions du VIH, de la religion voire du christianisme éthiopien ? Ne peut-on pas dès lors s'interroger sur leur existence et leur nature (chapitres 11 et 12) ? Qu'en est-il de la réponse de l'EOTC ? Il n'est pas sûr que l'Église éthiopienne et l'EOTC soient toujours exactement là où on les attend, qu'elles s'engagent et tiennent les discours attendus d'elles. Alors comment ces dernières répondent-elles à la demande d'implication puis de financement des organismes d'aide bilatérale américaine ? Sur quelles actions ce « partenariat » débouche-t-il (partie 4) ?

Le dernier ordre d'interrogations a trait à la rencontre entre deux types de traitements. Le PEPFAR est à l'origine de la confrontation entre eau bénite et ARV. Jusqu'à leur intervention, si des PVVIH vivaient sur des sites d'eau bénite en prenaient, cela était protégé par le sceau du secret, du moins à Ent'ot'o Maryam. Ainsi, le rapprochement réel entre les deux formes de thérapeutiques, spirituelle et biomédicale, est-il plus induit, provoqué par l'implication des acteurs américains et principalement du PEPFAR. A partir de cette réalité, on peut également questionner la rencontre entre les deux types de thérapies. Est-ce que l'advenue des « guérisons miraculeuses » s'en trouve modifiée, altérée ? Comment le rituel de l'eau bénite va-t-il ou non être transformé, s'adapter à la combinaison des traitements (chapitre 12) ? Ces sites vont-ils intégrer ce « traitement » dogmatiquement « interdit » ou au contraire les rejeter ? Et s'ils les ingèrent de quelle façon ? Et qu'en est-il des fidèles ? Vont-ils exclure le traitement biomédical au profit de la cure spirituelle dans l'espoir d'être guéris, ce que ne promet pas la biomédecine, ou bien combineront-ils les formes thérapeutiques (chapitre 12) ? Enfin, la rencontre entre ces deux types de traitements, spirituel et biomédical, est aussi la rencontre de deux manières d'envisager le sida, et le VIH, et incidemment la maladie, la santé, la mort, la vie et l'existence. Chaque forme de traitement, biomédicale et spirituelle, a ses exigences propres, mais finalement, toutes deux réclament de leurs fidèles et/ou patients pour le plein succès du traitement, précisément fidélité (qualifiée aussi d'observance) et patience. N'est-il pas étonnant que deux types de thérapies réputées aussi dissemblables requièrent des qualités aussi proches (chapitre 13) ? En existent-ils d'autres ? Que révèlent ces similarités pour le moins inattendues des thérapies biomédicales et spirituelles (chapitre 13) ? En retour, qu'est-ce que ces ressemblances disent de l'infection au VIH et des représentations qu'en forgent la biomédecine et le christianisme éthiopien (chapitre 12 et 13) ?

Ainsi, cette thèse par les interrogations qu'elle pose se situe à la croisée de l'anthropologie et de la sociologie de la santé (et plus spécifiquement du sida) et du fait religieux (et plus particulièrement chrétien).

Une anthropologie du sida entre religion et santé

Ces champs de la religion et de la santé sont anciens et ont connu des développements riches. A leurs débuts, l'anthropologie des champs religieux et de la santé (ou maladie) n'avait pas opéré de distinction nette. Il suffit de retourner aux travaux de Rivers (1934), d'Ackerknecht (1946) d'Evans-Pritchard (1972), ou de V. Turner (1986), c'est-à-dire aux travaux des pères fondateurs de l'anthropologie médicale et de l'anthropologie générale pour observer la porosité des frontières entre les champs. Cependant, plusieurs auteurs ont noté qu'entre la deuxième moitié de la décennie 1990 et le début des années 2000, l'anthropologie de la santé s'est donné de nouveaux objets (dont le sida), si bien que l'ancienne thématique des thérapeutiques religieuses ou magico-religieuses s'est vue de moins en moins investie par les anthropologues de la santé. Par ailleurs, peu de chercheurs se sont penchés sur les thérapeutiques religieuses proposées par les christianismes occidentaux ou orientaux, les pentecôtismes et christianismes africains et sud américains ont, *a contrario*, fait l'objet de nombreuses recherches (Corten, 1995, 1999 ; Corten, Mary, 2001 ; Corten, Dozon, Oro, 2003 ; Mary, 2000, 2009 ; Tonda, 2002, 2005; Dozon, 2008). De même, L. Obadia note que la majorité des anthropologues du religieux ne se sont guère intéressés aux christianismes (occidentaux mais plus encore orientaux) laissant cet objet aux sociologues du religieux (2007), là encore aux exceptions notable d'A. Piette (1999, 2003) et plus récemment d'A. Mary (2010). Enfin, en 2005, date à laquelle cette étude a commencé, les travaux portant sur l'engagement des congrégations religieuses dans la lutte contre le sida étaient rares et portaient le plus souvent sur les aspects bénéfiques ou néfastes de telles implications (Dilger, Buchardt, van Djik, 2010). Si bien que l'objet de cette étude et la thématique centrale de cette thèse, l'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida ont été construits sur un faible nombre d'études préalables sur ce christianisme tant sa dimension thérapeutique que dans les formes de religiosité de ses fidèles.

Appréhender les « guérisons miraculeuses » du sida

Traiter et analyser les « guérisons miraculeuses » du sida demande à ce que la posture de l'enquêteur soit précisée ou du moins explicitée. On peut en effet s'interroger sur les conséquences de l'existence des « guérisons miraculeuses » du sida sur les risques encourus par les personnes guéries et les possibles contaminations d'autres personnes. Dans ces cas-là, quelle position l'enquêteur peut et doit adopter ? En outre, l'emploi des termes « guérisons » et « miraculeuses » requiert une deuxième précision. Il n'existe pas selon la biomédecine de guérison du sida. Comment alors appréhender et rendre compte des conceptions et représentations de la cure au VIH qu'offre le christianisme éthiopien ? La qualification « miraculeuse » suppose un détour par une analyse sociologique et/ou anthropologique propre au religieux. Mais c'est un crochet fécond puisqu'en retour il permet de penser le rapport au VIH et plus généralement à la santé en Ethiopie.

En terme éthique, l'existence de « guérisons miraculeuses » du sida en Ethiopie, interroge la posture même du chercheur. Car si des personnes se « croient » guéries alors qu'elles ne le

sont pas, quelle attitude adopter ? Quelles sont les conséquences en terme de contamination, et que doit « faire » l'enquêteur face à cela ? Est-il possible de conserver sa neutralité face à un tel « risque » potentiel ?

Nous avons cherché non pas à évaluer la portée de telles conceptions, mais au moins à déterminer si effectivement un nombre conséquent de personnes « faussement » séronégatives pouvaient constituer un réel problème de santé publique. Il est apparu que les représentations et conceptions ainsi que la qualification même de « guérison » du sida ont évolué depuis les premiers recours à l'eau bénite, entre le début des années 1990 et août 2008, date des dernières enquêtes de terrain. Schématiquement, lors des premières visites à Ent'ot'o Maryam, en 2004, nous avons rencontré des personnes se disant infectées sans avoir effectué de dépistage. A cette date, si des centres de dépistages avaient été ouverts, beaucoup étaient payants et leur existence n'était pas aussi connue que dans les années suivantes. Si bien qu'il était impossible de déterminer le statut sérologique réel de la personne. Ensuite, en 2005, toutes les personnes interrogées avaient effectués entre un et plusieurs tests de dépistages. La variété des centres desquels ces tests provenaient était telle que la potentielle existence de faux positifs était impossible à vérifier et se révélait même caduque. Enfin, nous n'avons rencontré que trois « séroconvertis », tandis que plus de soixante-dix personnes séropositives vivant sur des sites d'eau bénite ont été rencontrées et/ou interviewées. Il est donc très vite apparu que la possibilité de faux négatifs n'était guère réaliste et surtout qu'il ne fallait pas « grossir » un phénomène qui ne semblait pas atteindre des proportions alarmantes.

Ces « guérisons miraculeuses » peuvent être appréhendées sous l'angle anthropologique. C'est à dire que l'on peut questionner leur construction, ce qu'elles révèlent des conceptions chrétiennes éthiopiennes du monde, de Dieu, de la maladie, du sida et de la « guérison » ainsi que de la mort. Ainsi, en Ethiopie sur les sites d'eau bénite, certaines des personnes interviewées commençaient par dire quand nous nous présentions qu'avec leurs réponses, nous pourrions témoigner de ces miracles en France. Inversement, en France, plusieurs personnes nous ont demandé si nous croyions en ces miracles, d'autres nous apostrophèrent en nous intimant de ne pas « croire » voire, de nous « positionner » contre ces « croyances ». Que répondre à ces demandent émanant d'une France viscéralement attachée à sa laïcité, à sa rationalité et à celles provenant d'une Ethiopie dont un verset biblique rapporte qu'elle « tendra ses mains vers Dieu » ? Que dire aux Ethiopiens dont la foi est chevillée à l'âme aussi sûrement que la laïcité est ancrée dans le cœur des Français. Sous les oripeaux de l'opposition, et de la dissonance, une similarité transparait : tous nous intimaient de convaincre les autres, les uns par l'expérience visible, sensible dont nous serions témoins, les autres par l'expérience scientifique, raisonnée dont nous serions la porte parole. Ces positions sont révélatrices de conceptions de la foi, du miracle et du sida opposées. Dans ces conditions, comment rendre compte de la foi chrétienne éthiopienne dans ces « guérisons miraculeuses » sans énoncer de jugements de valeur qui subrepticement se cachent parfois dans les formes même d'une description (Pharo, 2004) ? Comment atteindre la neutralité et la conserver ? A notre sens, une des voies possibles et celle que nous avons choisie est justement l'anthropologie. Elle permet par son outillage conceptuel, et requiert dans le même temps, la distance, le non-jugement, du moins sa suspension. Ceux-ci se gagnent par l'interrogation des catégories mêmes à partir desquelles nous pensons et observons le réel, ce qui se donne à voir. C'est donc en interrogeant conjointement les conceptions françaises (et plus largement

occidentales) de la « guérison » et du « miracle » qu'il a été possible d'effectuer ce pas de côté nécessaire à l'appréhension puis au questionnement des « guérisons » et « miracles » éthiopiens.

Structuration de la réflexion

Cette étude traite de l'engagement du christianisme éthiopien contre le sida et poursuit donc plusieurs objectifs :

Il s'agit d'abord de définir une « méthode », une option épistémologique, une approche permettant de penser ensemble le christianisme éthiopien, le sida et la biomédecine et ses « représentants » (au sens large puisque la biomédecine, la science médicale est véhiculée par de nombreux acteurs : Gouvernement éthiopien, directives internationales, programmes d'aides bilatéraux américains).

A partir de là, le deuxième objectif poursuivi est de comprendre la manière dont le VIH s'inscrit dans des pratiques et des conceptions religieuses. Il s'agit alors de se pencher sur les représentations du VIH, les moyens que la société et les individus se donnent et construisent pour s'en prémunir. On s'intéressera également aux réponses à l'infection, tant à titre individuel que collectif, puisque l'Eglise éthiopienne et l'EOTC tiennent aussi des discours sur le sida en tant que maladie du siècle. Enfin, on tentera de déterminer la manière dont le VIH transforme ou non ces pratiques et conceptions religieuses.

USAID et PEPFAR, sous-tendus par des conceptions religieuses, ont joué un rôle de première importance dans l'engagement de l'EOTC contre le sida. Leurs subventions et leurs directives ont conduit l'EOTC à se positionner, à revoir certaines de ses conceptions du sida, d'autres par contre perdurent. Il s'agira de mettre à jour cette interaction dans ses dimensions, médicales et religieuses.

Enfin, le dernier objectif est de mettre en regard les manières religieuses et biomédicales (et ici portée par de les acteurs explicités plus haut) de traiter et de répondre à l'infection.

Pour terminer, le croisement des disciplines anthropologiques, santé et religion autour du sida, nous a conduit à formuler des propositions théoriques et épistémologiques s'inscrivant dans le champ de l'anthropologie générale.

Ces thématiques seront abordées en treize chapitres regroupés en quatre parties. La première partie, divisée en quatre chapitres, présente le contexte général de l'étude. Le cadrage bibliographique et théorique est l'objet du premier chapitre, il débouche sur la présentation de l'approche théorique élaborée pour ce travail. Dans un deuxième chapitre, l'histoire de la lutte contre le sida en Ethiopie sera esquissée, elle est principalement portée par le Gouvernement éthiopien, et les instances internationales. Le troisième chapitre sera dédié à la description de du christianisme éthiopien. L'enquête de terrain et les techniques de collecte des données seront décrits dans le quatrième chapitre. Il se terminera par une discussion sur la place de l'émotion dans la recherche et dans le positionnement du chercheur.

Dans la deuxième partie, comprenant trois chapitres, c'est le volet prévention qui retiendra notre attention. Il s'agira de présenter le complexe de normes sexuelles ayant cours dans la société éthiopienne, avant et après l'arrivée du sida. Le cinquième chapitre (premier de la partie) permettra d'établir les instances normatives traditionnellement présentes et réellement en vigueur en matière d'encadrement des comportements sexuels en Ethiopie. Puis, les différents niveaux normatifs internationaux et nationaux seront présentés et analysés (sixième

chapitre). Dans ce cadre, la notion internationale de risque et son utilisation, les modalités de son emploi par les instances nationales est révélatrice des réappropriations des normes internationales au niveau local. Dans un troisième temps (septième chapitre), nous nous pencherons sur la manière dont les PVVIH relisent et expliquent, *a posteriori*, les causes de leur infection au VIH. Cette approche permet de saisir, par la négative, puisqu'il s'agit des règles qu'ils n'ont pas suivies, les normes effectives en termes de comportements sexuels, celles que les personnes pensent devoir écouter. Nous verrons que la notion de risque est rarement utilisée par les fidèles vivant avec le VIH, *a contrario*, celle de confiance est récurrente. Elle permet en retour de proposer une alternative à la notion de risque.

La troisième partie, comporte deux chapitres. Elle est dévolue à l'analyse de la réponse religieuse la plus employée par les fidèles de l'Eglise éthiopienne, la cure par l'eau bénite. Nous recourrons dans cette partie à la notion d'anthropologie de guérison pour montrer que l'entrée dans la maladie est le reflet inverse de la sortie de la maladie et peut dès lors être considérée comme un objet de recherche en soi au même titre que la maladie. L'infection au VIH est prise en charge dans ces espaces, les sites d'eau bénite, de manière individuelle et collective. Dans le premier chapitre de cette partie (le huitième), la réponse centrée sur l'individu sera décrite et analysée. Le chapitre suivant sera l'occasion de nous pencher sur la réponse collective.

La quatrième et dernière partie est consacrée à l'analyse conjointe de la survenue des ARV sur les sites d'eau bénite et de la rencontre entre deux systèmes religieux autour de l'objet sida, PEPFAR et l'EOTC. La présentation du PEPFAR, volet préventif et distribution des ARV, et de son soubassement religieux est l'objet du premier chapitre de la partie (dixième chapitre). Puis, dans un deuxième temps, nous traiterons de la rencontre entre PEPFAR/USAID et l'EOTC (chapitre 11). Nous y présenterons l'influence de USAID sur la politique en direction du sida de l'EOTC et discuterons de la rencontre autour du sida de deux rapports aux mondes, au divin et à la santé différents voire sur certains points opposés. Dans le dernier chapitre de cette étude (chapitre 12) nous nous intéresserons aux conséquences du triptyque PEPFAR/EOTC/ARV sur la cure d'eau bénite, la prise d'ARV et sur l'économie générale du miracle. Un détour par une comparaison des modalités thérapeutiques spirituelles et biomédicales permettra d'interroger la plasticité du rituel de l'eau bénite ainsi que la notion d'observance, au cœur des problématiques tant religieuses que sanitaires de prise en charge et de soin des PVVIH. Le treizième chapitre sera l'occasion de présenter une analyse conclusive de certains des principaux aspects traités dans cette thèse. Enfin, nous conclurons sur les apports et les perspectives de recherche ultérieure de ce travail.

PREMIERE PARTIE

Des textes aux contextes :

De l'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida

Cette partie est consacrée à la présentation des cadres scientifiques théoriques de l'étude, des acteurs analysés et des contextes de production des données. Le premier chapitre est celui de l'exposé du cadre théorique de cette thèse. Une revue de la littérature en sciences sociales du fait religieux s'intéressant à la santé puis de la sociologie et de l'anthropologie de la santé dans son lien au fait religieux pose le contexte théorique de l'étude. Puis, les principales thématiques des récentes études portant sur l'implication des congrégations religieuses dans la lutte contre le sida seront exposées. Le chapitre débouchera sur l'exposé de l'assise théorique élaborée pour l'analyse du présent objet d'étude. Les acteurs institutionnels impliqués dans la lutte contre le sida seront présentés dans le deuxième chapitre. Il s'agit : du gouvernement éthiopien, du département « développement » de l'EOTC investi dans la lutte contre le sida, de diverses instances internationales et enfin des organismes d'aide bilatérale américains, USAID et PEPFAR. Cependant, ces derniers faisant l'objet d'une analyse ultérieure (chapitre 10), c'est l'histoire des relations éthio-américaines qui sera succinctement exposée ici. Le chapitre suivant, le troisième, est l'occasion de présenter le christianisme éthiopien dans plusieurs de ses dimensions : institutionnelles, historiques, dogmatiques ainsi qu'en terme de religiosité des fidèles, avec une section finale dévolue à la présentation de l'eau bénite. Celle-ci permettra de poser un cadrage contextuel des analyses des pratiques liées au VIH localisées sur les sites où d'eau bénite, point d'entrée de cette étude. Enfin, le chapitre quatre, le dernier de la partie, sera celui de l'explicitation des modes de collecte des données ; il se terminera par une proposition théorique quant à la possibilité de prendre en compte les émotions de l'enquêteur sur le terrain, pendant la collecte des données.

CHAPITRE I

Au croisement de l'anthropologie de la santé et du fait religieux

Interroger l'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida nécessite un cadrage théorique, ou du moins la désignation d'une porte d'entrée analytique. Mais se pose la question du choix de l'approche : l'anthropologie certes mais empruntant des outils conceptuels à la sociologie, ainsi que parfois à l'histoire, et appliquée à la santé et au fait religieux. D'aucuns nous incitaient à envisager cet objet à partir de l'anthropologie de la santé, d'autres proposaient de l'aborder sous l'angle de la religion mais de toute part, et à l'instar de notre position quant aux miracles de guérison, il nous a été demandé de choisir entre les deux, santé ou religion. Cependant, nous avons choisi de croiser, de combiner les approches, anthropologiques de la santé et du fait religieux pour analyser cet objet d'étude : l'Eglise éthiopienne et le sida. Il s'agit dès lors d'opérer cette combinaison, de la penser et de la mettre en application pour analyser les faits collectés.

Comme il a été explicité en introduction, H. Dilger, M. Burchardt et R. van Dijk dans un récent article, (2010) pointent la nécessité de définir une épistémologie adaptée à l'analyse de l'engagement des congrégations religieuses dans la lutte contre le sida. Plus précisément, ils se demandent s'il est possible de créer un « langage » permettant aux théologiens et aux sciences sociales de dialoguer sur le thème de la religion et du sida (*ibid* : 374). L'existence de cette question révèle son absence préalable. S'il existe des passerelles, si de nombreux auteurs ont pensé conjointement religion et thérapie (Piault, 1975 ; Laplantine, 1982, 1986 ; Lautman, Maître, 1995 ; Massé, Benoit, 2002) ou appellent à le faire (Fainzang, 2005 ; Olivier de Sardan, 2006), force est de constater que pour nombre de chercheurs cette relation, cette intrication n'est pas évidente. Par exemple, F. Lautman et J. Maître introduisent l'ouvrage collectif qu'ils coordonnent ainsi :

« Parler de santé et de guérison hors des temples qui en consacrent la légitimité, c'est-à-dire les lieux de l'institution médicale ou de la recherche biologique, n'y a-t-il pas là une sorte de sacrilège ? » (1995 : 7)

Quoique les auteurs précisent qu'il s'agit d'une boutade : « Sans vouloir pousser plus loin une plaisanterie qui affronte les valeurs de nos champs respectifs (...) » (*ibidem*), la deuxième partie de la phrase met l'accent sur l'existence d'une séparation entre les champs de la religion et ceux de la santé. Ils ne sont pas les seuls à dénoncer l'existence de cette barrière et à noter la présence de territoires. R. Massé en introduction de l'ouvrage collectif dirigé avec J. Benoist se demande :

«Et si notre découpage de la perception locale du monde et de la maladie en concepts tels que ceux de sacré, de médecine, de maladie n'était pas abusif, ne devenait pas une pratique analytique instituante découlant d'un "réalisme dogmatique de l'observateur occidental" menant parfois aux limites de l'essentialisation du sacré, du religieux ? » (2002 : 10)

Pour F. Laplantine, il s'agit de se départir des découpages territoriaux trop rigides et de penser un objet mêlant santé et religion

« Mais il convient, au préalable [...] de nous interroger sur la pertinence scientifique du découpage spontané de l'ethnologie classique réaliste qui postule la distinction d'un objet qui relèverait de l'anthropologie médicale et d'un autre qui relèverait de l'anthropologie religieuse. Ce qui, à notre avis, doit être remis en question, c'est que cette distinction opérée par une compréhension éminemment ethnocentrique soit la plupart du temps transportée et transposée telle quelle dans ce que l'on croit être la science. » (1986 : 345)

Il apparaît donc que croiser ou définir une approche conjointe d'un objet (que l'on doit par ailleurs définir) par l'anthropologie de la santé et de la religion est bien plus délicat et difficile que certains auteurs comme J.P Olivier de Sardan (2006) ne le laissent entendre ou incitent à le faire. Pour d'autres, cette idée semble être une véritable gageure, un parcours semé de pièges et d'embûches risquant de décrédibiliser la tentative de rapprochement (Massé, 2002). Un tour d'horizon et une rapide plongée dans l'histoire de ces disciplines (sociologie et anthropologie religieuses, sociologie puis anthropologie de la santé) révèle l'existence, voire la prégnance, d'une frontière entre ces champs ainsi que F. Laplantine le note (*ibidem*).

Pour comprendre les modalités complexes d'articulation entre ces disciplines et ces objets, il est utile de rappeler brièvement les jalons chronologiques et conceptuels qui en ont marqué l'histoire. Cette mise en perspective permettra de contextualiser et de situer tant historiquement que épistémologiquement la présentation de l'état des recherches sur le thème 'religion et sida en Afrique'. On terminera par l'établissement de notre propre cadre analytique.

I. Sociologie et anthropologie religieuses, de l'histoire aux croisements de champs

I.1. Aux origines... à sa définition : quelques jalons historiques

La sociologie et l'anthropologie de la religion sont nées conjointement et ont été parmi les thématiques fondatrices de ces disciplines. Il est établi que la sociologie et l'anthropologie en général, mais également celles des religions (ou religieuses ou des faits religieux) sont apparues entre la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle. Ces disciplines sont nées d'un « questionnement sur le fondement de l'ordre social » (Riutort, 2004 : 6). Le siècle des Lumières, la Révolution française puis la première Révolution Industrielle ont transformé le monde européen (et américain) ; à leur suite

« C'est l'idée d'organisation rationnelle et de technicisation de la société elle-même afin d'accroître les richesses et de maîtriser l'histoire qui s'impose. » (Giraud, 2004 : 28).

C'est à cette période que les phénomènes religieux enchâssés dans cette modernité ont posé question aux précurseurs de la sociologie, alors en gestation.

On considère que les travaux d'A. de Tocqueville en Amérique du Nord, de A. Comte, ainsi que ceux de K. Marx et F. Engels, entre 1835 et 1850 ont jeté les bases, les fondements de la sociologie, la religion occupant une place de choix dans leurs interrogations et leurs analyses. S. Abbruzzese (2005 : 597-600) montre que le rapport au religieux et au non-religieux dans le contexte historique dans lequel émergent les sciences sociales de ce champ est significatif. En effet, la première moitié du XIX^e siècle, est celle la controverse et de la critique de l'emprise du religieux dans l'existence.

« Issue des controverses entre les exégètes protestant et catholique des XVI^e et XVII^e siècles, enrichie par les informations données par les voyageurs et les missionnaires engagés dans l'évangélisation du Nouveau Monde, l'analyse non théologique des phénomènes religieux, pénétrée par la critique des Lumières, fait des croyances religieuses, dans la première moitié du XIX^e siècle, l'héritage encombrant d'un stade pré-scientifique de l'humanité. [...] Elle paraissait incompatible avec l'ordre social moderne. » (Abbruzzese, 2005 : 597)

Jusque dans les années 1940-50, les faits religieux font l'objet de nombreux travaux et le champ est en pleine expansion. Puis à partir de cette période, L. Obadia rappelle que :

« L'intérêt pour la religion s'amenuise alors au point que, dans les années 1950 et 1960, en signaler l'épuisement devient un leitmotiv de l'anthropologie : pour Levi-Strauss, "l'anthropologie semble s'être progressivement détachée de l'étude des faits religieux" [1974, p. 227]. [...], L'anthropologue américain C. Geertz se désolait de son côté que, depuis Durkheim, Weber et Levi-Strauss, "aucun progrès notable n'a été fait sur la plan de la théorie" [1972, p. 19], avant de rouvrir le chantier, en réhabilitant l'approche culturaliste, par une révision du symbolisme en anthropologie. » (2007 : 11-12)

Quoique plusieurs auteurs s'accordent pour établir un recul de l'intérêt pour les phénomènes religieux des anthropologues et des sociologues du milieu du XX^e siècle, de nombreux travaux sont publiés. C'est également dans les années 1950 que Gabriel Le Bras proposera une nouvelle approche de la pratique religieuse (1955-56). En 1956, la revue *Archives de Sociologie des Religions* est fondée par H. Desroche, G. le Bras et F. Isambert, E. Poulat et J. Maître, soit les cinq membres du Groupe de Sociologie des religions, (créé en 1954) sous l'égide du CNRS. Rebaptisée *Archives des sciences sociales des religions*⁵, elle sera transférée, en 1973 à l'EHESS.

Les études sur le fait religieux étant pléthoriques et diversifiées, il n'est guère pertinent d'en proposer une synthèse ici. Un point est toutefois marquant et mérite, dans le cadre du croisement des champs religieux et de la santé, une précision, un développement. Depuis les années 1980, et sans doute dans un mouvement débutant un peu auparavant (Bourdieu, 1971 ; Le Bras, 1955, 1956) plusieurs sociologues notent l'apparition de nouvelles définitions du religieux et une ouverture vers des objets moins envisagés comme proprement religieux (Obadia, 2007 : 11-12). En outre, S. Abbruzzese note que « la reformulation du processus de sécularisation a ouvert plusieurs pistes [Martin, 1978] » et parmi celles-ci,

⁵ <http://assr.revues.org/2802>

« Les nouvelles formes de religions ont suggéré de nouvelles définitions opératoires : religions “métaphorique” ou “par analogie” [Hervieu-Léger 1993, 2000] » (Abbruzzese, 2005 : 599)

Le projet d'une socio-anthropologie des religions est l'une de ces nouvelles approches ou les nouvelles manières de considérer, d'analyser le fait religieux. En 1997, C. Rivière intitule son ouvrage *Socio-anthropologie des religions* « bien qu'il relève primordialement de l'anthropologie religieuse » (2003). L'auteur entend ainsi décroquer l'« ancienne anthropologie aux problématiques fort contestées », acter l'utilisation d'outils conceptuels divers (sociologie ou même histoire) pour penser les problématiques et phénomènes religieux contemporains et ainsi « défier quelques cloisonnements disciplinaires » (2003 : 6). Sans proposer de socio-anthropologie des religions ou du fait religieux, L. Obadia note également la fusion des disciplines dans le cadre des études sur les religiosités modernes (2007 : 105-106).

Ainsi de manière synthétique, au début des études sur les faits religieux, l'idée de religion était très marquée par l'empreinte du christianisme occidental et des religions monothéistes. Sa définition même a aujourd'hui évolué et plusieurs chercheurs envisagent plutôt le religieux comme un champ diffus (Champion et al. 2007).

De chaque côté des champs de la religion et de la santé, de nombreux chercheurs ont pensé, ont tenté des rapprochements thématiques et territoriaux. Nombre de sociologues et d'anthropologues du fait religieux s'intéressant à la santé ont dénoncé les cloisonnements et autres frontières plus ou moins visibles, sinon impensées, existant entre les champs religieux et de la santé.

I.2. Des premiers travaux

Dans leurs premiers travaux, les fondateurs E. Durkheim, M. Mauss, G. Simmel, M. Weber ou E. Troeltsch ne traitent guère de la dimension thérapeutique des religions ni des guérisons qu'elles offrent. En Europe, cet aspect, essentiellement assimilé à la religiosité, à la foi populaire, était traité par les folkloristes⁶. C'est à partir des années 1950 que les sociologues et les anthropologues du religieux en feront un domaine d'étude, non pas à part entière, mais du moins fourni. Les travaux existant apparaissent ressortir de deux époques : la première dans les années 1960, et une deuxième plus importante à partir des années 1980.

La première vague de travaux des chercheurs du fait religieux intégrant la thérapeutique dans leurs thématiques, débute dans les années 1960, lors d'un regain d'intérêt pour l'étude des faits religieux (ou bien la fin d'un mouvement général d'intérêt pour les faits religieux dans les années 1960 ?). Quelques grands noms de la sociologie et de l'anthropologie des décennies 1950-60 posent une série de questions, font quelques rapprochements entre les deux champs, entre autres, on peut évoquer Alfred Métraux qui travailla sur le vaudou haïtien (1957), Roger Bastide s'intéressa au spiritisme au Brésil (1967) ou encore Michel Leiris que la publication de son « journal » *L'Afrique Fantôme* (1932) rendu célèbre et qui poursuivit l'analyse des génies *zar*. A la fin des années 1960, les premiers sociologues et anthropologues

⁶ Cf. par exemple les travaux de M. Bouteiller (1966).

élaborent des théories sur la dimension proprement thérapeutiques des rites religieux. Ainsi, en 1968, E.E. Evans-Pritchard, dans son étude sur la sorcellerie chez les Azandé, souligne que
« L'objet maladie et le système médical d'une société donnée, en relation avec la totalité socioculturelle de celle-ci, et de rechercher les liens existant entre les différents aspects de la vie du groupe (organisation sociale, mode de vie, croyances, rituels, etc.). » (cité dans Fainzang, 2000 : 4)

Simultanément mais selon une approche plutôt fonctionnaliste, V. Turner met en lumière le rôle social du diagnostic des maladies par la divination (1968). Et de là, il montre qu'elle permet de restaurer un ordre social bouleversé par la survenue de la maladie. Ainsi, les premiers travaux des sociologues et des anthropologues du religieux intégrant la santé ont-ils largement contribué à mettre en lumière l'enchâssement du religieux et du « médical ». Ils ont mis en évidence le rôle thérapeutique de la religion ainsi que certaines articulations entre les champs.

I.3. Une deuxième vague d'études sur la santé

Entre la fin des années 1970 et le début des années 1980, débute la deuxième vague d'études sur la santé, plus importante que la première. C'est également l'époque durant laquelle l'étude des faits religieux connaît un nouvel essor, en partie dû à une mutation du religieux lui-même. On pensait le religieux en voie d'extinction, mais au cours des années 1980, il ressurgit sous des formes nouvelles, parfois diluées (Isambert, 1978 ; Champion, 1984, 1988 ; Hervieu-Léger, 1988) ou protestataires (Séguy, 1979). Les premières tentatives de croisement des champs religieux et de la santé, de cette deuxième période, sont le fait des sociologues, dont une des figures les plus influentes fût J. Maître. Sociologue du catholicisme, il commence à s'intéresser à la médecine à partir des années 1975 (Pinell, 2002). En avril 1982, le colloque du Groupe de Sociologie des Religions (fondé par Le Bras) se tient à Paris, il est coordonné par J. Maître, J. Gutwirth, A. Godin, J. Séguy et L.-V. Thomas. Ce dernier inaugure le compte rendu du colloque :

« Ce colloque réunit des chercheurs provenant horizons divers mais que passionne la sociologie religieuse appréhendée selon des perspectives enrichies et novatrices (sociétés "autres" ; santé et maladie ; apocalypse et utopie) » (Thomas et al. 1982 : 167)

Parmi les intervenants, on compte des sociologues, anthropologues, historiens du fait religieux et travaillant pour certains comme M. Augé, et M.-C. Pouchelle sur la maladie, la médecine, soit des champs encore en cours d'institutionnalisation. Au terme de ces journées de présentations durant lesquelles la santé et la maladie occupent une place très honorable, L.-V. Thomas synthétise les communications ayant trait à ce thème et pose diverses interrogations que ce croisement d'objets suscite :

« La permanence du secret médical les mots, magiques traduisant la séduction inconsciente du médicament, le caractère exécutoire de la parole du thérapeute, les métaphores religieuses fréquentes (maladie définie comme le mal ; malade « sauvé » ou « condamné » ; fonction apostolique du « médecin-sacrificateur » ou du médecin « père-confesseur » selon expression de Baubérot) abondent en ce sens, tout comme la profusion de médecines parallèles non dénuées de mysticisme ou seulement de magie (travaux Julliard). L'âge thérapeutique entretient donc d'étroites connivences avec âge

théologique qu'il remplace ou restructure du dedans. Il faut aller plus loin encore et questionner cet étonnant pouvoir sur la vie (fécondation artificielle, bébé éprouvette, manipulation génétique) mais aussi sur la mort⁷ (euthanasie qui pose la question du sens de la vie et du rôle de la souffrance) conduit la création une *bio-éthique* comme le dit F.-A Isambert. Et que dire des questions religieuses que soulèvent le droit la mort douce auto-délivrance la greffe organes et la transfusion sanguine auxquelles opposent encore vigoureusement certaines religions ? Et que penser des techniques nouvelles qui nous promettent immortalité pour demain telle la cryogénisation ? Ou des rituels de « guérison » qui exaltent les forces pulsionnelles issues de l'inconscient et qui s'expriment par des gestes des postures, des caresses ou des massages, sans oublier le cri primal (bio-énergie, *Gestalt-theorie*) le sacré n'est pas seulement ce qui élève comme on souvent dit mais aussi ce qui émane des profondeurs. » (Thomas, 1982 : 169)

Les questions que soulève ce colloque sont donc variées et couvrent de nombreux domaines parmi lesquels le contenu religieux ou l'existence au sein de la pratique médicale et son emploi de symbole et de procédure proche du religieux (ou appartenant au religieux) occupent une place non négligeable.

Un autre colloque sera organisé en 1983 par le Centre de Sociologie du Protestantisme sur les « changements survenus dans l'exercice du métier de prêtre, de pasteur et de rabbin » (Vincent, 1985 :7). Dans ce cadre, la délivrance des conseils de santé aux fidèles ainsi que le rôle de ces clercs dans leur santé constitue un étalon de mesure de la crise institutionnelle de légitimité et de charisme de ces clercs. Les communicants étaient, cette fois, tous sociologues des religions, parmi lesquels on compte J. Maître, J.-P. Willaime, J. Gutwirth et J. Baubérot. Les actes du colloque édités en 1985 comportent une post-face de P. Bourdieu résumée par D. Hervieu-Léger :

« Le champ religieux se trouve aujourd'hui confronté aux prétentions d'autres champs orientés vers la cure des âmes et des corps, champs qui conquièrent, pour partie au moins, leur propre ressort normatif en gagnant sur le sien, à l'intérieur du champ plus large de la manipulation symbolique. L'effritement de la frontière du champ religieux apparaît dans cette perspective, comme une retombée du processus en cours de redéfinition de la division (historiquement constituée) de l'âme et du corps, et de la division corrélatrice (et tout aussi historique) du travail de la cure des âmes et des corps. » (Hervieu-Léger, 1987 : 308)

Ces deux premiers colloques mettent donc, là encore, en évidence la porosité des frontières du sacré et du médical. Les différents contributeurs posent l'existence de composantes religieuses contenues dans les thérapies scientifiques, à leurs marges ainsi que les recompositions territoriales du religieux rendues nécessaires par, justement, la prégnance croissante de l'intérêt pour la santé et la multiplicité des acteurs qui y interviennent. Cependant, les questions posées et les remarques formulées durant ces deux colloques ne déboucheront pas sur des analyses approfondies dans les années ultérieures. Il est probable que les sociologues du religieux aient été occupés à se doter de nouveaux outils pour penser la contemporanéité religieuse comme le laisse entendre L.-V. Thomas (1982 : 167). Par ailleurs, on sait que l'anthropologie de la maladie était en train de se constituer, de définir ses objets et ses méthodes, si bien que la question de l'infiltration de la composante sacrée dans la thérapeutique médicale scientifique officielle n'a, que peu, été reprise par les sociologues et

⁷ Nous soulignons.

les anthropologues de la santé en France, nous y reviendrons dans la prochaine section. Les remarques, pistes de recherches et questions auxquelles ces colloques ont abouti, feront essentiellement l'objet d'articles (Maître, 1987, 1993, 1995 ; Bégot, 1997, 1998a, 1998b) et d'un ouvrage (Dericquebourg 1988) dans les années suivantes.

I.4. De « tentatives » en croisements

En 1995 paraît l'ouvrage coordonné par J. Maître et F. Lautman intitulé, *Gestion religieuses de la santé*. Issu d'un colloque organisé par l'Association française de Sociologie religieuse en mars 1993, il rassemble des sociologues et des historiens du fait religieux et de la médecine quoique ces derniers soient numériquement moins importants. A l'instar du colloque tenu en 1982, la branche psychanalytique est représentée par B. Méheust. A nouveau, F. Lautman et J. Maître introduisent l'ouvrage en interrogeant l'existence de frontières entre les champs :

« Parler de santé et de guérison hors des temples qui en consacrent la légitimité, c'est-à-dire les lieux de l'institution médicale ou de la recherche biologique, n'y a-t-il pas là une sorte de sacrilège ? » (1995 : 7)

Les auteurs mettent à jour un processus qu'ils qualifient de "spiritualisation de la maladie", car « la référence religieuse a pour effet de conférer du "sens" à la santé, à la maladie et à la guérison » et ce autant pour les personnes « dont l'état de santé est en jeu » que pour :

« Ceux qui agissent sur ces états de santé tant à propos de leurs motivations que de leurs objectifs : gestion de la santé, spiritualisation de la maladie, pratiques de guérison... il va de soi que de telles distinctions ne sauraient prendre la tournure d'un cloisonnement ; en particulier, dans le champ religieux, l'attribution du sens à un état de santé est souvent articulé avec la perspective d'un effet à produire sur cet état de santé» (Lautman, Maître, 1995 : 8).

Les seize articles de l'ouvrage abordent plusieurs thèmes. En contexte français, l'Eglise catholique occupe une place importante et les deux derniers contributeurs, M.C. Pouchelle, et B. Métheust, réinterrogent la définition du sacré, la manière dont il réapparaît par des "petites portes", là où on l'avait cru disparu (Pouchelle, 1995, 247-300 ; Métheust, 1995 : 301-328). Et les deux premiers auteurs, F. Lebrun, et P. Pinell, montrent les influences réciproques de la médecine et du catholicisme dans leurs approches respectives de la guérison (Lebrun, 1995 : 15-24 ; Pinell, 1995 : 25-38). F. Lebrun analyse l'évolution de l'Eglise catholique tridentine face à la maladie. Il montre que, selon l'Eglise, la maladie « afflige le corps, mais contribue à la guérison de l'âme » (Lautman, Maître, 1995 : 9), sans que soient exclus les recherches de traitements religieux, médicaux ou autres.

L'étude de cette question, menée quelques années plus tard par S. Cogat-Droulez (2001), révèle que la position de l'Eglise catholique semble avoir évolué. En analysant l'attitude de l'Eglise face aux miracles de guérison de Lourdes, l'auteure montre que :

« L'Eglise catholique semble avoir pris ses distances par rapport aux guérisons miraculeuses. En effet, elle évacue progressivement de sa pratique et de ses croyances le recours au miraculeux en faisant largement intervenir la rationalité scientifique lorsqu'il s'agit d'attester la véracité ou non d'un cas de miracle. » (2001 : 83)

Ainsi, et dans le même temps, la maladie est-elle toujours et peut-être plus encore qu'auparavant considérée comme aboutissant à la « guérison de l'âme », mais la guérison physique, celle du corps est réservée à la sphère médicale dont elle dépend presque exclusivement.

Parmi les auteurs ayant travaillé les questions de croisement de champ, R. Dericquebourg est une figure incontournable. Formé à la psychologie sociale, il commence à travailler sur les religions de guérison en 1986, et publie les premiers résultats dans un ouvrage éponyme deux ans plus tard (1988). A ce titre, il peut être considéré comme un des chercheurs ayant suivi la voie ouverte du croisement des thématiques. Toutefois, quoiqu'il cite abondamment les anthropologues de la santé, son approche des guérisons proposées par ces religions, sa démarche et la perspective choisies sont essentiellement celles de la sociologie des religions, qui se donne pour « objet social » (2002 : 41), les religions de guérison. C'est donc une analyse religieuse des relations entre salut et santé, tant leur dimension préventive qu'en terme de guérison pour lesquelles « ailleurs périphérique, la santé devient, chez elles centrale » (2002 : 42) que livre R. Dericquebourg.

En 1990, L. Sfez débute une étude sur une branche de la science du vivant installée en Arizona, aux USA. Il y découvre plus largement les quêtes de l'immortalité, de la surhumanité en bonne santé définitive et parmi les utopies et les projets répertoriés : le projet de séquençage du génome humain, l'expérience de Biopshère II et les tentatives de création d'êtres artificiels (1995). Ce mouvement universel, que L.Sfez nomme la « Santé parfaite » ou la « Grande santé » (1995), est l'objet d'une analyse en termes d'utopie et d'idéologie, mais également du retour d'un sacré :

« A cet élément utopique s'ajoute désormais, selon moi, un élément de "science-fiction" : ces deux notes contribuent à créer la sonorité *sacrée* de la "santé parfaite" » (2007 : 212)

Les travaux de chercheurs sont emblématiques des modalités d'analyse et de questionnement des problématiques religieuses intégrant la santé. R. Dericquebourg interroge la manière dont des religions investissent la santé, et L.Sfez les formes de sacré auxquelles aboutissent les dérives transcendantales des techniques modernes de préservation de la santé.

Pour terminer ce bref tour d'horizon des principaux travaux des sociologues du religieux sur la santé, il faut évoquer les recherches de L. Amiotte-Suchet, qui compare les logiques d'éligibilité des miraculés chez les pentecôtistes et les catholiques (2005 : 241), et mène une réflexion sur l'efficacité thérapeutique des cultes, qu'il considère comme

« Une base de travail indispensable pour toutes les recherches s'interrogeant sur les relations entre médecine, santé et religion » (*ibid* : 243).

Il tente de répondre à la question suivante :

« Comment, avant toute déclaration de guérison, le croyant parvient à franchir l'étape de conscience entre une amélioration sensible de sa santé constatée et l'idée même que cette amélioration puisse être de nature divine ? » (*ibid* : 242)

A travers les « procédures d'authentification mises en place pour véritablement transformer le "prétendant" en un authentique miraculé » (2005 : 242), il met à jour les « infrastructures symboliques » que chaque groupe élabore pour déterminer le « pensable, l'envisageable, le

plausible en matière d'espoir de changement » (*ibid* : 250). Il montre que les pentecôtistes envisagent Dieu comme :

« Un être extérieur qui surgit sur la terre pour chasser le mal qui l'envahit. Tous les convertis ont donc droit à la libération et personne ne doit sagement accepter sa souffrance » (2005 : 242).

Quant aux catholiques, ils considèrent que :

« Dieu agit de l'intérieur, non pas en les délivrant, mais en les soutenant dans leurs épreuves quotidiennes. Rare et peu recherchée, la guérison physique cède la place à la guérison spirituelle, accessible à tous. » (*ibid* : 242).

Cette approche est, à notre sens, intéressante dans la mesure où elle questionne justement l'efficacité à partir du religieux non pas en la présupposant (ou en la niant), mais en montrant comment chaque groupe l'élabore et structure l'articulation entre les faits observés et la manière de les penser, de les lire.

Si, comme nous venons de le voir, la sociologie et l'anthropologie du religieux ont, à plusieurs reprises, opéré des incursions du côté de la santé, celles-ci demeurent relativement peu nombreuses. Une des raisons tient, à notre sens, au fait que le champ religieux a eu longtemps une conception étroite de la religion, et comme le note J.-P. Willaime (2011 : 10). Toutefois, cette conception est aujourd'hui remise en cause, (Hervieu-Léger, 1993, 2000 ; Obadia, 2007 : 104-106), et les sociologues et anthropologues du religieux considèrent aujourd'hui que la religion est « avant tout un phénomène culturel » (Belzen 1999 cité par Obadia, 2007 :106). J.-P. Willaime rappelle également que la religion est d'abord une « activité symbolique » et que les religions « constituent des cultures » (2011 :11). Peut-on considérer cette appréhension de la religion comme ouvrant vers la prise en compte de la santé ou des questions de santé au sein du champ religieux ? Nous essayerons de montrer que les croisements disciplinaires ou thématiques peuvent être menés tant avec des outils conceptuels classiques de la sociologie et de l'anthropologie religieuse que des concepts plus récents. Nous estimons que la solution se situe moins dans le choix des approches que dans la construction de l'objet de recherche.

II. La sociologie puis l'anthropologie de la santé

Contrairement aux anthropologues médicaux, puis de la maladie, les sociologues de la santé n'interrogeront que tardivement des objets frontières entre la santé et la religion (Durisch, Gauthier et al. 2007). Cette séparation première entre la sociologie et l'anthropologie médicale est suivie par le croisement entre religion et santé coextensive de l'apparition du champ médical en anthropologie.

I.1 La sociologie de la santé

La sociologie de la santé est apparue après la deuxième guerre mondiale et est concomitante de la mise en place de l'assurance maladie, des progrès de la médecine, et de

l'évolution des missions de l'hôpital, i.e de l'asile vers le soin et non plus seulement la guérison voir à ce sujet les analyse de P. Pinell (1995). Le sociologue américain Talcott Parsons (1951) inaugure ce champ en menant « la première analyse sociologique portant sur la maladie et la médecine dans la société contemporaine » (Adam, Herzlich, 2002 : 5). Plusieurs auteurs s'accordent à constater que l'apparition de ce champ est tardive, D. Benamouzig considère que T. Parsons a ouvert une voie suscitant controverses et débats qui révèlent le

« Passage d'analyses centrées sur la médecine à des travaux plus attentifs à des phénomènes plus périphériques, traduisant l'affaiblissement de la position sociale de la médecine au bénéfice d'autres acteurs » (Benamouzig, 2005 : 618).

P. Adam et C. Herzlich (2002 : 5) considèrent quant à eux que selon la conception commune de la maladie, celle-ci doit être traitée par la médecine, si bien que les maladies

« Semblent devoir échapper à l'analyse sociologique. [...] De son côté le développement du savoir médical, peu accessible au non-spécialiste, a longtemps fait écran au regard sociologique. » (*ibidem*)

Il apparaît donc, que d'une certaine manière, la suprématie de la médecine, son aura et son autorité en matière de soins et de traitement des maladies dans les sociétés occidentales ont tenu à distance les sociologues et en ont empêché l'analyse par ces derniers. A partir des années 1970, les critiques des sociologues quant à la fonction moralisatrice et normative de la médecine (Goffman, [1961]2001 ; Ilich, 1975 ; Freidson, 1984[1970]) s'ancrent, entre autres, dans l'idée que les progrès sanitaires sont imputables à l'amélioration des modes de vie et non pas uniquement aux avancées médicales (Benamouzig, 2005). De là,

« En quelques décennies, la réflexion est ainsi passée d'une justification de la position centrale de la médecine à une critique de son hégémonie. » (*ibid*: 619)

Par la suite, « le concept de médicalisation permet jusqu'à nos jours de questionner l'extension de la médecine [Aïach et Delanoë, 1998]. » (Benamouzig, 2005 : 619). Plus récemment, la sociologie de la santé a investi le savoir et les innovations médicaux qui donnent lieu à des études sur leurs usages sociaux (Bazanger, 1995). Dans le même temps, les institutions sanitaires et les politiques de santé (cancer et sida) ont fait l'objet de nombreux travaux (Pollak, 1998 ; Pinell, 1992). Il est à noter qu'à partir du moment où, autour des années 1980, les anthropologues changeront de paradigmes (en France, ce changement se manifestera par l'appellation 'anthropologie de la maladie', voir ci-dessous), les rapprochements avec la sociologie sonneront comme une évidence et par la suite ne cesseront plus (Augé, Herzlich, 1986). Cette accointance est, entre autre, sensible à travers l'apparition de chercheurs qualifiant leur approche de « socio-anthropologique ».

I.2 De l'anthropologie médicale à l'anthropologie de la santé... en passant par la maladie

On s'accorde à dater la naissance de l'anthropologie médicale aux années 1920, avec la publication de l'étude pionnière de W.R.H. Rivers en Inde du Sud. Rapidement, suivent, les travaux de Aeckernecht, Clements, Foster, etc... Depuis lors, la vitalité de ce champ

d'investigation anthropologique ne s'est pas démentie. Des chercheurs nombreux, une grande variété d'approches et finalement l'existence « d'anthropologies médicales nationales » (Diasio 1999, cité par Saillant, Genest, 2005) rend l'exercice de la synthèse ardue sinon difficile dans le cadre imparti ici.

J.-P. Olivier de Sardan définit l'anthropologie de la santé, autre dénomination de ce champ, comme suit :

« Les deux grands chantiers de l'anthropologie de la santé [sont] d'un côté les représentations et les pratiques populaires, de l'autre le système de santé » (2006 : 1039)

Ces deux objets correspondent à des problématiques élaborées au cours de l'histoire de la discipline, qui se caractérise par l'existence de trois périodes distinctes. La première débute avec W. R.H. Rivers (1924) et court jusqu'aux années 1960. N. Scotch (1963) amorce la deuxième période, celle de la constitution du « médical » en champ de recherche anthropologique. Puis la troisième, celle de la constitution du champ médical (ou plutôt de la maladie) en France s'étend de 1980 à la fin des années 1990. Enfin, à l'échelle nationale, il nous semble que depuis les années 2000, une nouvelle et quatrième période a débuté à l'intérieur de laquelle semblent poindre les germes d'une nouvelle étape. Etape faite de l'apparition sur le front de la lutte contre le sida des congrégations confessionnelles.

I.2.a. La naissance de l'anthropologie médicale

De Rivers à Scotch, (1924-1963)

L'anthropologie médicale est née dans le monde anglo-saxon. W.R.H. Rivers est d'abord médecin anglais, devient d'abord psychologue puis ethnologue. Dans *Medicine, magic and religion*, (1924) il montre que les pratiques thérapeutiques sont complémentaires des croyances. Selon C. Aracho et P. Farmer, W.R.H Rivers :

« Contribua à inculquer le stéréotype selon lequel les systèmes médicaux non occidentaux reposent sur un lien inextricable entre la magie, la religion et la médecine. Ce stéréotype fut d'ailleurs adopté par la plupart des anthropologues au cours de la seconde moitié du XX^e du siècle [Foster et Anderson 1978] » (2005 : 92).

Le fait que W.R.H. Rivers ait d'abord reçu une formation de médecin dans les années 1900, époque durant laquelle la suprématie et l'efficacité de la médecine occidentale ne connaissent guère de remise en cause, éclaire sa conception des « systèmes médicaux non occidentaux ». Puis, F.E. Clements (1932) s'intéresse aux causes des maladies fondées sur les croyances, notamment religieuses, et en offre une typologie. Un tournant s'amorce avec E.H. Ackerknecht (1946) qui compare les médecines occidentales et « traditionnelles » et montrent que « toutes deux intègrent à la fois des éléments magiques et scientifiques » (Bonnet, 2004 : 707). Il associe également les notions d'efficacité et de rationalité ou d'empirisme des médecines quelles qu'elles soient. Pour F. Saillant et S. Genest, cette anthropologie, pas encore nommée « médicale », était d'abord une « anthropologie symbolique et religieuse » (2005 : 5).

Les années 1960-1980

Dans la deuxième période, à partir de 1960, l'anthropologie devient un champ d'investigation légitime des anthropologues (en pays anglo-saxon). L'américain A. McElroy, anthropologue de ce qu'il qualifie d' « écologie médicale », établit que W. Caudill (1953) fut le premier à identifier ce champ de recherche, suivi de S. Polgar (1962) et par N. Scotch (1963) (McElroy, 2002⁸). A. Castro et P. Farmer rappellent que :

« Selon Foster, l'année 1963 marqua le début de “la conscientisation des anthropologues américains face aux retombées, utiles à l'anthropologie, de la recherche sur la santé et la maladie » [Foster et Anderson, 1978 :3] » (2005 : 95)

Ce courant va ensuite de diversifier et essaimer dans plusieurs pays pour se développer de manière autonome selon les traditions scientifiques nationales.

I.2.b. L'anthropologie médicale et de la maladie en France

En France, l'anthropologie médicale s'institutionnalise dans les années 1980, sous l'impulsion de A. Retel-Laurentin (1983), des premières tables rondes (1979-1980) et, en novembre 1983, du premier colloque autour du thème « Santé et Sciences humaines » (Moutaud, 2011 :1). A partir de ce premier mouvement, différents courants nés de positionnements intellectuels, d'approches des faits « maladies » ou « médicaux » distincts se développent. L'histoire des courants animant l'anthropologie française, aujourd'hui appelé de la santé, a principalement été établie par S. Fainzang (1990 ; 2000 ; 2001 ; 2005) plus récemment B. Moutaud s'est penché sur le sujet (2011). Deux grands courants apparaissent concomitamment : celui de A. Zempléni et celui de M. Augé.

A la suite des tables rondes organisées par A. Retel-Laurentin, A. Zempléni et N. Sindzingre publient les premiers articles et opèrent une distinction entre anthropologie médicale et de la maladie (1981 ; 1982). Dès 1969, à l'Université de Nanterre A. Zempléni avait mis en place un séminaire sur le thème de la santé en s'entourant notamment des historiens J.-P. Peter, M.-C. Pouchelle et d'anthropologues comme J. Favret-Saada. B. Moutaud rappelle que

« A. Zempléni définit le champ comme une “nébuleuse “ qui va de la psychanalyse à l'épidémiologie [Zempléni, 1992 : 17 ; Haxaire, Zempléni, 1995: 102] » (2011 : 5).

Cette définition de l'anthropologie de la maladie et médicale intègre de fait la religion, ou les croyances portées par les religions. Ainsi, l'étude pionnière de J. Favret-Saada (1977) est-elle emblématique des conceptions des relations entre thérapeutique et religion (au sens le plus large qui soit). Celle-ci montre que la sorcellerie dans le bocage, pratiques considérées d'un autre âge par les urbains mais également par les folkloristes (1977 :16), jouent pleinement dans la conception du mal, lui donnent un sens et permettent d'élaborer une réponse, d'agir sur son origine.

F. Laplantine, l'une des figures marquantes de ce courant, montre une accointance pour ce groupe plutôt que pour celui de M. Augé, qu'il ne cite que rarement dans ses travaux (1982 ; 1986). Par ailleurs, son orientation plutôt psychanalytique le rapproche de A. Zempléni. Dans son ouvrage aujourd'hui devenu référentiel, *Anthropologie de la maladie*, (Laplantine, 1986)

⁸ <http://www.univie.ac.at/ethnomedicine/PDF/Medical%20Anthropologie.pdf>

il prolonge et développe dans la dernière section, les questions soulevées durant le colloque du Groupe de Sociologie des religions en 1982, sur les composantes sacrées portées par la médecine (1986 : 343-388)⁹.

L'autre courant est celui porté par M. Augé dans les années 1980 :

« A l'EHESS, le courant de l'“anthropologie de la maladie” se constitue au début des années 80 autour de Marc Augé et du séminaire pluridisciplinaire “Anthropologie et sociologie de la maladie” qu'il anime avec Françoise Héritier, anthropologue, et Claudine Herzlich, sociologue de la médecine. » (Moutaud 2011 : 3)

Ce séminaire aboutira à la publication, en 1984, par M. Augé et C. Herzlich de l'ouvrage collectif considéré désormais comme une référence incontournable : *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Les auteurs considèrent que l'anthropologie se donne comme objet la maladie afin de comprendre la liaison entre ordre biologique et ordre social, à ce titre, elle participe du projet anthropologique général. Parmi les contributeurs de cet ouvrage fondateur, une sociologue des religions, D. Léger qui deviendra célèbre sous le patronyme D. Hervieu-Léger, le clot avec un article intitulé : “De la guérison au salut : les communautés apocalyptiques néo-rurales en France” (1984 : 257-268). Dans sa conclusion, l'auteure rappelle la relation entre salut et santé. Si bien que métaphoriquement, l'ouvrage débute donc par une interrogation sur le sens du mal et se termine par l'association entre salut et santé.

Ainsi, pour les deux courants (ou écoles), les liens entre maladie (et/ou médecine) et religion sont-ils intimes et essentiels à la compréhension de la maladie, à l'usage social qui en est fait. Cette anthropologie de la maladie contribue donc plus largement au projet de l'anthropologie générale. Les premiers travaux qui seront menés dans la lignée de ces élaborations théoriques rendent compte de cette intrication des champs dans lequel le concept d'efficacité symbolique et la remise en ordre sociale auront la part belle (Gibbal, 1982 ; 1984 ; Olivier de Sardan, 1994).

I.2.c. Le milieu des années 1990 : le temps des remises en cause

A partir du milieu des années 1990, le développement et l'amélioration de l'accès à la médecine moderne dans les sociétés du Sud conjointement à l'apparition dans le champ de l'anthropologie médicale et de la maladie de nouveaux auteurs mais également du sida (Dozon, Vidal, 1993 ; Fassin, 1994 ; Vidal, 1996 ; Raynault, 1997 ; Benoist, 1996 ; Gruénais et al., 1999 ; Olivier de Sardan, Jaffré 1999), vont introduire un changement, une évolution dans l'appréhension du fait 'maladie', dans les sociétés du Sud comme celles du Nord (Fainzang, 1989 ; 1996 ; 2001b). Plusieurs nouvelles conceptions sont élaborées. La notion de pluralisme médical (Benoist, 1996), est l'une d'entre elles. Elle rend compte de la multiplicité des recours des personnes en quête de soin : la consultation d'un médecin biomédical pouvant être parallèle, précéder ou suivre celle d'un guérisseur traditionnel ou le recours à un rituel de possession. Comme le synthétise F. Hane

⁹ Il est à noter que peu d'articles traitant de ce champ de l'anthropologie française n'évoquent F. Laplantine. Aucune référence n'y est faite dans les deux articles du Dictionnaire de P. Bonte et M. Izard (2004) ni dans les articles de S. Fainzang sur l'histoire de ce champ (1990 ; 2001 ; 2005).

« Des telles recherches ont montré que ces pratiques, centrées, [...] sur la quête de sens, n'opèrent pas un cloisonnement étanche entre ce qui relèverait du médical (moderne) et ce qui relèverait du traditionnel. [...] J. Besnoit entend réintroduire, en référence à la prégnance du "social", des sortes de déterminants culturels dans la constitution des itinéraires thérapeutiques. » (2007 : 19)

J. Benoist reviendra également sur la notion d'efficacité symbolique qu'il faut, selon lui, non pas remettre en cause mais qui serait à déplacer hors de la « médecine », car ce qui est primordial est d'agir sur « les effets de [l']absence de sens » (1993 : 211) qui pointent lors de la survenue de la maladie. De leur côté, Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan, dans un ouvrage sur la construction nosologique des maladies, remettront en cause les dérives surinterprétatives des sciences sociales qui associent trop souvent maladie à une quête de sens. Ils rappellent que de nombreuses maladies font l'objet de traitements prosaïques et que les savoirs des spécialistes et des profanes circulent concourant à fabriquer des entités nosologiques populaires (1999 : 58-60). Ces évolutions théoriques de l'anthropologie de la maladie marquent le début d'une nouvelle ère, dans laquelle la relation santé et religion (encore une fois au sens le plus large), considérée essentiellement à travers le social et la notion d'efficacité symbolique, est donc de moins en moins prégnante.

I.2.d. La fin des années 1990 : naissance de l'anthropologie de la santé, un champ en pleine évolution

Les querelles appellatives, anthropologie médicale ou anthropologie de la maladie, qui ont travaillé le champ dans les années 1980, s'amenuisent à la fin de la décennie 1990. La dénomination 'anthropologie de la santé' est inaugurée par R. Massé en 1995 (Massé, 1995). D. Bonnet la définit ainsi :

« L'approche anthropologique ne se satisfait plus d'une étude holiste des représentations mais s'inscrit majoritairement dans l'analyse des pluralités des interprétations, et des pratiques sociales des individus et des groupes au sein d'un système de santé qui est devenu lui-même l'objet d'étude » (1999 : 6)

Dès lors, l'anthropologie médicale jusqu'alors considérée comme plus pragmatique et à visée développementaliste, ou sanitaires (ou médicales) tandis que l'anthropologie de la maladie était pensée comme plus tournée vers la dimension sociale de cet événement et donc plus proche de l'anthropologie générale, se confondent pour donner corps à une anthropologie de la santé. A partir de la fin des années 1990, les travaux et les objets se diversifient, les champs sont croisés, notamment entre santé et le développement (Olivier de Sardan, 1998), ou santé et politique (ou pouvoir) (Fassin, 2000 ; 2001), et la santé publique (Fassin, Dozon, 2001 ; Massé, 1995). Plus récemment, l'anthropologie questionne et analyse la recherche biomédicale (Clouderc, 2011 ; Ouvrier 2011). L'apparition de l'épidémie sida et les financements octroyés aux sciences sociales par des organismes de lutte contre le sida (Agence Nationale de Recherche sur le Sida- ANRS, Fondation de France, Sidaction), ont largement contribué à enrichir le champ comme le note J.-P. Olivier de Sardan (2006). Cette nouvelle anthropologie ou socio-anthropologie de la santé, permettant de rapprocher les points de vue, semble donc plus à même de contribuer plus largement au projet de l'anthropologie (Fainzang, 2005 : 157).

Au regard des croisements entre les champs de la santé et du religieux, on notera qu'une évolution, presque une rupture, paraît prendre corps à partir des années 2000, avec la naissance de l'anthropologie de la santé. Un ouvrage coordonné par J. Benoist et R. Massé en 2002 marquera une prise de distance avec le champ religieux, appelant à la méfiance envers la « surdétermination du sens du religieux » :

« Plusieurs auteurs posent la question des limites des catégorisations pour fins comparatives, mais questionnent aussi les risques de réification, de substantialisation, d'essentialisation des composantes du religieux. [...] Et si notre découpage de la perception locale du monde de la maladie, n'était pas abusif, ne devenait pas une pratique analytique instituante découlant d'un "réalisme dogmatique de l'observateur occidental", menant parfois aux limites de l'essentialisation du sacré, du religieux ? [...] Plusieurs des contributions à cet ouvrage appellent à une remise en question des catégories analytiques qui permettent difficilement de penser le sacré, la maladie et leur interface. » (Massé, 2002 : 11)

En conclusion, J. Benoist propose également de réinterroger, sinon de réaffirmer, la séparation, des champs religion et santé de cette nouvelle anthropologie de la santé qui ne dit pas toujours son nom. Il invite les anthropologues à ne pas confondre « vérité culturelle et vérité scientifique » quant à l'efficacité thérapeutique des médecines « éloignées ». L'auteur part d'un fait qu'il pose comme fondamental : « les médecines ont une forte dimension identitaire » (2002 :465) et se demande si l'anthropologue :

« Soucieux du respect pour les identités – et c'est effectivement une part centrale de sa tâche -, l'anthropologue n'a-t-il pas alors tendance à se tenir à distance de tout ce qui semble une évaluation de la valeur technique (en termes de diagnostic, de nosologie et de traitement) des médecines qui prévalent dans les sociétés qu'il étudie ? Le respect que l'anthropologue voue aux autres ne s'accompagne-t-il pas alors subrepticement de l'incorporation ethnocentrique de l'autre, un autre qui, comme une nourriture porteuse d'on ne sait quel pouvoir, pourrait le conduire au-delà de cette surface des choses à laquelle la science semble réduire le monde ? » (2002 : 485-486)

Si cette posture peut s'apparenter à une forme de positivisme, elle a le mérite d'inciter les anthropologues à réinterroger leur regard « éloigné » quant à l'efficacité « construite culturellement » des thérapies d'obédience religieuse qu'ils observent. Et J. Benoist rappelle que :

« Tout soignant, et en particulier le médecin, sait que chaque acte soigne : soigner c'est prendre soin, [...] Chaque acte de soin possède, du fait de son accomplissement une vérité médicale, nécessaire, répondant à un appel, la vérité du « prendre soin ». Cela ne veut absolument pas dire que soigner, c'est guérir. Or la confusion est fréquente. La prière en acte n'affirme en rien sa vérité biologique, et se doit de n'exclure ni de confondre les deux niveaux de vérité. » (2002 : 488)

Ainsi est posé, ce qui définit et distingue la médecine de la religion. La médecine soigne par les actes médicaux scientifiquement valides tandis que la religion entend(ra)it guérir (« symboliquement » ?) par la prière, les rituels et offre le salut (/santé) à ses fidèles. Ces deux régimes de réponse au mal, de « prise en charge » de la souffrance, ne peuvent ni ne doivent être confondus. On peut, dès lors, s'interroger sur les propositions faites dans cet ouvrage quant à l'appréhension de la relation religion/santé. A partir de quel point de vue peut-on raisonnablement envisager les croisements entre religion et santé ?

Parmi les articles de l'ouvrage, un semble dessiner une solution. En effet, S. Fainzang propose une autre approche des croisements religion/santé (2002 : 125-142). Son article présente une partie de ses travaux sur les relations entre le patient, le médecin et l'ordonnance (2001b). Elle y analyse la manière dont la culture religieuse (indépendamment de la pratique réelle), influence, détermine le rapport à l'ordonnance du médecin et plus généralement à son autorité. L'auteure propose donc une modalité de croisement des champs religieux et de la santé pour le moins originale et, à notre sens, très intéressante :

« L'appartenance [origine religieuse] est donc ici envisagée comme participation à un système de valeurs et à une culture dont il s'agit de cerner comment elle imprègne des pratiques quotidiennes extérieures au champ des pratiques religieuses, et en l'occurrence celles afférentes au champ de la santé. » (2002 : 127)

Elle montre que les protestants et les juifs ont un rapport à l'écriture et à l'autorité plutôt distancié et n'hésitent pas à critiquer, à interroger afin de se forger une opinion personnelle, reportant ainsi à la relation médicale des valeurs transmises par le groupe religieux. Ils ont effectivement un rapport (historiquement construit) à l'écriture et à l'autorité qui les amène à discuter l'autorité et à s'approprier individuellement ce qui est écrit. Les musulmans et les catholiques adoptent au contraire une posture déférente par rapport à l'autorité médicale et à une de ses matérialisations, l'ordonnance. Ils auraient plutôt tendance à la sacraliser transposant au cadre médical et à leur santé, un rapport plus général à l'autorité et à l'écrit héritée de leurs cultures religieuses. L'auteure résume :

« Tout se passe comme si, à l'intérieur de chaque groupe culturel, il y avait une sorte de transmission et d'intériorisation de certaines valeurs et de certaines conduites, en vertu de laquelle l'individu apprend à se positionner face à l'autorité en général, dont l'autorité médicale serait un avatar et dont l'autorité religieuse serait le paradigme » (2002 : 128)

C'est donc sous l'angle des patients, des usagers, des « fidèles » qu'il semble pertinent de croiser les rapports entre religion et santé, d'après l'ouvrage collectif de R. Massé et J. Benoist. Mais qu'en est-il de la médecine « moderne » (occidentale) et de ses possibles accointances avec le religieux ?

A la suite de F. Laplantine (1986) et des travaux menés par les sociologues du religieux sur la santé (cf. ci-dessus), S. van Der Geest interroge les pratiques biomédicales sous l'angle religieux et opère des rapprochements entre les rituels religieux et les actes médicaux (1994 ; 2002 ; 2004 ; 2005). Son projet consiste à revoir la démarcation entre magie, religion et médecine et à analyser les similitudes qu'elles peuvent présenter, car « les trois ne sont que des facettes d'une même réalité sociale et culturelle » (2001 : 1¹⁰, cité par Massé, 2002 : 11). Ainsi, la proposition de S. van der Geest rompt avec la tendance à dresser des barrières et des démarcations entre les champs pour analyser les ressemblances sinon les similitudes (formelles ?) que peuvent présenter des domaines finalement délimités par les sciences occidentales mais ne correspondant pas toujours aux réalités vécues ici comme ailleurs, comme tend à le montrer l'article de S. Fainzang (2002). Cependant, la position de R. Massé

¹⁰ L'article cité par R. Massé n'est pas rapporté en bibliographie finale. Les recherches sur les différents portails de revue en ligne laissent à penser qu'il s'agit d'un article de S. van der Geest, paru en 2002, "Hospital care as liturgy: Reconsidering magic, science and religion", *AM Revista della Società Italiana di Antropologia Medica* 13-14: 243-58. L'article n'étant pas accessible en France, seule la référence citée par R. Massé est indiquée ici.

quant à la proposition de S. van der Geest, livrée *in extenso* en introduction de l'ouvrage collectif qu'il coordonne avec J. Benoist (2002), est révélatrice d'une posture plutôt suspicieuse face à ces rapprochements. A l'adresse des travaux de S. van der Geest, il considère que la

« Vision élargie de l'efficacité thérapeutique ne signifie aucunement [...] que la médecine doive être ramenée à une forme de religion scientifique. [...] le lecteur de cet ouvrage devra éviter les dangers d'un relativisme épistémologique postmoderne qui ramènerait la biomédecine à une ethnomédecine marquée, comme tout autre, par la magie et une liturgie des soins. [...]

Bien sûr, la médecine est religion dans le sens où elle gère les rapports de l'homme avec la mort. Toutefois, l'anthropologie risque de se voir discréditée autant par une critique postmoderne radicale de la médecine et de la science que par les surinterprétations du religieux en termes politiques. Il faut éviter de confondre la science elle-même, qui n'a rien à voir avec la magie et la religion¹¹, et les usages sociaux et politiques de cette science et des savoirs scientifiques, qui, eux, font place à la subjectivité, à la mystification et à la défense d'intérêts particuliers. » (2002 : 11)

Ainsi, un courant de cette nouvelle anthropologie de la santé semble rompre avec l'ancienne conception des médecines, thérapies (identitaires, traditionnelles, néo-traditionnelles, ou autres) aux fortes accointances magiques, religieuses ou magico-religieuses qui à défaut de soigner « efficacement » (au sens « scientifique » du terme), guérissaient symboliquement.

I.2.e. L'anthropologie de la santé : une crise de la culture ?

Si le champ de la santé en anthropologie présente une réelle et impressionnante vitalité (Fainzang, 2005 ; Saillant, Genest 2005 ; Olivier de Sardan, 2006), plusieurs auteurs s'interrogent sur l'actuelle participation de l'anthropologie de la santé au projet plus général de l'anthropologie sociale et culturelle. Plus spécifiquement, la notion de culture semble connaître une crise, et des auteurs comme Olivier de Sardan (2001), Fainzang (2001) ou Fassin (2001) s'interrogent sur les manières de « libérer la culture du culturalisme », pour reprendre une formule de ce dernier » (Fainzang, 2005 : 164).

La nécessité de sortir d'une approche exclusivement culturelle de la santé s'est fait plus pressante suite à l'épidémie au VIH. Ainsi, L. Vidal (1995 ; 2003 ; 2004) mit en évidence les utilisations abusives (surtout à l'endroit des « cultures » et des sociétés africaines) des concepts de cultures occultant ainsi les « véritables facteurs explicatifs de la situation du sida » (2003 :15). L'auteur s'appuie, entre autre, sur la question de la circoncision « emblématique d'un processus ambigu de "culturalisation" du sida en Afrique » (*ibidem*) ayant abouti à la désignation de « bonnes » et de « mauvaises » cultures, masquant par là l'influence de nombreux autres facteurs (comme l'âge du premier rapport, le degré de publicisation de l'épidémie, etc.). Les exemples peuvent être multipliés et tous éclairent (et participent) de « lectures culturalistes du sida qui ont participé d'un mouvement enfermant de stigmatisation » (Vidal, 2003 : 18) des individus et de leurs cultures, qui considérées comme déterministes, figées en des pratiques immuables concourent (et témoignent) dès lors à culturaliser la stigmatisation et inversement à stigmatiser la culture. Cette utilisation

¹¹ Souligné par nous.

(profane ?) de la culture masquant à peine un racisme plus ancien est à l'origine du choix de certains anthropologues de s'orienter vers des analyses plus sociales, mettant en évidence les enjeux sociaux de la santé.

A notre sens, et nous rejoignons sur ce point un mouvement initié par plusieurs auteurs (Van der Geest, 2005 ; Fainzang, 2002), une manière de sortir d'un "culturalisme" délétère et réducteur consisterait à adopter une vision élargie de la culture, à l'instar des sciences sociales des religions qui tendent à considérer la religion comme une culture et à réinterroger sa dimension symbolique. Une autre approche, complémentaire, serait de considérer ensemble les cultures du Nord comme du Sud comme prises dans des déterminants culturels puissants et parfois (ou souvent ?) impensés. Cette lecture en terme de culture dans le champ de la santé dans les contextes propres au Nord n'est pas neuve, bien qu'elle ait eu parfois du mal à s'imposer. Les critiques formulées en direction de S. Van der Geest quant à son projet de réassocier, magie, médecine et religion reflètent la difficulté d'envisager la médecine, la biomédecine comme prise dans, et/ou sous-tendue par, des déterminants symboliques et partant culturels. De même, M. Lock et D. Gordon (1988) interrogeant les significations et les valeurs des connaissances et des pratiques de la biomédecine et

« Signalent avec raison le fait que les anthropologues ont obstinément ignoré pendant longtemps la médecine moderne, au motif que celle-ci aurait évolué en dehors de la religion et des croyances si manifestes dans les médecines traditionnelles [...] Elles déplorent que certains domaines aient cependant été négligés et que le contenu même de la connaissance médicale moderne ait rarement été étudié sous prétexte qu'elle serait soi-disant fondée sur la science » (Fainzang, 2001: 10-11)

S. Fainzang a rappelé que l'anthropologie de la santé « ne doit pas s'appuyer, épistémologiquement parlant, sur le paradigme médical » (2001 :8), mais que justement, il s'agit de mettre à jour les aspects plus "culturels". Toutefois, outre quelques auteurs (Lock, Gordon, 1988 ; Good, 1996 ; Fainzang, 2001 ; Van der Geest, 2005) cet aspect de la biomédecine est relativement peu interrogé.

Ainsi la question des valeurs (religieuses ou pas) et des fondements culturels de la médecine moderne semble être l'objet de tensions au sein de l'anthropologie de la santé. D'un côté se trouvent ceux qui n'envisagent guère de la questionner (Massé, 2002 ; Benoist, 2002), et de l'autre ceux qui cherchent à le faire (Lock, Gordon, 1988 ; Good, 1998) et proposent des comparaisons avec la magie et la religion (van Der Geest, 1994 ; 2002 ; 2005) que leurs détracteurs considèrent comme une « critique postmoderne radicale ».

I.2.f. Médecines alternatives et thérapies religieuses en Suisse : l'amorce d'une réactualisation d'anciennes thématiques

Depuis la deuxième moitié de la décennie 2000, une nouvelle tendance semble poindre. Elle émane de faits observés par les sciences sociales au Nord comme au Sud. Dans les pays du Sud, différents chercheurs ont noté l'implication croissante des organisations confessionnelles dans la lutte contre le sida, celle-ci constitue un nouvel « objet » investi par les sciences sociales, nous y reviendrons dans la prochaine section. En dehors du cadre de l'épidémie au VIH, ces rencontres, ou concurrences entre "médecine" et "religion" semblent se manifester avec plus d'acuité depuis quelques décennies en Occident (Durvisch-Gauthier et

al. 2007 : 7). C'est en Suisse que l'intérêt pour l'imprégnation respectives des champs religieux et de la santé semble connaître un nouvel essor. En février 2006, s'est tenu à l'Université de Genève, un colloque organisé par le Centre Intercantonal d'information sur les Croyances (CIC) dont les actes ont été publiés en 2007. En introduction, N. Durvisch-Gauthier, I. Rossi et J. Stolz rappellent qu'en Occident, la séparation entre médecine et religion s'est « opérée graduellement » et a

« Conduit à l'autonomisation des deux sphères, à la séparation entre “soins du corps” et “soins de l'âme”. Cependant, depuis quelques décennies, aussi bien les médecines dites alternatives que de nombreuses organisations religieuses, spirituelles et ésotériques contestent à la science médicale le monopole de la santé. [...] les] revendications, qui s'expriment dans une culture occidentale largement basé sur une dichotomie entre science et religion, entre raison et croyance, ne vont pas, on l'imagine, sans poser des problèmes et susciter des interrogations. » (Durvisch-Gauthier et al. 2007 : 7)

Parmi les questions soulevées par ces nouvelles quêtes de santé, les auteurs interrogent les « critères permettent de distinguer la médecine scientifique des thérapies “autres” » (Durvisch-Gauthier et al. 2007 : 8). Dès lors, le problème de l'efficacité d'une thérapie, la question des liens entre médecine et religion, la distinction entre « soin de l'âme » et « soin du corps » sont à nouveau posées. Et ce à l'aune des comportements actuels, aujourd'hui de moins en moins marginaux, des malades, des usagers, des patients, bref, des individus en quête de soin et de sens. Il semble que l'on assiste à un retour aux conceptions classiques de l'anthropologie de la maladie et médicale. En effet, les auteurs considèrent ces nouvelles thérapies alternatives, religieuses, ésotériques, comme permettant de fonder le vécu subjectif, et de donner « un sens aux trajectoires existentielles ». Elles sont, à ce titre, aussi rationnelles que la biologie et la sémiologie médicale (Durvisch-Gauthier et al. 2007 : 10). De même, les auteurs du colloque et les anthropologues classiques se rejoignent sur la définition de la santé. Les premiers mettent en effet l'accent sur la notion de santé contemporaine occidentale qui

« Doit être désormais considérée comme l'expression d'une réorganisation des rapports entre sujets, offre thérapeutique plurielle et socialisation » (*ibidem*)

que la modernité alimente. En somme, la pluralité des recours, la notion de pluralisme médical forgée à partir des itinéraires thérapeutiques des patients ou malades du Sud paraît avoir (re)migré au Nord. Il appartient là aussi, à J. Benoist de conclure ces actes. Celui-ci considère que

« La quête de ce bien-être cache un déficit de transcendance qui se couvre du masque d'un manque de “santé”. [...] Tout semble alors se passer comme si le corps, dont on parle, était la métaphore de l'âme, dont on doute mais qu'on espère. » (2007 : 124)

L'auteur résume la problématique posée durant ce colloque en posant la question de la

« Confrontation permanente entre deux formes de pensées, entre deux ordres de rationalité, dans tout ce qui a trait à la maladie et à sa prise en charge.

L'une est en continuité avec le monde de la religion [...]. L'autre procède de la médecine expérimentale et des sciences biologiques [...]. Les malades de notre temps oscillent entre ces deux rationalités, et il s'édifie des tentatives de ponts destinés à les relier. » (*ibidem*)

Il conclut, dans la lignée de sa position livrée en 2002 (Benoist, 2002 :11), que ces deux ordres de rationalités, ces deux techniques, l'une scientifique, l'autre symbolique, sont complémentaires « mais sans mélange, sans ambiguïté. » (2007 : 131).

A n'en pas douter, l'anthropologie médicale, de la maladie puis de la santé ont interrogé la religion, les religions, les rites thérapeutiques et magico-religieux puis les croisements entre santé et salut, entre médecines orthodoxe(s) et hétérodoxes ou modernes et néo-traditionnelle(s) selon les aires géographiques. Ces phénomènes ont même constitué un de leurs premiers objets d'étude avant que de l'intérieur, une évolution des concepts et du regard ne l'amène à critiquer les approches classiques. Et, depuis quelques années, cette question réapparaît. Au Nord, ces interrogations larges portent sur les ponts entre biomédecine et médecines, thérapies alternatives pour certaines religieuses. Au Sud, et comme nous allons le voir dans la prochaine section, la question est posée plus spécifiquement autour de la pandémie du sida. Faut-il voir dans ces interrogations les prémises de l'apparition d'une anthropologie culturelle « libérée du culturalisme » ? Au regard du faible de nombre de publication sur ce thème, et de leur « nouveauté », la question demeure en suspend.

III. Le sida et les religions : un nouvel objet à croiser ?

L'apparition du sida au début des années 1980 puis son évolution pandémique a constitué pour les anthropologues français un défi qu'ils ont relevé dès le début des années 1990 (Dozon, Vidal, 1993 ; Fassin, 1994 ; Vidal, 1996 ; Grunéais et al. 1996). Ce champ s'est rapidement développé et les entrées à partir desquelles l'épidémie du VIH est envisagé, étudié par les sociologues et les anthropologues sont conséquentes et variées : la prévention, les communautés, la politique, les systèmes de santé, la prise en charge, le rapport au traitement, les co-infections, les enfants, les femmes, les migrants, etc. Un très grand nombre d'études ont été menées depuis les premières interrogations des sciences sociales sur le VIH.

Toutefois, les réponses au VIH émanant des congrégations religieuses n'ont que peu été abordées par les chercheurs francophones. Les recherches sur les différentes plateformes de publications scientifiques (revues, thèses, ouvrages) auxquelles nous avons accès, ont permis de recenser une dizaine d'articles et chapitres d'ouvrages en français (Hagenbucher Sacripanti, 1994 ; Guérin, Paillard, 1999 ; Gruénaïs, 1999 ; Mary, Laurent, 2001 ; Tonda, 2002 ; 2005 ; Bégot, 2004; Vidal, 2004 ; Francello, 2007) faisant références directement ou de manière allusive aux liens entre sida et religion. Dans le monde anglo-saxon, ou parmi les articles en langue anglaise accessibles sur les mêmes portails, leur nombre est sans conteste plus important, mais comme nous l'avons déjà noté¹², ces travaux n'étaient, jusque dans les années 2005, guère le fait d'anthropologues ou même de sociologues. Cependant, depuis 2007, de nombreux articles, et quelques thèses, sont apparus sur ce croisement, les plus significatifs sont présentés ici.

Sans vouloir verser dans la périodisation systématique, il est intéressant de noter que les travaux portant sur l'implication des organisations confessionnelles dans la lutte contre le sida s'articulent autour du milieu des années 2000 et plus précisément l'année 2007. Très

¹² Dans le cadre de nos réponses aux appels d'offres ANRS (2006) et Sidaction (2008).

schématiquement, les études anthropologiques et sociologiques publiées avant 2007 ne portent que peu fréquemment spécifiquement sur ce thème/objet. A partir de 2007, les articles, thèses et études se multiplient et donnent corps à ce qui s'apparente à un champ, celui de la réponse des congrégations religieuses au VIH.

III.1. Les premières études sur l'implication des religions : une « religion néfaste ou bénéfique ? »

A la fin des années 1990, la demande croissante des instances internationales pour un engagement des congrégations religieuses dans la lutte contre le sida a changé la manière dont les objets s'interpénétraient. En 2003, B.K. Takyi (2003) notait le faible nombre de recherches menées sur ce thème au regard du nombre d'études traitant des nouvelles religions et de leurs implications croissantes aux différents niveaux de la vie sociale et culturelle en Afrique. Quelques années plus tard, la situation n'a que timidement évolué et tous les auteurs ayant récemment investi ce champ (Prince, Denis, van Dijk, 2009 : vi ; Dilger, Burchardt, van Dijk 2010 : 374) rappellent qu'à l'instar des organisations confessionnelles qui se sont impliquées tardivement dans la lutte contre le sida, les chercheurs ont pensé tardivement les multiples façons dont les religions ont répondu à l'épidémie que ce soit en terme de foi ou de pratiques.

Entre la fin des années 1990, et la première moitié des années 2000, quelques articles paraissent, en anglais d'abord puis en français. Divers auteurs (Dilger, Burchardt, van Dijk 2010 : 374) ont noté que pour leur grande majorité, ces premiers chercheurs ont interrogé l'engagement des congrégations confessionnelles « selon leurs aspects positifs¹³ ou négatifs¹⁴ », outre quelques exceptions notables (Gardner, 2000 ; Dilger, 2001 ; Bégot, 2004 ; Vidal, 2004). Par ailleurs, ces chercheurs ont principalement travaillé le domaine de la prévention de nouvelles infections et le rôle des congrégations dans la stigmatisation des PVVIH (Foster, 1996 ; Gruénais, 1999).

D'autres articles ont abordé la manière dont les églises répondent à l'épidémie, prennent en charge les personnes infectées ou auxquelles les personnes séropositives au VIH ont recours pour restaurer leur identité (Gardner, 2000 ; Dilger, 2001 ; Tonda, 2002 ; 2005 ; Bégot, 2004). Dans l'ensemble, la plupart des auteurs ayant investi la question des religions et du sida proviennent du champ de la santé : la plupart sont anthropologues et certains sociologues. Quelques chercheurs spécialistes du fait religieux ont également abordé la question du recours aux religions par les personnes vivant avec le VIH au sein de leurs études sur le religieux (Corten, 1995, 1998 ; Mary, Laurent, 2001). A notre connaissance, en France, seules deux auteures issue des sciences sociales du religieux, se sont penchées spécifiquement sur l'infection par le VIH (Bégot, 2004 ; Francello, 2007).

Les travaux menés en France avant 2007 traitent majoritairement de trois thèmes. Le premier

¹³ En Ouganda, (ONUSIDA, 1998 ; Kagimu et al. 1998), au Mozambique (Pfeiffer, 2002 ; 2004), en Sierra Leone (Mansaray et al., 1992) et au Sénégal, (Lagarde et al., 2000 ; Sapira et al., 2000) l'implication est considérée par ces chercheurs comme bénéfique.

¹⁴ Dans leurs études sur le Congo (Gruénais, 1999 ; Hagenbucher-Sacripanti, 1994) et le Ghana (Takyi, 2003), les auteurs envisagent la participation des congrégations religieuses comme freinant la prévention des nouvelles infections au VIH.

concerne les pratiques de guérison qui comprennent souvent l'eau et des rituels pour lesquels la dimension charismatique du leader religieux est fondamentale (Tonda, 2002, 2005). La deuxième thématique est celle des pratiques et représentations du VIH au travers du religieux. Elles participent des études qui entrecroisent religion et santé puisqu'elles concernent les demandes des fidèles ainsi que les offres de « miracle » (au sens large du terme car il recouvre des notions très différentes selon les contextes) des congrégations religieuses (Corten, 1995, 1998 ; Mary, Laurent, 2001 ; Francello, 2007). Enfin, la dernière thématique est celle des communautés religieuses de soutien qui jouent un rôle déterminant dans l'obtention du pardon, dans la reconstruction identitaire et dans l'élaboration d'un sens à sa maladie (Bégot, 2004 ; Francello, 2007).

III. 2. De nouvelles approches en cours d'élaboration

En 2007, un tournant significatif est amorcé. Les chercheurs envisagent l'implication ou les réponses des églises ou des congrégations religieuses face au sida comme un « véritable » objet d'étude anthropologique. Cette année-là, une thèse de sociologie et une autre de philosophie interrogeant la réponse des congrégations religieuses au sida, sont soutenues aux Etats-Unis. J. Adams (2007) s'intéresse, au Malawi, à un réseau d'églises en milieu rural, souvent envisagé comme le seul existant réellement. Il démontre également que l'implication individuelle dans une organisation religieuse peut réduire les comportements à risque même si la notion de risque n'est pas toujours comprise en ces termes. De son côté, la thèse d'A. Harris (2007) traite de la manière dont « The Balm in Gilead » « une organisation religieuse à base communautaire » encourage l'Eglise Noire américaine à faire du sida une question sociale. L'Eglise Noire américaine est une des institutions les plus influentes au sein de la communauté noire aux Etats-Unis et jusqu'à leur implication, nombre de ses membres ignoraient l'épidémie. L'auteure analyse la manière dont ces deux organisations ont collaboré et dont l'Eglise Noire s'approprie les données sur le sida et leur marketing.

A partir de 2007, les aspects de l'infection abordés (prévention, support social, prise en charge, etc.) et certaines approches deviennent récurrentes et permettent d'esquisser à grands traits un tableau général.

Tout d'abord, c'est en Afrique sub-saharienne (Afrique de l'Est d'abord, puis du Sud) que la question de la religion et du sida a été le plus étudiée. Hors de ce contexte, peu d'études ont été publiées. Notons néanmoins que J. Zigon a travaillé sur les programmes de lutte contre la drogue et le VIH de l'Eglise orthodoxe russe soit un christianisme indépendant, « non importé » et en dehors d'un contexte de domination coloniale. Cet auteur se positionne clairement comme effectuant une étude qu'il qualifie « d'anthropologie morale » (2007; 2008 ; 2011). Les aspects plus spécifiquement religieux comme la symbolique ne sont donc pas abordés dans ses articles et ouvrages (2007 ; 2008 ; 2009 ; 2011). Quoique novatrice par les définitions de l'éthique et de la morale qu'il propose (2011 : 66-71), son approche en terme de « morale » est assez partagée par les anthropologues travaillant sur ce thème dans le contexte africain comme nous allons le voir.

Dans un numéro spécial de *Journal of Religion in Africa*, Becker et P.W. Geissler envisagent la réponse au sida des congrégations religieuses non en termes moraux (comme l'ont fait J.

Zigon, [opus cités], H. Dilger, [2001, 2007 et 2009] et M. Burchardt, [2009]) mais en interrogeant la notion de foi, qu'ils distinguent de celle de religion (historiquement trop déterminée à leur yeux). Ces auteurs « partent de la notion de foi en tant que pratiques et idées du quotidien » (Becker, Geissler, 2007 : 2). Ils se positionnent à rebours du concept classique de religion en Afrique qui, selon eux, est trop souvent associé à « l'invisible, à l'occulte, et à l'irrationnel, évoquant les stéréotypes culturels datés¹⁵ » (*ibid* : 3) perpétuant une image des Africains condamnés à leur destin tragique (*ibid* : 1). Les auteurs adoptent la posture quant à la foi suivante (ils se défendent d'employer le mot religion):

« Nous partons de l'idée que la foi personnelle, et les pratiques religieuses, en contraste avec les mythes urbains, les rumeurs politiques et la confiance en l'autorité scientifique, ne concernent pas tellement l'"invisible", mais bien plutôt la vie de tous les jours, tangible, matérielle, avec ses forces propres, elles concernent l'humain et les choses qui constituent le monde personnel et qui permettent à la vie de continuer » (*ibid* : 3)¹⁶.

Les autres contributeurs de ce volume remettent, eux aussi, en cause certaines notions « classiques » de la sociologie du religieux, comme le tabou. Ce concept préside, selon eux, à la restauration de l'ordre social, il est alors conçu comme renforçant, par là même, les « traditions » protectrices contre le sida. C'est de cette notion, insistent F. Becker et P.W. Geissler, que plusieurs chercheurs sont partis pour considérer les religions en Afrique comme pouvant initier des « changements de comportements sexuels » chez leurs fidèles. Or, prenant le contre-pied de cette idée, les auteurs rappellent, avec les autres contributeurs du volume, que les religions, les pratiques et les rites sont également porteurs de redéfinition des frontières, et opèrent une transformation créative qui libèrent les possibles et ouvrent sur de nouveaux points de départ (*ibid* : 6-7). En remettant l'apparition du sida dans un contexte global de dévers, d'échecs économiques, politiques, sociaux qui ont marqué l'histoire de l'Afrique de l'Est au cours de ces cinquante dernières années, ils montrent que le sida réfère également à la question de la modernité. Les Africains de l'Est considèrent que le sida l'incarne et en est un des symptômes. Les réponses des congrégations confessionnelles (islam, pentecôtisme, néo-traditionnelle) ne peuvent être comprises, envisagées qu'à l'aune de l'histoire contemporaine (y compris politique et économique) de cette région (*ibid* : 8-9). Enfin, devant l'échec relatif (surtout avant l'introduction des ARV) de la science et de la biomédecine face au sida, l'idée, commune à plusieurs sociétés d'Afrique de l'Est, d'une omnipotence de celle-ci et de la nécessité d'en acquérir la maîtrise pour accéder à la puissance qu'elle véhicule, est remise en cause. Cette évolution ouvre, dès lors, sur une « émancipation du scientisme qui s'oppose à la science même » (*ibid* : 10). Cette évolution invite à une définition des frontières et des territoires, et aujourd'hui, nombre d'Africains de l'Est semblent combiner les approches, religieuse et scientifique, de réponse au sida, sans toujours les opposer (*ibid*, 10-11). Ainsi F. Becker et P.W. Geissler articulent religion et sida en entremêlant les champs, quoiqu'ils partent de leur propre définition de la religion et semblent ne pas être au fait des nouvelles conceptions du religieux. C'est en partant de leurs

¹⁵ Les extraits cités ici sont notre traduction.

¹⁶ Ce passage ainsi que les suivants ont été traduit par nous-même. On notera que cette approche de la religion n'est pas sans rappeler celle d'A. Piette qui défend l'idée et analyse une « religion de près » faite de pratiques et de « croyances » insérées dans le quotidien (1999 ; 2003).

observations qu'ils montrent que la frontière entre religion et science, religion et sida est en perpétuelle évolution, recombinaison.

En 2009, paraît un autre volume spécial, celui de la revue *Africa Today* dédié à l'engagement des christianismes contre le sida en Afrique de l'Est et du Sud, coordonné par R. Prince, P. Denis et R. van Dijk. Ils s'intéressent à trois thématiques qui rejoignent pour partie celles traitées dans la présente thèse.

« La première concerne la manière dont les personnes (individus/sujets) considèrent, gèrent la maladie, la mort, le traitement et le soin aux malades mais aussi les questions de moralité, de lien de parenté, les relations de genre et la sexualité ; la seconde thématique concerne la place des religions dans la sphère publique en relation avec la société civile, le gouvernement, le développement et la santé publique ; enfin, la troisième thématique concerne les transformations des pratiques chrétiennes et leurs conceptions du monde. » (Prince, Denis, van Dijk, 2009 : v)

Les auteurs envisagent également la christianisation du discours public et des débats autour du sida ainsi que leurs effets sur les autres institutions, pratiques et débats dans les sociétés africaines faisant l'expérience du sida. R. Prince, P. Denis et R. van Dijk dans ce volume et H. Dilger, M. Burchardt et R. van Dijk (2010) dans une section de volume l'année suivante mettent en avant le faible nombre d'études sur les religions africaines indépendantes. Ce sont donc les Eglises pentecôtistes qui ont, au regret des auteurs *sus* nommés, fait couler le plus d'encre et inspiré les plumes des sciences sociales quant aux christianismes africains, essentiellement de l'Est et du Sud. Dans ce volume, plusieurs contributeurs s'intéressent à l'internationalisation de l'engagement des Eglises (essentiellement chrétiennes) dans la lutte, favorisées par les subventions des différents bailleurs de fond internationaux (Banque Mondiale, ONUSIDA) et bilatéraux (USAID, PEPFAR) et notent la convergence des agendas religieux. Ces subventions assorties d'aides à la mise en place de programme de prise en charge, de conseils de dépistage, voire même de distribution des ARV – méthodistes au Kenya et catholique romain en Afrique du Sud (*ibid* : vi-vii) – ont contribué au processus d'institutionnalisation des Eglises et ont modifié en retour les positions des Eglises face au sida, à la vie, la mort et la santé.

Ces études posent également la question des frontières entre domaine public et privé associées à la moralité, ainsi que de la place des Eglises dans la société civile, dans le développement, et la santé (*ibid* : viii). Les auteurs rappellent que si le PEPFAR a largement subventionné la promotion de l'abstinence et de la fidélité les premières années de son apparition, la situation depuis 2006 a changé et sur le terrain ses représentants sont plus flexibles (*ibid* : ix). A l'instar des sociologues du religieux contemporain (Hervieu-Léger, 2000 ; Willaime, 2011), R. Prince, P. Denis et R. van Dijk appellent à se départir d'une conception trop occidentale des religions qui considère la participation de ces dernières comme un frein à la modernisation. Il s'agit alors d'appréhender l'implication croissante des congrégations religieuses dans la vie séculière (santé, économie, politique, morale, sexualité) comme une réponse très populaire à une demande spirituelle et matérielle, comme une aspiration à un « ethos de la fraternité, de l'amour, de l'égalité et de l'honnêteté » (*ibid* : x). Enfin, les dimensions économiques, politique, institutionnelles et gouvernementales sont abordées. Les auteurs s'interrogent : « les congrégations religieuses sont-elles des formes de

gouvernements non-gouvernementaux ?¹⁷» (*ibid*: xi). C'est donc sous les angles structurels (organisation et institutionnalisation) moraux et en terme de subjectivité que les auteurs de ce volume interrogent et analysent l'engagement des congrégations religieuses dans la lutte contre le sida (*ibid*: x-xiv).

En 2010, partant du constat que les ARV étaient peu présents dans le débat sur l'engagement des religions contre le sida, H. Dilger, M. Burchardt et R. van Djik ont rassemblé des contributions portant sur la relation entre d'une part religion et sida et d'autre part sur les représentations religieuses de la diffusion à large échelle des ARV en Afrique sub-saharienne (2010 : 374). L'objectif épistémologique plus général est de créer une approche de ces nouvelles religions qui permette

« Aux scientifiques agnostiques et aux sciences théologiques de parler ensemble de la vie et de la mort dans le contexte du sida, que de nombreuses sociétés, populations et institutions Africaines expriment en terme de foi ? » (Dilger, Burchardt, van Djik, 2010 : 374).

Les auteurs commencent par rappeler que peu d'études se penchent sur la manière dont les ARV – aux exceptions notables de Nguyen (2005) et Mogensen, (2010) – s'enchâssent dans vie sociale et familiale des personnes sous traitements. Ces traitements conduisent à une redéfinition de la vie, de la mort, du soin et de la stigmatisation (*ibid*: 376-377). Les trois auteurs envisagent les ARV dans la perspective religieuse et proposent d'utiliser le concept de *redemptive moment*, que l'on peut traduire par "période de rédemption" pour rendre compte non seulement de l'espoir que suscite chez les scientifiques « laïques » et agnostiques l'apparition et la diffusion à large échelle des ARV mais aussi de la manière dont les religions, (fidèles et clercs) les appréhendent depuis le début de leur introduction (*ibid* : 377). Dans plusieurs pays d'Afrique de l'Est, les congrégations religieuses ont reçu des fonds internationaux pour participer et mettre en place dans certaines régions la distribution des ARV (en Zambie, les Eglises chrétiennes principales notamment) mettant au défi les Eglises moins bien établies. A ce titre, la prise en charge globalisée du VIH a suscité des évolutions au sein des Eglises et entres elles. Elles ont du notamment

« Ajuster leurs discours, leurs pratiques et les aménagements institutionnels aux attentes et aux standards de développements et de financements [Dilger, 2009]. » (Dilger, Burchardt, van Djik, 2010 : 378)

Par ailleurs, la médicalisation de la vie, des existences individuelles et collectives interrogent la place que les religions peuvent occuper au sein d'

« Un monde dans lequel les problèmes des individus sont rapidement résolus par l'industrie du sida » (*ibid* : 378)

Les auteurs justifient la création du concept de "période de rédemption" par le fait que contrairement aux attentes des gouvernements nationaux et des organismes internationaux, l'observance à un « régime de traitement rigide » (*ibid* : 379), n'atteint pas toujours (ou même peu fréquemment) le taux d'observance aux traitements escompté de 90% (voire 95%). Dans ces conditions, la stigmatisation n'est guère amoindrie. En outre,

¹⁷ Les extraits de ce volume, du précédent (Prince, Denis, van Djik, 2009) et du suivant (Dilger, Burchardt, van Djik, 2010) sont notre traduction.

« Le biopouvoir inhérent à ce traitement et la transnationalisation des subventions et des dons, ne peu[vent] pas être envisagé indépendamment des priorités morales, sociales formulées par les communautés, les familiales, les organisations et les leaders religieux en relation avec cette maladie. » (*ibidem*)

Ces études explorent donc à travers des approches interdisciplinaires combinant science politique, théologie, anthropologie et histoire, les diverses relations entre les conceptions religieuses, les pratiques et les organisations. Elles interrogent également la diffusion des traitements ARV. Les diverses contributions montrent la pertinence et l'importance de poursuivre des recherches sur l'implication des congrégations religieuses dans le champ du sida.

IV. Proposition épistémologique pour l'étude de la réponse du christianisme éthiopien au sida

L'apparition du sida, suivie de la promulgation de directives accompagnées de subventions (parfois substantielles) des organismes internationaux et bilatéraux ont modifié la manière dont les recherches sur la religion et sur la santé dialoguent. Rappelons qu'au Nord, et en dehors du contexte épidémique du sida, cette rencontre s'opère également sur de nouvelles bases, rendant plus délicate, mais ô combien intéressante l'analyse de l'interpénétration de ces « nouveaux » objets. La portée d'une étude sur la réponse du christianisme éthiopien au sida ne se limite donc pas à l'Ethiopie, ni même à l'Afrique, mais concerne plus généralement quelque chose comme la (sur)modernité religieuse et la globalisation sanitaire. Expression qui désigne ici l'ensemble des politiques (internationales et nationales) visant le développement et l'accès aux soins de santé pour tous.

Le concept de surmodernité religieuse constitue un aspect de ce que les sciences sociales et la philosophie appellent la postmodernité (Beckford, 2010). C'est-à-dire que cette postmodernité se donne à voir dans le religieux et dans les conceptions du religieux. D'après J. Beckford, la modernité est la période de l'affirmation suivante :

« Les vérités et les valeurs [...] sont en général considérées comme ayant un fondement solide dans la méthode scientifique, dans les grandes théories ou la métaphysique et l'idéologie, ou bien dans les approches culturelles qui privilégient la fonctionnalité, la clarté, l'objectivisme et l'impersonnalité ». (*ibid* : 947-948)

La postmodernité remet profondément en cause ces postures et à la place :

« Postule la nature irrémédiablement subjective et circonstancielle du savoir, l'absence de point d'ancrage objectif ou traditionnel pour les valeurs, l'inévitabilité de la parodie et de la satire et le pouvoir maintenu des mythes, du fantastique et du mystère. » (Beckford, 2010: 948)

Dans le champ de la religion, la surmodernité (ou postmodernité) se caractérise par l'existence d'un double mouvement :

« D'un côté, certaines tendances religieuses semblent incarner le caractère transgressif de la post modernité. Ceci signifie que la religion traverse les frontières et échappe aux catégories associées à la tradition ou à la modernité. De l'autre côté, dans la condition

postmoderne, la religion est à même de célébrer et de sacraliser les résultats de cette transgression. Ces deux aspects sont étroitement liés. » (*ibid* : 949)

IV. 1 Une approche classique pour un nouvel objet : retour sur l'anthropologie de la maladie et du fait religieux

Contrairement aux chercheurs ayant investi ce nouvel objet, il ne s'agit pas ici de proposer de nouvelle posture quant à l'étude du fait religieux (comme la focalisation sur la notion de foi, plutôt que de religion), ni d'étudier cette interpénétration sous l'angle moral ou encore à partir de la subjectivité. Nous avons plutôt eu recours aux concepts et outils analytiques classiques de l'anthropologie religieuse et de la santé (et sans doute pourrait-on ajouter de la maladie ou médicale).

Nous situons notre approche dans les sillons tracés par G. Simmel (1992), J. Maître (1982 ; 1995) mais surtout de F. Laplantine (1982, 1993). Chacun d'eux, à sa manière propre, a pensé des rapprochements entre les disciplines, et pour les deux derniers, ont mené des études croisées. Plus récemment, d'autres auteurs, parmi les anthropologues de la santé, ont ouvert des pistes recherches qui ont alimenté notre travail, parmi eux : S. Fainzang (2001, 2002), L. Vidal (2004), Van der Geest, (1994, 2002, 2005) puis Durisch-Gauthier et al. (2007), ont proposé de croiser les thématiques et ont ouvert des pistes de recherches qui ont alimenté notre travail.

Parmi les auteurs provenant du champ religieux, M. Weber (1996), J. Pouillon (1979), L. Amiotte-Suchet (2005), A.S. Lamine (2005, 2008), L. Obadia (2007, 2009) et P. Watier (2008) ont ouvert des voies pour concevoir des objets déterritorialisés grâce aux passerelles qu'ils ont envisagées. Ces travaux récents et plus anciens, voire des pères fondateurs, offrent, nous estimons, une palette conceptuelle appropriée pour envisager ce nouvel objet et penser ensemble la religion et le sida. S'il est fait ici œuvre d'anthropologie du sida, c'est donc en l'alimentant de sciences sociales du fait religieux.

Aucune de ces approches présentées dans la section précédente ne s'intéresse à la notion de symbole, ni ne recourt à une anthropologie symbolique qui constitue pourtant un des spécificités du champ religieux, qu'il investisse les questions de santé, ou qu'il réponde aux questions de vie et de mort, de sexualité ou d'impureté. La morale est un des aspects centraux de la religion, mais elle ne lui est pas spécifique, le symbole non plus, évidemment. Pourtant, au même titre que la morale, il peut être envisagé comme axe transversal, un angle de vue permettant d'embrasser ensemble plusieurs thématiques. Comme le rappelle S. Sontag (2005), le sida est une maladie à forte charge métaphorique. Ne peut-on pas envisager ce terme comme un synonyme de "symbolique" ? Les sociologues du fait religieux rappellent qu'une des spécificités des religions résident dans leurs élaborations, leurs cultures symboliques (Obadia, 2007, 2009 ; Willaime, 2011). Du côté de l'anthropologie de la santé, F. Laplantine (1986), M. Lock, et D. Gordon (1988), B. Good (1998), L. Vidal (2004) et S. Van der Geest (1994, 2002, 2005) ont, eux aussi, travaillé la dimension culturelle, et/ou rituelle – et incidemment porteuse de symbole – de la biomédecine. Ainsi, dans cette étude et *a contrario* de nombreux auteurs, nous avons fait le choix de revenir, quand ce recours était pertinent, à la notion de symbole et de culture.

Il nous semble que seuls quelques anthropologues de la santé, et plus spécifiquement ceux ayant travaillé sur le sida, ont eu recours aux outils conceptuels des sciences sociales du religieux pour penser et analyser l'implication des congrégations religieuses dans la lutte contre le sida, ou comme l'appellent F. Becker et P.W. Geissler (2007), la réponse des congrégations religieuses au sida. En menant cette étude, débutée avant la publication des travaux fondateurs de ces derniers, nous avons interrogé le croisement des champs anthropologiques de la santé et religieux quant au sida. Il est très rapidement apparu qu'un des premiers chercheurs à avoir « pensé » ce lien 'religion-santé' en termes méthodologiques est F. Laplantine (1982, 1986, 1991). Ce dernier invite notamment les anthropologues de la santé à examiner les différentes formes thérapeutiques sous l'angle religieux et inversement, incite les sociologues du religieux à s'intéresser aux faits de santé, afin de déterritorialiser leurs objets et leurs méthodes d'analyses.

En 1982, F. Laplantine propose de mettre en perspective des modèles étiologico-thérapeutiques des médecines « savantes » et « populaires » ; à cette fin, il recourt conjointement aux outils conceptuels de l'anthropologie, alors appelée, « médicale » et de l'anthropologie religieuse (1982 :64). Il rappelle avec force et insiste, dans plusieurs de ses articles, sur l'absence de pertinence scientifique du « découpage spontané » des objets comme relevant soit de l'anthropologie religieuse soit de l'anthropologie médicale (1986 : 344). Du côté des sciences sociales des religions, nous nous sommes tournés vers G. Simmel et sa sociologie formelle pour penser ensemble religion et médecine autour du sida.

IV. 2 La sociologie formelle de Simmel : le sida comme substance appréhendée par les religions comme par les sciences médicales

Dans son ouvrage, *La religion*, G. Simmel propose d'aborder le phénomène religieux sous l'angle de la sociologie formelle, théorisation qu'il a formulée dès les années 1890 et qu'il applique en partie dans sa théorie de la religion et des formes de religiosité (1998). Selon, G. Simmel, chaque catégorie (artiste, science, politique, religion) est un « mode de classement de la substance de l'existence », c'est-à-dire une forme qui modèle la substance vie ainsi que d'autres bien entendues moins générales. Il est délicat de partir de la notion de « substance de l'existence » de manière absolue, mais on peut considérer justement le sida comme une « substance » comme quelque chose ayant une existence propre. Cette proposition est purement théorique, idéal-typique, car il est impossible de concevoir le sida, « en soi » ou dans sa totalité, comme le précise G. Simmel lui-même,

« Nous ne pouvons jamais appréhender cette matière dans sa pureté mais toujours comme l'élément d'un monde quelconque » (1998 : 12).

Appliquer cette idée au sida conduit à la proposition suivante : si le virus existe par lui-même, il est d'abord appréhendé par les humains (sociétés, cultures, sciences, religions, économies, politiques, etc.) qui vont lui conférer du « sens », une « existence » dont la couleur et la forme sont spécifiques à la catégorie qui l'envisage. Comme l'explique G. Simmel,

« Chacune de ces catégories est habilitée, en principe à construire d'après ses lois propres la totalité de cette substance [...] à cette réserve près que maintes fois ce qui fut déjà formé par l'un sert de matière à l'autre ». (Simmel, 1998 : 11)

Le sida, parce qu'il a été mis en « existence » d'abord par la médecine, est appréhendé par les religions à partir des mises en formes créées par la science et la médecine. Mais tel n'est pas le cas d'autres « substances » ou « contenus » comme la maladie, le mal, la mort, la sexualité auxquels le sida est souvent associé. Les religions, de même que d'autres « catégories », qui sont autant de composantes de la société, ont « pensé », appréhendé, ces dernières substances (mal, maladie, mort) avant la science, la biomédecine (moderne). Si bien que nous partons de l'idée que pour ces « contenus »-ci, ce qui fut formé par la religion a servi (sert) de matière à la science, à la biomédecine pour reprendre la formule simmélienne. Il nous faut préciser qu'il s'agit là d'une position formelle qui permet de penser et de concevoir les passerelles entre médecine et religion autour du sida car la réalité est plus imbriquée.

G. Simmel ajoute que la religion – comme toutes les autres catégories, soit ces « grandes formes de notre existences » (et entre autres la science médicale ou la biomédecine) – doit « prouver sa capacité à exprimer dans son langage la totalité de la vie [Simmel, 1998 :10] » (Hervieu-Léger, Willaime, 2001 :119). Elle doit élaborer, « signifier un monde doté de ses lois propres et achevées en lui-même (Simmel, 1998 : 10) » (*ibidem*). En ce sens, la médecine et la religion présentent des mises en formes du monde distinctes, mais partant du même contenu, le sida, la maladie, la mort et la sexualité, et certaines de ces mises en formes circulent, dialoguent entre médecine et religion. Ces catégories empruntent (sans toujours le formuler, ou même le savoir) à d'autres, parce qu'on ne peut faire autrement, des mises en formes, qu'elles reformulent, retravaillent afin d'« exprimer sans leur langage propre la totalité de la vie » (*ibidem*).

Il nous semble que c'est au niveau des symboles, des valeurs et des normes et de quelque chose comme l'éthos, que les accointances entre les mises en formes religieuses et médicales, de la vie et ici du sida, sont les plus « palpables », les plus facilement appréhendables. En effet, F. Laplantine (1982, 1986), mais surtout B. Good, appréhendent la « médecine comme une formation symbolique » (1998 : 154).

IV. 3 Le symbole comme trait d'union entre les sciences sociales de la santé et du fait religieux

Les réflexions de F. Laplantine trouvent un prolongement dans celles de B. Good (1998) qui envisage la dimension symbolique de la médecine. Celui-ci part des travaux du philosophe E. Cassirer (1972) sur le « principe de formation » qui lui permettent d'affirmer

« Que la culture, tout comme les formes symboliques, sert d'intermédiaire à la réalité qu'elle organise. [...] Ces “principes de formations” sont à l'œuvre dans le langage et le mythe, dans la religion, l'art, l'histoire et la science. [...] les formes culturelles que sont la science et l'art ne sont pas de “simples *produits* dans un monde donné”, des verres colorés à travers lesquels nous voyons le monde, mais “ des *fonctions* qui chaque fois organisent l'être d'une manière particulière” [1972 :21] » (Good, 1998 : 154-155)

C'est à partir de ce fondement philosophique que B. Good conçoit « la médecine comme forme symbolique par laquelle la réalité se formule et s'organise de façon particulière » (1998 :154), conception qui rejoint les analyses discursives autour de la sexualité, de la folie et de la médecine de M. Foucault (1963, 1966, 1969) :

« Les activités relatives à l'art de guérir modèlent les objets de la thérapie – qu'il s'agisse de tel ou tels aspect du corps médicalisé, de tourments de l'esprit, ou de mauvais sort – et cherchent à transformer ces objets par l'action thérapeutique. La recherche comparée peut ainsi se pencher sur des pratiques de formation qui diffèrent d'une culture à l'autre, sur la nature des réalités qu'elles reconnaissent et formulent, sur la façon en fait dont elles appréhendent le réel et agissent sur lui, sur leur efficacité, enfin, à le transformer. » (1998 : 157)

B. Good poursuit en interrogeant les « grands principes générateurs de « *la médecine comme formation symbolique* », et montre à partir des travaux de M. Weber que la médecine « est au cœur de notre vision sotériologique ». Pour ce faire, il propose :

« D'examiner les activités organisatrices de la médecine en tant que formation symbolique, comme Cassirer l'a fait pour la science, l'art et la religion. Je propose également que nous considérions, sous cet angle, le rôle médiateur de la médecine entre physiologie et sotériologie. La maladie mêle les dimensions physiques et existentielles, l'infirmité du corps et la souffrance morale. Bien que matérialiste et reposant sur les sciences naturelles, la médecine unit par ses activités les domaines matériel et éthique. Weber (1946 : 267-301) affirme que les civilisations s'organisent autour d'une vision sotériologique – une appréhension de la nature de la souffrance, et les moyens de transformer ou de transcender cette souffrance et d'atteindre au salut. Or la médecine est dans la civilisation occidentale contemporaine au cœur de notre vision sotériologique. » (1998 : 159)

B. Good termine son chapitre sur les formes symboliques de la médecine en rappelant à la suite de M. Foucault que « la santé a remplacé le salut » (1998 : 191). Il apparaît donc qu'un des liens entre médecine et religion se loge là : elles proposent toutes deux un salut.

De nombreux auteurs ont montré, théorisé, mis en évidence la relation directe entre salut et santé créé par la médecine et les sciences médicales occidentales. Une des premières à avoir mis en évidence ce glissement est H. Arendt (1961[1958]), suivie par M. Foucault (1963), puis G. Agamben (1997) pour les philosophes. Des anthropologues, adoptant une démarche symboliste (Good, 1998) ou considérant la santé sous l'angle du pouvoir et de la politique (Fassin, 2010), leur ont emboîté le pas. Mais aucun, à notre connaissance, n'est parti du fait religieux pour interroger et comprendre (si possible) comment et en quoi, justement la santé s'était chargée de cette sacralité propre au salut religieux. Ne peut-on pas justement s'interroger sur le concept même de santé/salut ? Ne peut-on se demander en quoi ce salut/santé contient des éléments religieux ? En quoi le contenu de ce santé/salut s'apparente-t-il au religieux ?

IV. 4 Un objet approché par deux perspectives ou démarches anthropologiques

A présent que la posture à partir de laquelle nous penserons ensemble, religion et sida en Ethiopie et par extension, religion et santé/maladie, est posée, il s'agit de définir l'approche épistémologique choisie. Comment croiser les démarches et constituer un « objet » interrogeable par les sciences sociales de la santé et du religieux ? Pour ce faire, nous avons suivi la voix ouverte par F. Laplantine (1982, 1986) qui propose une épistémologie du *même*:

« Ce qu'implique à notre avis une stricte épistémologie de la pluridisciplinarité, articulant la recherche en anthropologie médicale et la recherche en anthropologie

religieuse, [...] c'est] l'éclairage successif d'une double démarche différenciée sur le même phénomène. » (1982 :76)

Il rappelle qu'aucun objet n'appartient en propre à un champ (religion, santé, politique, économique, etc.) et propose l' « option » épistémologique suivante :

« En fait tout phénomène, qu'il se présente comme ostensiblement religieux (un pèlerinage, un rite de protection individuel ou collectif, ...) ou comme manifestement médical (une intervention chirurgicale en bloc opératoire) est toujours un "phénomène social total" qui appelle l'éclairage de plusieurs démarches successives : celle de l'anthropologie médicale et de l'anthropologie religieuse, mais aussi de l'anthropologie politique, économique, [...] dont il convient à chaque fois d'articuler les pertinences ou, comme dit Devereux, la « rentabilité » respective. » (note de bas de page, Laplantine, 1982 : 76)

Quelques années plus tard, il tiendra un discours identique, mais adapté aux anthropologues du religieux travaillant sur le corps, car, selon lui :

« Un même phénomène (tel le comportement alimentaire, culinaire, médical, sportif) peut fort bien faire l'objet d'une étude menée à partir de la *perspective* et de la *démarche* de l'anthropologie des religions. Autrement dit, ce n'est jamais l'objet empirique qui est en mesure de définir une méthode (un même objet étant toujours redevable de plusieurs méthodes), mais bien au contraire la méthode qui transforme le phénomène étudié en objet scientifique. » (1991 :16)

Il s'agit donc d'avoir recours, d'utiliser des concepts classiques et plus récents de la sociologie et de l'anthropologie religieuse et de la santé pour interroger et analyser la manière dont le christianisme éthiopien répond au sida, qui éventuellement en retour (et plus généralement ce qu'on appelle la modernité) le transforme. Plus précisément, l'objectif poursuivi est de mettre à jour les valeurs, les idées, les symboles, voire même l'ethos qui sous-tendent cette religion dans ses deux composantes, institutionnelle et religiosité vécue. En tant qu'institution l'EOTC s'implique dans la lutte contre l'épidémie au côté d'autres instances, d'autres organisations (Gouvernement éthiopien, USAID-PEPFAR, Fond Mondial). Ces organisations, mues par cet engagement contre le fléau de l'infection au VIH peuvent faire évoluer, à tout le moins elles peuvent provoquer, susciter des évolutions des changements. En tant qu'Eglise éthiopienne, faite des pratiques et les discours sur le sida, des clercs de la base et des fidèles, porteurs ou du VIH, elle y répond en offrant une solution, individuelle et collective à l'infection au VIH, réponse visible donc sur les sites d'eau bénite. Mais en retour, l'épidémie, et plus spécifiquement les traitements vont entrer en concurrence avec la cure spirituelle, et susciter, provoquer des changements. Ainsi le sida peut-il, selon la formule d'usage, être considérée comme un révélateur religieux, et un réformateur de ce même religieux.

Dans ce cadre, nous avons donc suivi l'option épistémologique proposée par F. Laplantine. L'objet principal considéré est donc l'engagement du christianisme éthiopien contre le sida. Il est, par ailleurs, depuis quelques années, devenu un véritable objet d'investigation anthropologique (Zena Berhanu, 2006 ; Getnet Tadele, 2006 ; Yseni Roman, 2006). Dans cette thèse, l'objet « engagement du christianisme éthiopien contre le sida » sera donc envisagé à partir des perspectives et des démarches conjointes de la maladie et de la santé. Cette posture, implique, invite à recourir à des concepts « passerelles », c'est-à-dire,

permettant d'analyser conjointement le fait religieux et la santé. Certaines notions ont plus été travaillées par un des deux champs. Ainsi, les guérisons miraculeuses ont plus été analysées par les sciences sociales du fait religieux que de la santé. F. Laplantine invite à ne pas enfermer les objets, si bien que nous tenterons d'approcher ces guérisons, sous l'angle de l'anthropologie de la santé, opérant alors, une sorte de retournement.

Conclusion

Cette combinaison d'approches, de démarches, d'analyses à partir des perspectives de l'anthropologie de la santé et de l'anthropologie religieuse n'a pas pour but de montrer que la médecine est une religion et la religion une médecine. Néanmoins, en prenant en charge un même phénomène (le sida) dans ses multiples dimensions (prévention des nouvelles infections, prise en charge des PVVIH, traitement du corps biologique, social, spirituel), les valeurs prônées et véhiculées par la biomédecine et le christianisme éthiopien, les symboles auxquels ces institutions ont recours et qui les sous-tendent, leurs ethos respectifs donc, se croisent, s'influencent.

Cette rencontre entre la biomédecine et la religion en Ethiopie s'inscrit dans la durée : elle est progressive. Elle débute formellement, officiellement dans les années 1980 avec les premiers programmes de lutte contre le sida gouvernementaux éthiopiens auxquels l'EOTC en tant qu'institution est appelée à prendre part. En 1992, après la chute du régime du *därg*¹⁸, c'est l'Eglise éthiopienne, à travers les sites d'eau bénite soit la part moins formalisée de ce christianisme qui répond à l'épidémie. Puis, à la fin des années 1990, les formes religieuses et biomédicales de lutte contre l'épidémie au VIH se rencontrent à nouveau dans un contexte de forte implication des instances internationales. En effet, c'est sous leur impulsion que le nouveau Gouvernement éthiopien élaborera en 1998, le premier plan de lutte multisectoriel contre le sida, impliquant de manière formelle l'EOTC. A partir de 2004, la rencontre prend une autre teinte, avec l'apparition d'un nouvel acteur, USAID, qui finance l'EOTC pour promouvoir l'abstinence, la fidélité et lutter contre la stigmatisation. Elle s'intensifie encore avec l'arrivée des ARV qui rencontreront, en 2006-07, l'Eglise éthiopienne grâce au PEPFAR. Ces acteurs seront présentés de manière détaillée dans les deux prochains chapitres.

¹⁸ Nous y revenons dans les pages suivantes. A titre préliminaire, le *därg* est un comité d'élus de l'armée, cette junte militaire déposera en 1974, le dernier empereur ou "Roi des rois" d'Ethiopie, Hailé Sellassié. Dans les années suivantes, le *därg* mit en place une dictature stalino-communiste.

CHAPITRE II

Les acteurs de la lutte contre le sida en Ethiopie

Ce chapitre est l'occasion de présenter quatre des principaux acteurs en présence : le Gouvernement éthiopien, la branche de l'EOTC impliquée dans la lutte contre le sida, certaines des instances internationales les plus présentes et actives dans la lutte contre le sida en Ethiopie et enfin les organes de l'aide bilatérale américains. L'implication du Gouvernement éthiopien dans la lutte contre le sida intervient à un moment déterminé de l'histoire du pays et du développement du système de santé éthiopien. Ces deux histoires, celle du pays puis de son système de santé seront l'objet des trois premières sections. Puis l'histoire de la lutte contre le sida, des années 1980 à nos jours, fera l'objet d'une description qui se terminera par l'exposé des relations du gouvernement avec les congrégations religieuses éthiopiennes dans le cadre des politiques contre le sida. Nous présenterons ensuite l'organe de l'EOTC impliqué dans la lutte contre le sida. Enfin, l'histoire très brève des organisations internationales présentes en Ethiopie, sera suivie d'un plus long développement sur l'histoire des relations entre les Etats-Unis et l'Ethiopie.

I. L'Ethiopie, un Etat : portrait historique

L'histoire de l'Ethiopie¹⁹ est riche et longue. Pour certains, ce pays a, selon une formule mythique « 3000 ans d'histoire ». Le *Käbra Nägest* « la Gloire des rois », récit glorieux composé en *ge'ez*, entre les XIII^e et XIV^e siècles, fondait la légitimité de la dynastie salomonienne des rois éthiopiens. Ce document fait remonter l'histoire de l'Ethiopie au X^e siècle avant notre ère, avec la visite de la reine de Saba au roi Salomon, de leur amour naquit le premier roi d'Ethiopie, Ménélik I. Or, les mythes savent coexister avec une vérité établie par les historiens. La périodisation suivie ici a été établie par R. Pankhurst (2001), si tous les historiens n'y adhèrent pas totalement, elle nous est utile pour l'organisation de la synthèse.

¹⁹ La présente synthèse a été écrite à partir des travaux de D. Crummev (1969), de J. Markakis (1975), de K. Stroffregen-Pedersen (1990), du Docteur Berhanou Abebe (1998), de R. Pankhurst (1990, 2001), et de Barhu Zewde (2005).

Axoum la grande

L'histoire de l'Ethiopie en tant qu'entité territoriale et politique remonte, d'après les historiens et archéologues, au III^e siècle avant notre ère. A son apogée, à partir du I^e siècle av. J.C., le royaume d'Axoum s'étend du Sud de l'Arabie au Nord du Somaliland (Doresse, 1970). De nombreuses sources attestent de la puissance de royaume d'Axoum et de la richesse de son port, Adoulis, impliqué dans le commerce entre le monde méditerranéen et Ceylan et l'Inde. La civilisation Axoumite perdurera jusqu'au VII^e siècle de notre ère. Deux des caractéristiques de cet Etat sont la maîtrise de l'écriture, le *ge'ez* et la conversion de son roi, Ezana au christianisme au IV^e siècle.

Les Zagwe

A la fin du VI^e siècle le déclin du royaume est amorcé. Plusieurs facteurs interviennent : l'expansion de l'Islam, la montée en puissance de la Perse, la perte de la suprématie commerciale sur la mer rouge commence. Ce déclin prend la forme d'un « repli d'Axoum vers les hauts plateaux » (Berhanou Abebe, 1998 :32). L'Empire couvre alors le Nord de l'Ethiopie actuelle (Tigré, Lasta, Bégemder), et la couronne revient à la dynastie des Zagwe autour 1140 (Berhanou Abebe, 1998). Un de ses rois les plus éminents est celui de Lalibela, Gäbré Mäsqäl, qui entre les XII^e et XIII^e siècles, fera tailler dans le roc les fameuses églises rupestres de Lalibela. Durant cette période, le *ge'ez* devient langue de la religion et l'amharique acquiert le statut de langue du roi. Les Zagwe seront détrônés en 1270 par Yekunno Amlak, considéré comme un descendant des Axoumites, ramenant ainsi la couronne à la dynastie salomonienne. Commence alors, au XIII^e s. le Moyen Âge éthiopien. Durant cette période, le monarque prend le titre de *Negusä nägäst*, soit "Roi des rois"²⁰, et sa capitale est itinérante.

Le Moyen Âge

Le XVI^e siècle sera le théâtre de la première confrontation avec un occident chrétien prosélyte. Depuis 1528, le pays est en guerre contre une armée musulmane conduite par Ahmed Gagn, dit le gaucher, originaire de Harar. L'empereur Dawit II fait appel aux Portugais, et en 1542, une armée conduite par le fils de Vasco de Gama arrivera en Ethiopie et aidera à mettre fin à la guerre. Quelques années plus tard, en 1557, des jésuites parviennent en Ethiopie et tentèrent de convertir le pays au catholicisme. Ils furent chassés du territoire en 1632, par l'empereur Fazilidas qui fixa la capitale à Gondar. Mais, en 1769, ce Roi des rois est assassiné par un *Ras* ("roi" en français) inaugurant la période de chaos appelée *Zämäna Mäsafent*, que Berhanou Abebe traduit par « l'Ere des Princes ou des Juges » (1998 : 62). Durant plus d'un siècle, des rois se feront appeler Roi des rois et se battront pour la succession, sans parvenir à unifier le pays.

²⁰ On qualifiera dans cette étude ce Roi des rois, d'Empereur, de souverain, de monarque ou parfois de Roi des rois selon la formule éthiopienne. Nous prions le lectorat averti d'excuser cette indifférenciation.

L'époque moderne

La fin de cette période débouche sur l'époque moderne éthiopienne, inaugurée par le roi Téwodros II (Pankhurst, 2001). Il conquiert le trône en 1855, mettant fin à la période de chaos. De nombreux auteurs le considèrent comme le « premier monarque éthiopien soucieux de moderniser son pays » (Crummey, 1969 ; Stroffregen Perderson, 1990 : 25 ; Barhu Zwede, 2005). Yohannes IV lui succède en 1872. Son règne est marqué par l'unification du territoire et les affrontements avec les puissances occidentales, l'ouverture du Canal de Suez rendant le contrôle de la région stratégique. Yohannes IV meure sur le champ de bataille en 1889. Il laisse un pays en cours d'unification et ayant gagné le respect des Anglais mais aux prises avec une Italie de plus en plus gourmande.

La préservation de l'indépendance de l'Ethiopie

Il revient à Ménélik II couronné en 1889, d'avoir réellement inauguré l'entrée de l'Ethiopie dans la modernité et d'avoir préservé son indépendance. En 1893, les Italiens installés dans l'actuelle Erythrée signent un traité avec Ménélik II qui dans la version italienne plaçait l'Ethiopie sous leur tutelle diplomatique. Dénonçant le traité, l'Empereur éthiopien engagea plusieurs batailles contre l'armée italienne. En mars 1896, la victoire bataille d'Adoua fera de l'Ethiopie une nation souveraine, une des rares nations non-colonisées du monde. Cette victoire mettra fin aux prétentions coloniales des autres puissances européennes qui choisirent la pénétration économique, participant ainsi au développement de l'Ethiopie. De fait, la construction du train par les Français qui s'achève en 1913, assurera sa croissance économique. Ce début de XX^e siècle verra la création d'une banque, de la poste, le téléphone, un premier collègue. Ménélik décède en 1906, l'impératrice Zeoditu est proclamée régente en 1917 et Ras Tafari héritier du trône. Il est couronné en 1929 sous le nom de Hailé Selassié. Il fit entrer l'Ethiopie à la SDN (Société des Nations) en 1923. Suite à l'invasion de l'Ethiopie par l'Italie fasciste en 1935, il viendra durant son exil à Genève lui demander son soutien en 1936, en mettant en garde l'Europe du danger qui les menace. L'incapacité de la SDN à agir et à empêcher la Deuxième Guerre Mondiale conduira à sa dissolution puis à la création des Nations unies en 1945, l'Ethiopie devenant un pays des membres fondateurs. Libérée en 1941 avec l'aide de la Grande-Bretagne, l'Ethiopie reprend le chemin de la modernisation. L'ère suivante sera celle de la réorganisation de l'Empire et de sa modernisation qui déboucheront sur améliorations sociales et économiques substantielles : apparition d'hôpitaux, d'écoles, de routes, d'une université et d'une monnaie nationale, le birr éthiopien.

Le dārg et la dictature stalino-communiste

Les années 1960-70 seront celles des revendications du peuple. Un mouvement d'étudiants suivis par les professeurs et une large frange de la population (ouvriers, paysans) réclament, entre autres : la liberté de la presse, la démocratie, l'abolition du régime féodal et une répartition plus juste de la terre. En 1974, la révolution éthiopienne essaime au sein de l'armée qui crée le *dārg*, un comité de coordination des Forces armées. Ce mouvement déclaré non-représentatif par le peuple destitue Hailé Selassié en septembre 1974. A partir de 1975, il mettra progressivement en place une dictature stalino-communiste menée par Mengestu Hailé Mariam. En mars 1975, la nationalisation des terres suscita la liesse populaire (Markasis, Nega Ayele, 1978 : 160). Mais, l'année suivante, sera celle de la période de la

terreur rouge durant laquelle 5000 personnes seront tuées et 30 000 emprisonnées en une semaine. La même année, la signature d'un accord d'assistance militaire avec l'URSS marque l'avènement du régime totalitaire. La famine de 1984-86 sera l'occasion pour le Gouvernement de déplacer près de 3 millions de personnes.

Une grave crise économique, la famine et l'annonce de la perestroïka russe suivant la chute du communisme en URSS, amorceront la fin du régime du *därg*. En 1990, après les victoires de plusieurs mouvements nationalistes régionaux (du Tigré, Oromo, de l'Amhara et de l'Erythrée) dans des batailles contre l'armée du *därg*. Le FLPT (le Front de Libération du peuple du Tigré), un de ses premiers mouvements vise désormais la libération du pays entier et créé le Front démocratique révolutionnaire du peuple éthiopien (FDRPE) regroupant sous sa houlette, les autres mouvements régionaux. Après de nombreuses défaites, Mengestu Hailé Mariam fuit au Zimbabwe, le FDRPE entre dans Addis Ababa le 28 mai 1991, devenu jour de fête nationale.

L'époque contemporaine

La chute du *därg* en 1991, signe le début de l'époque contemporaine éthiopienne (Pankhurst, 2001). Cette même année, un Gouvernement de Transition (Gouvernement de Transition d'Ethiopie - GTE) composé des différents mouvements ayant participé à la chute du *därg* prend le relai jusqu'en 1995. Le GTE élabore en 1994, la Constitution éthiopienne qui établit une nouvelle division administrative à base ethnique du pays en douze *kelels* ou régions. En 1993, l'Erythrée vote la séparation d'avec l'Ethiopie qui reconnaît l'Etat érythréen dès sa naissance. En 1995, les premières élections se tiennent et la République fédérale démocratique d'Ethiopie née, avec à sa présidence, Negasso Gidada et à la tête du gouvernement le premier ministre, Meles Zenawi. Les élections de 2005 ont constitué dans la marche de l'Ethiopie vers la démocratie une étape essentielle. Le déroulement des préparatifs aux élections a, dans l'ensemble, témoigné d'une volonté sincère de faire œuvre de démocratie. Les résultats des élections et les années suivantes seront celles d'un fiasco et des tensions entre le parti au pouvoir et les partis d'opposition ont abouti à une crispation sérieuse. Des manifestations de novembre 2005 ont été réprimées dans le sang et les membres de partis emprisonnés. En 2010 les élections ont donné le parti FDRPE largement victorieux, et ont vu Meles Zenawi confirmé au poste de premier ministre. Aujourd'hui la situation est assez inquiétante en terme de démocratie, de liberté de la presse et de protection des droits civils. Cependant, l'Ethiopie connaît depuis la fin des années 1990 une forte croissance économique, et des améliorations réelles des conditions de vie en milieu urbain et dans une moindre mesure en zone rurale.

II. La structure de l'Etat éthiopien d'après la constitution de 1994

La constitution de 1994 établit la structure de l'Etat, le découpage administratif et la répartition des pouvoirs. L'Ethiopie est une République Fédérale Démocratique de régime parlementaire. Le pouvoir exécutif est détenu par le Gouvernement, il partage avec le Parlement le pouvoir législatif. Quant au pouvoir judiciaire, il est indépendant.

L'Etat est divisé en 9 régions (Tigré, Afar, Amhara, Oromo, Somali, Benishangul-Gumuz, Gambella, Harari et Région des nations, nationalités et peuples du Sud ou SNNPR²¹) qui sont les Etats fédéraux. La capitale Addis Ababa (FDRE, 1995 : art. 45-51) et Diré-Dawa ont un statut particulier. Au niveau infra, le territoire administratif est composé de 700 *woredas* (districts) qui sont l'unité de base de l'administration politique, en dessous encore, environ 15 000 associations villageoises et quartiers de villes constituent les *kebeles* : ce sont donc les plus petites entités administratives de l'Etat (HAPCO, 2007 :1).

La République Fédérale Démocratique Ethioienne est composée d'un Gouvernement fédéral et de neufs Etats fédéraux. Le Conseil des Représentants des Peuples est la plus haute autorité du Gouvernement fédéral. Ses membres sont élus par suffrage universel direct par le peuple pour une durée de 5 ans (FDRE : 1995 : art. 54). Le Conseil de la Fédération est l'autorité la plus haute des Etats fédéraux, il est composé de représentants des nations, des nationalités et des peuples qui sont élus par les Etats fédéraux (*ibid* : art. 61). Ces conseils constituent le Parlement (chambre haute : Conseil de la Fédération, chambre basse : Conseil des Représentants des Peuples) qui détient la majorité du pouvoir législatif et celui de l'interprétation de la Constitution de 1994 et devant lesquels le Gouvernement fédéral est responsable (FDRE, 1995 : art. 51-55).

Le Président de la République est élu au suffrage indirect, par le parlement, pour un mandat de 6 ans renouvelable une fois (*ibid* : art. 69-70). Le premier Président de la République d'Ethiopie fut Negasso Gidada et depuis 2001, Girma Wolde-Giorgis Lucha lui a succédé. Le Premier ministre est élu parmi les membres du Conseil des Représentants des Peuples pour un mandat d'une durée égale au sien, soit 5 ans (*ibid* : art. 72-73). Il détient avec le Conseil des ministres, le pouvoir exécutif. Meles Zenawi a été élu, en 1991 à la tête du Gouvernement de Transition et occupe encore ce poste en 2012. Le gouvernement actuel est composé d'un Premier Ministre (Meles Zenawi), d'un Vice-Premier ministre également ministre des Affaires Etrangères, d'un Porte-parole du Gouvernement et de 19 ministres (deux ministres sont des femmes).

Enfin, la Constitution établit que chaque Etat peut adopter la ou les langue(s) administrative(s) de son choix par voie législative. La langue de travail du Gouvernement fédéral est l'amharique (FDRE, 1995 : art. 5). L'article 11 du chapitre II stipule la séparation entre l'Etat et la religion (FDRE : 1995), et assure à chaque citoyen, la liberté de culte et de religion (*ibid* : art. 27).

III. Le système de santé biomédical éthiopien

L'histoire du système de santé biomédical éthiopien n'est pas très longue. Elle débute à la fin du XX^e siècle, sous le règne de Ménélik II. Toutefois, contrairement à d'autres pays, elle n'est pas le fruit de l'activité missionnaire, ni de l'expansion coloniale, mais est plutôt liée à des accords militaires et diplomatiques, doublé pour la Russie d'une certaine familiarité

²¹ Cet acronyme anglais signifie : Southern Nations, Nationalities, and People's Region.

religieuse²² – voire « fascination » pour sa « petite sœur noire » (Pankhurst, 1990 : 160). Les premiers médecins étrangers étaient portugais (1520-26), allemands (1636), français (Charles Poncet, 1699²³) puis grecs (1701). Parmi les explorateurs, James Bruce – auteur du livre bien connu des Ethiopisants, *Travels to Discover the Sources of the Nile* – arrive en Ethiopie en 1769, il pratique la médecine, non en tant que profession mais plutôt en grand connaisseur. Arnaud d'Abbadie avait également des connaissances médicales sans être médecin et soigna l'empereur Sahla Dengel (1832-1840). D'autres médecins parviennent en Ethiopie, mais les premières missions médicales commencent réellement autour de 1830, elles sont le fait des français et des anglais, et seront suivies d'autres missions jusqu'en 1880, date à laquelle Yohannes IV, les expulsa toutes (Pankhurst, 1990 : 160-170).

III.1 Les premiers établissements de Ménélik à Hailé Selassié (1885-1940)

Le renouveau est amorcé par une mission italienne. Quatre médecins italiens visitèrent le pays entre 1885 et 1889, sous le règne de Ménélik. Les relations dégradées entre l'Italie et l'Ethiopie mirent fin à cette coopération. Il appartient aux Russes d'inaugurer l'arrivée et l'implantation de la biomédecine à une échelle un peu plus importante. La Croix Rouge Russe parvient à Addis Ababa en 1896, et l'année suivante, le Gouvernement russe finance la création du premier hôpital qui, dès 1897, soigne gratuitement les malades Ethiopiens. Un an après la bataille d'Adwa, soit en 1897, Français, Italiens et Britanniques « ajoutèrent la médecine à leurs activités diplomatiques » (Pankhurst, 1990 : 173). Ces délégations médicales mettent en place des campagnes de vaccination, notamment contre la variole. En 1901, la première léproserie est ouverte à Harar par le gouverneur local, Ras Makonnen. Une mission de moines Capucins français dirige l'institution. Ras Makonnen avait à cœur d'ouvrir un hôpital à Harar, il mit son projet à exécution en 1903 et fit construire un hôpital avec ses propres deniers. C'est un français guadeloupéen, connu localement sous le nom de *T'equr Häkim*, littéralement, "le médecin noir" qui en assurera la direction. En 1906, l'hôpital Russe ferme ses portes, à la suite d'un différend sur les taxes d'importation des médicaments que l'Ambassadeur russe refusait de payer. En 1909, Ménélik fait construire à l'emplacement de l'hôpital Russe, un hôpital éponyme, dont la direction fut confié à plusieurs médecins étrangers. L'équipe comprenait deux médecins éthiopiens formés en Russie mais le gros de l'équipe était composé d'infirmières et la capacité de l'hôpital était relativement limitée. Seuls quelques dix patients par jours y venaient, alors que les Ethiopiens avaient déjà souvent recours à cette médecine moderne quand elle était délivrée par des médecins toutes origines confondues (Pankhurst, 1990 :185).

Sous le Ras Tafari puis Hailé Selassié, soit durant la première période de son règne de 1916 à 1935 (la deuxième étant post-occupation italienne), la médecine moderne connaîtra un développement important. L'hôpital Ménélik est réorganisé et étendu, d'autres hôpitaux sont construits, un par le Gouvernement éthiopien, Bét Sayada Hospital ; et d'autres par des

²² En effet, l'Ethiopie comme la Russie avait pour religion d'Etat, le christianisme orthodoxe. Si l'unité de l'orthodoxie est une question épineuse, cette proximité confessionnelle n'a pas manqué d'influencer certaines alliances ou certains événements (comme la migration en Ethiopie de plusieurs arméniens et grecs au début du XX^e siècle).

²³ Le récit de son voyage en Ethiopie a servi de support au roman de J.C. Rufin, *L'Abyssin*, paru en 1997.

missions américaines, britanniques et italiennes. En 1934, une autre léproserie est ouverte à Aqaqi avec les soutiens soudanais et américains, c'est un canadien qui la dirigera. Plusieurs cliniques privées seront ouvertes entre 1920 et 1930, mais comme un docteur allemand le rapporte, ces cliniques rencontrent des difficultés car « les pauvres ne peuvent pas payer, et les riches ne veulent pas » (Pankhurst, 1990 :209).

A la fin de cette période, l'Ethiopie compte onze hôpitaux, deux léproseries et un institut de production de vaccins (Torrey, 1967: 277). Durant l'occupation fasciste (1936-1940), des hôpitaux et cliniques ont été ouverts, mais ils n'étaient accessibles qu'aux blancs et les « natifs » n'avaient plus accès qu'à quelques départements ségrégués dans des hôpitaux de la capitale et des provinces ainsi qu'à quelques rares hôpitaux dédiés spécifiquement aux « indigènes » (Pankhurst, 1990 : 225-230).

III.2 Les débuts du système de santé sous Haïlé Selassié

Après la libération, les services de santé sont réorganisés, les cliniques et hôpitaux sont ré-ouverts. En 1947, un Ministère de la Santé publique est créé – depuis 1941, la santé était gérée par un département du Ministère de l'Intérieur (Stommes, Sisaye, 1980 : 487). En 1948, une nouvelle proclamation de santé publique est éditée. Elle confère une base légale au programme de développement de la santé publique et rebaptise le ministère : Ministère de la Santé. Son objectif était de promouvoir la santé publique dans le pays (*ibidem*). En 1949, la Croix Rouge Ethiopienne ouvre le premier établissement de formation des infirmières, et dix ans plus tard, il y avait neuf écoles d'infirmières. En 1972, plus de 1000 infirmières étaient sorties de ces centres de formation. Dès 1946, des assistants de santé ont été formés par ces centres, et leur nombre a connu un développement important à partir des années 1950. En 1954, dans le cadre de la décentralisation du système de santé naissant, l'OMS, UNICEF et USAID supportent la création du Collège de Santé Publique de Gondar destiné à former les officiers de santé, les infirmiers communautaires et les « hygiénistes » (appelés dans les documents officiels « sanitarians ») qui deviendront les membres des équipes médicales de province (Torrey, 1967 : 278). En 1965, la Faculté de médecine est créée à l'Université de Haïlé Selassié I à Addis Ababa.

En 1967, 300 médecins dont 30 Ethiopiens exercent en Ethiopie. Indiens, Européens de l'Est de l'Ouest et des Nord Américains participent à la constitution d'une santé publique éthiopienne. L'accent a très rapidement été mis sur la décentralisation des services de santé : le Gouvernement éthiopien a plutôt la charge de la santé urbaine, tandis que les Hollandais, les Suédois, les Allemands, les Tchèques, les Yougoslaves et les Américains sont présents en milieu rural dans les 14 régions administratives du pays²⁴. Les Français, via l'Institut Pasteur, ont en charge le Laboratoire Impérial Central depuis plusieurs années.

En 1967, E. F. Torrey établit que l'Ethiopie dispose de 76 hôpitaux, de 61 centres de santé, de 3 léproseries et 481 cliniques. Aux 300 docteurs mentionnés, il faut ajouter, 119 officiers de santé, 514 infirmières, 109 infirmières communautaires ainsi que 100 « hygiénistes » et 2800

²⁴ Ces 14 régions administratives sont : Arsi, Bale, Begemder & Siemen (appelé aussi Gondar), Erithrée, Gamo Goffa, Gojjam, Hararghe, Illubabor, Keffa, Shewa, Sidamo, Tigré, Wellaga, Wollo. Cf. carte en annexe 1.

assistants de santé. Le ratio médecin/population est de 1 :70 000. Il demeure l'un des plus bas du monde (Torrey 1967 : 279-280). En 1972, E. Stommes et S. Sisaye rapportent que 48 docteurs, 348 officiers de santé, 1261 infirmiers, 357 techniciens (laboratoires et radiologies) ont été formés dans les différentes écoles et faculté, l'augmentation est régulière et constante depuis la création de ces centres de formation (1947 et 1965 pour la faculté de médecine). Ainsi, de 10 % de médecins éthiopiens en 1967, on passe à 30 % en cinq ans. L'augmentation est identique pour les infirmières.

Si une augmentation substantielle du nombre de personnel de santé est observée, les objectifs fixés par le premier « national policy and strategy » établi par le Ministère de la Santé en 1963 et immédiatement suivi d'un plan pour les quatre années suivantes (1963-1967) ne sont pas atteints. Le but principal était de couvrir les régions rurales les plus éloignées grâce à des services de santé primaire décentralisés qui intégraient autant la prévention que les traitements des maladies. Il en ira de même des objectifs fixés par le troisième plan (1968-1973), si bien qu'en 1967, un tiers des lits d'hôpitaux, et 182 sur 365 médecins se trouvent à Addis Ababa (Kloos, 1998a : 90-91).

L'organisation et la structure du système de santé sont similaires à celles de plusieurs pays d'Afrique. En 1941, à la restauration du régime de Hailé Selassié, le pays est divisée en 12 régions (cf. annexe précédente) ou *awradja*²⁵ et chacune comprend de un à plusieurs hôpitaux, des centres de santé et enfin, à l'échelon le plus petit, le *woreda*, des stations de santé. Cependant, la couverture générale de santé est insuffisante, et celle de santé primaire peu développée. En vue de compenser ce déficit, le gouvernement met en place des projets verticaux de lutte contre les différentes affections comme le paludisme, la tuberculose et la variole, qui ont largement été financés par des programmes d'aides bilatéraux (Torrey, 1967: 281-282 ; Kloos, 1998a : 91-92). Deux ans avant la révolution, en 1972, 92 % des dépenses médicales allaient aux hôpitaux et principalement ceux d'Addis Ababa et Asmara, et entre 15 et 20% des besoins de service de santé de base étaient couverts (Kloos, 1998a : 92).

III.3 Le système de santé sous le *därg* (1974-1991)

Le gouvernement du *därg* parvint au pouvoir en 1974, et mit en place son programme de santé en 1976, basé sur des principes socialistes des termes de la Déclaration de Alma Atta. Il formula un plan visant la prévention et la lutte contre les maladies, établit la priorité aux services de santé ruraux, institua la participation communautaire et son autosuffisance. Le « Ten-Year Perspective Health Plan » (1984/85-1993/94) fut le premier plan constitué uniquement par des Ethiopiens. A l'instar des précédents, les buts étaient ambitieux : extension des services et soins aux mères et aux enfants de moins de deux ans, augmentation des investissements en pourcentage du capital de 0,5 à 2,5%, diminution de la mortalité infantile, et augmentation de l'espérance de vie de 42 à 55 ans. En 1987, la Banque Mondiale considérait la plupart de ces objectifs comme irréalistes (Kloos, 1998a : 93).

²⁵ L'emploi de l'entité administrative *awradja* (ou province) est attesté dès le règne de Ménélik (Tamru, 2007 : 324). Puis,

« Le terme *awradja* fut remplacé de 1946 à 1961 par celui de *teqlay guezat* ou gouvernorat général. Les *awradjas* (*sic*) continuèrent à exister mais pour désigner un niveau territorial intermédiaire entre la province (*teqlay guezat*) et le *wereda* qui devint le niveau élémentaire. » (*ibidem*)

Concrètement, en 1984, les résultats révélèrent l'extension des hôpitaux et l'inéquitable répartition des services au profit des villes. Les services de santé communautaires étaient arrimés aux organisations de masses gouvernementales créées par le *därg* qui les utilisait comme des instruments de contrôle des populations (*ibidem*). Afin d'atteindre les communautés et de décentraliser les services de santé primaire, le *därg* opta pour la création de ces centres à l'échelon de l'*awraja* ²⁶. Un niveau inférieur fut créé dès 1975, cette création s'accorde parfaitement avec son objectif de consolidation de son pouvoir et du contrôle des populations. A cette fin, le Gouvernement développa l'entité administrative locale : le *kebele* qui se voulait représentative des paysans. Un chef de *kebele* est nommé, représentant le village, il fait office aux yeux du *därg*, de « gardien de porte ». Ce *kebele* correspondant, au niveau villageois, sera utilisé à partir de 1977 (Barhu Zwede, Pausewang, 2002 : 36). Cependant, les résultats furent très en dessous des objectifs annoncés par le *därg*. Les principaux constats sont : absence de coordination entre les différents niveaux et secteurs impliqués dans la santé, faiblesse de l'implication communautaire, pharmacies dépourvues et médicaments largement absents, faible niveau de formation des personnels de santé, etc. Par ailleurs, la proportion du budget national dévolue à la santé passe de 6,1 % en 1973/74 à 3,5% en 1986/87 puis à 3,1 % en 1990/91. L'utilisation des services de santé par les ruraux est également basse, l'éloignement et le prix sont parmi les facteurs explicatifs. Pour les personnes les plus démunies, un système d'enregistrement au niveau du *kebele* permettait théoriquement un accès gratuit aux soins. Toutefois, une évaluation menée en 1982/83 par le Gouvernement éthiopien montrait que dans 33 % des cas, les *kebeles* ne délivraient pas ces recommandations en milieu rural comme urbain (Kloos, 1998a : 96). Enfin, en 1984, parmi les 5000 agents de santé communautaire, il est apparu qu'en l'absence de salaire, seuls 30% d'entre eux exerçaient réellement leur activité (*ibidem*). De manière générale, les chercheurs s'accordent sur le bilan désastreux du *därg*, et cette période est qualifiée de « seventeen lost years economically »²⁷ (Chole, Manyazewal, 1991 cité par Kloos, 1998b : 507). Signe de l'appauvrissement général, la proportion de foyers pauvres passa de 62% en 1987 à 78 % en 1991 (Duffield and Prendergast, 1994 : 134 cité par Kloos, *ibid*).

III.4 La période contemporaine

A l'arrivée au pouvoir, en 1991, du Gouvernement de Transition Ethiopeien (GTE), la situation du système de santé avait atteint un niveau inférieur à celui des années 1960 (Kloos, 1998a : 99). Plus d'un millier de stations de santé, une centaine de centres de santé et plus de trente hôpitaux devaient être reconstruits ou remis en état de fonctionnement pour un coût total de plus de 30 millions de dollars. En trente mois le GTE réussit à réhabiliter près de 500 stations de santé et plus de 40 centres (MoH, 1993, cité par Kloos, 1998a : 100). La nouvelle politique de santé est plus intégrative. La décentralisation étant au cœur de la Constitution

²⁶ Ce terme a désigné une entité administrative ancienne correspondant à peu près à la province. En cette période du gouvernement du *därg*, 1984, et dans le cadre du système de santé, il désigne une entité territoriale et administrative intermédiaire entre la province (ou zone) et le *woreda*, le niveau élémentaire, reprenant ainsi une division existant sous le régime monarchique de Hailé Selassié jusqu'en 1961. Il fut utilisé à partir de 1966 par le gouvernement de Hailé Selassié dans une perspective de décentralisation (Zwede, Pausewang, 2002: 134)

²⁷ Expression que l'on peut traduire par "dix sept années économiquement perdues".

éthiopienne, la santé suit la même direction et la concentration sur les besoins des milieux ruraux est, (à nouveau) au cœur de l'orientation du nouveau gouvernement.

Les antennes régionales du Ministère de la Santé mises en place par le *därg* ont été remplacées par les bureaux de santé fédéraux qui sont gérés directement au niveau fédéral par chaque gouvernement fédéral. Après la guerre, le Gouvernement éthiopien abandonne la hiérarchisation, en *awraja*, *woreda* et *kebele* au profit d'un découpage en districts, puis à l'échelon supérieur en 43 départements de zones de santé et neufs régions administratives. De manière concomitante, les assistants de santé mobilisés pendant la guerre sont redéployés dans les régions (Kloos, 1998a : 101). Par contre, il semble que la santé communautaire n'ait guère été dotée financièrement. Le budget alloué à la santé était en 1993/94 de 500 millions de birrs, soit quatre fois plus qu'en 1986/87 (*ibidem*), mais demeure trois fois inférieur à celui des militaires. En 1998, le conflit Ethio-Erythréen a induit une réorganisation des budgets. Les relations gouvernementales et des états fédéraux avec les ONG semblent être, en 1996 quelques peu tendues et marquées par la suspicion. De même des cliniques privées tenues par les médecins Ethiopiens les plus qualifiés constituaient des points d'inquiétudes (Kloos, 1998a :102). En 2000, les dépenses de santé publiques représentaient 6,2% du budget total des dépenses publiques (Adugna 2007/8), il est donc équivalent à celui de 1973/74.

En 2006/07, le pays comptait 131 hôpitaux (et 7845 lits), 3231 cliniques et 723 stations de santé. La moitié des hôpitaux et les deux-tiers des cliniques sont gérés par le Ministère de la Santé (MoH) (Adugna, 2007/8²⁸), représentant un progrès considérable. Toutefois, la santé maternelle et infantile demeure sous développée. Si 95 % des accouchements ont lieu à domicile, 61% des parturientes sont assistées d'une personne non formée, la conséquence étant qu'une femme sur quatorze risque sa vie au cours de la grossesse ou en donnant naissance.

Le plan de santé actuel est celui mis en place en 1993. Il précise que les services de santé comprennent les dimensions préventives, la promotion de la santé ainsi que les soins et traitements. L'organisation du système de santé a été diversifiée et multipliée depuis le *därg* et comme le notait H. Kloos en 1998, la décentralisation des services de santé est aujourd'hui manifeste.

« Il commence avec l'unité de soins de santé primaire (primary health care unit- PHCU), qui comprend un centre de santé et 5 postes de santé satellites, puis l'hôpital de district, l'hôpital de zone et enfin l'hôpital de référence (Berhane, 2006). Chacune de ces « PHC-Unit » offre des soins de santé à 25 000 personnes et chaque hôpital de district et de zone sert 250 000 personnes (Berhane, 2006).²⁹ » (Adugna, 2007/8).

En 2010, le système de santé continue son développement :

« L'Etat demeure le premier fournisseur de soins de santé, il détient et gère 138 hôpitaux, 635 centres de santé, 5955 postes de santé, 1206 stations de santé. L'offre de santé publique comporte 2264 cliniques privées, 246 pharmacies, 476 centres d'achat de médicament et 1754 vendeurs ruraux. [...] ».³⁰

²⁸ Le document n'est pas daté, les références bibliographiques laissent à penser qu'il date de 2007 ou de 2008.

²⁹ Notre traduction.

³⁰ http://cnhde.ei.columbia.edu/healthsystem/facilities_capacity.html La traduction est notre fait.

Ainsi, l'offre de santé en Ethiopie reste à un faible niveau au regard des standards africains, et on considère que moins de deux tiers de la population a accès à des services de santé en Ethiopie (Adugna, 2007/8). Toutefois, il faut noter les progrès très sensibles accomplis ces 20 dernières années en matière de développement du système de santé.

IV. L'histoire de la lutte contre le sida

Si l'une des premières mesures du Gouvernement de Transition d'Ethiopie (GTE) a été la modernisation de l'offre de santé en Ethiopie, force est de constater que telle ne fut pas le cas de la lutte contre le sida. Les raisons pour lesquelles le GTE puis le Gouvernement éthiopien n'ont pas poursuivi les actions mises en place par le gouvernement précédent sont sans aucun doute à rechercher dans des raisons politiques, bien plus qu'économiques, puisque 30 millions de dollars ont été employés pour rénover les différents établissements, en ouvrir d'autres etc. Tout semble s'être passé comme si le GTE puis le Gouvernement éthiopien avaient désiré faire table rase du passé, pour mieux repartir. Par ailleurs, et à l'instar de l'Afrique du Sud (Fassin, 2004, 2006), la phase de transition et les premières années du régime actuel sont marquées par une très forte augmentation de la séroprévalence à l'échelle nationale. Le Ministère de la Santé éthiopien indique qu'en 1990, elle était de 1.6% et monte à 4.4% en 2003 (Ministry of Health, DPCD, 2004 :7). Il serait, estimons-nous, tout à fait intéressant de comprendre les raisons d'un tel « oubli » et d'un tel revirement, concomitant à l'augmentation dramatique de la prévalence, interrogations qui pourront être proposées ultérieurement.

IV. 1 Des premières actions du *därg* à l'oubli

Le premier cas d'infection au VIH en Ethiopie a été diagnostiqué en 1984 et le premier sida déclaré en 1986. G. Okubagzhi, et S. Singh rapportent que dès 1985, un « National Task Force » contre le sida a été créé par le gouvernement du *därg* qui mit également en place deux plans de lutte couvrant la période de 1987 à 1996 (2002 : 1575-1576). A. Lehmani, note que le Gouvernement éthiopien avait créé dès 1987, un Département de Contrôle du Sida (DCS). Le plan d'action quinquennal de lutte contre le sida du Département de Contrôle du sida débutait en 1988³¹. A. Lehmani note qu'il

« A commencé à être établi en Ethiopie avant que ce pays ne déclare son premier cas de SIDA et ce pour répondre à l'appel international d'un combat contre la maladie. Les structures de ce département s'intègrent dans les structures déjà existantes. » (1991 : 10)

Les fonctions du DCS sont diverses, il s'agissait de

³¹ Les informations livrées par ces deux auteurs ne se recoupent que partiellement, au regard du peu d'informations disponibles quant à la politique du *därg* en matière de lutte contre le sida, nous les rapportons telles que nous avons pu les obtenir. Des recherches ultérieures pourraient permettre d'en établir la chronique « réelle ».

« Coordonner et diriger la réalisation du programme de lutte, de collaborer avec les différents organismes gouvernementaux ou non, de développer une documentation pour l'éducation, de coordonner et soutenir les activités de recherches sur l'infection au VIH et sur le SIDA, d'organiser des séminaires et des ateliers de travail pour les agents de santé et pour le reste de la population au niveau national puis régional et local, de créer un système de surveillance épidémiologique, de développer un système de recueil des données et de les interpréter, de gérer le budget annuel, [...] de développer et améliorer le diagnostic clinique et biologique de l'infection au VIH et du SIDA. » (Lehmani, 1991 : 11)

Cet organe était directement en lien avec le Ministre de la Santé et sous la direction directe de son Vice-Ministre. Il comporte six sections (épidémiologie ; prise en charge de la maladie et du patient ; information, éducation et communication ; laboratoire, stérilisation et désinfection et transfusion de sang ; contrôle des MST ; administration). Il était assisté de deux consultants de l'OMS, un épidémiologiste et un administrateur devant conseiller le DCS. Par ailleurs, un comité technique consultatif devait appuyer cet organe composé de 7 sous-comités techniques, chacun chargé d'un aspect particulier de l'épidémie (laboratoire et transfusion, diagnostique, éthique, mère-enfant, stérilisation et désinfection, etc.). Ces sous-comités étaient constitués d'experts, d'universitaires, de médecins, de biologistes, de différents fonctionnaires et de personnes appartenant à la « société civile » « religieuse ou non » (*ibid* : 11). (Cf. organigramme en annexe). A. Lehmani établit que le 5 octobre 1990, le Gouvernement éthiopien rapporte à l'OMS plus de 430 cas d'infection au VIH. Toutefois, l'OMS considère que les chiffres réels sont de dix à quinze fois supérieurs.

En 1990, A. Lehmani rend compte des actions entreprises dans le cadre du programme de lutte en Ethiopie. Des études épidémiologiques menées en Ethiopie et dans plusieurs pays d'Afrique sub-saharienne, ont conduit à établir que le principal mode de transmission du VIH est la voie hétérosexuelle (*ibid* : 15-38), « la voie sanguine (transfusion de sang non testé, injection avec du matériel souillé) et voie verticale » (mère-enfant) (*ibid* : 38) sont aussi présentes. Les deux groupes de populations considérées comme les plus à risques sont : les « prostituées et les chauffeurs routiers » (*ibid* : 32). A partir de ces données, le Gouvernement éthiopien

« Essaie de lutter contre la maladie par une action sur les modes de transmission, une amélioration du diagnostic et une campagne d'information, d'éducation et de communication » (Lehmani, 1991 : 38).

Parmi les actions de prévention prônées, le maintien du comportement à « non-risque » représente une manière de diminuer la transmission par voie sexuelle. L'auteur en donne la définition suivante :

« On entend par comportement du "non-risque" l'abstinence sexuelle et la mutuelle monogamie à l'intérieur du couple. » (1991 :38).

A. Lehmani résume les actions de prévention de l'infection au VIH élaborées par le Gouvernement éthiopien en 1990 :

« Les mesures prises à l'heure actuelle par les responsables de la lutte contre le SIDA en Ethiopie sont essentiellement basées sur l'éducation de la population, sur la transmission de la maladie, sur la prévention des MST et leur traitement, la réduction

des partenaires sexuels dans les groupes à haut risque et sur l'approvisionnement, la distribution et l'utilisation des préservatifs » (*ibid* : 44)

L'analyse de la rhétorique et des mesures prises par le Gouvernement éthiopien pour lutter contre le sida seront présentées dans la prochaine partie. Il est néanmoins utile, sinon pertinent, d'insister dès à présent sur deux points. Le premier est que même en l'absence de l'acronyme ABC (Abstinence, Be faithfull, Condom : en français, abstinence, fidélité et préservatif), les moyens proposés pour prévenir la transmission sexuelle, l'ordre dans lequel ces moyens sont présentés et les populations ciblées ressemblent à s'y méprendre à la rhétorique américaine sous le mandat de G.W. Bush. Or G.W. Bush-ci n'était pas Président à ce moment. Les directives suivies par le Gouvernement éthiopien émanent en grande partie de l'OMS et deux de ses consultants étaient associés au département gouvernemental. En outre, les enquêtes épidémiologiques se concentrant sur les prostituées et les chauffeurs routiers, sont le fait de scientifiques qui suivent également en grande partie les directives et conseils de l'OMS en la matière. Il apparaît donc que si le Gouvernement éthiopien incite sa population à retourner à des valeurs plus traditionnelles, les différentes instances internationales engagées dans le combat contre le sida avaient des conceptions assez proches, ce que, par ailleurs, un grand nombre d'auteurs ont montré (Farmer, 1996 ; Seidel, 1996 ; Seidel, Vidal, 1997 ; Delaunay, 1999). Le deuxième point notable est, à notre sens, la rapidité d'action du Gouvernement éthiopien et, nous allons le voir, la grande similitude des politiques des gouvernements successifs.

En 1991, le *därg* est renversé par le FDRPE qui en arrivant au pouvoir remet certes à flot le système de santé, mais « liquide » le National Aids Office ou Département de Contrôle du Sida. En 1992, des 55 personnes travaillant au sein du département, il n'en restera que quatre après le changement de régime³². La rhétorique habituelle des instances internationales et du Gouvernement éthiopien actuel de Meles Zenawi laisse penser que ce premier plan n'était pas efficace. Cependant, la thèse de A. Lehmani porte, entre autre, sur la première stratégie de lutte de l'Ethiopie établie sur 5 ans (1991) et rend compte de mesures tout à fait « actuelles » et « honorables ». En outre, le taux de séroprévalence est demeuré très bas (2,4% en 1990) – ce qui n'est pas uniquement imputable évidemment à la qualité des actions menées par le gouvernement du *därg*. Un autre élément nous amène à remettre en cause l'idée communément véhiculée. Nous avons pu rencontrer en février 2005, le Pr. A. Fontanet qui avait été directeur du projet ENARP du milieu des années 1990, jusqu'en 2004, date de fin du programme³³. Son équipe mena plusieurs études épidémiologiques autour de l'infection au VIH en Ethiopie. Il avait donc été en contact avec les différentes instances gouvernementales et nous rapporta deux faits contredisant la rhétorique habituelle. Le premier est qu'au milieu des années 1990, le Gouvernement éthiopien restait sourd aux alertes du Pr. Fontanet quant à la nécessité de prendre le problème du VIH au sérieux et d'adopter des mesures préventives urgentes. Ensuite, le gouvernement du *därg* pour défaillant et cruel qu'il ait pu être, avait,

³² Communication personnelle Pr. Fontanet, février 2005.

³³ Le projet de coopération "Ethio-Netherlands AIDS Research Project (ENARP)" est un partenariat entre les gouvernements éthiopiens et néerlandais. Il a débuté en 1994 et s'est achevé en 2004, il a permis la réalisation de nombreuses études dans les domaines biomédicaux, l'équipe ENARP fut dirigée par le Professeur A. Fontanet (Fontanet, 1999).

selon les dires du Pr. Fontanet, mis en place un plan d'action contre le sida intelligent et très en avance sur plusieurs pays d'Afrique sub-saharienne, à tel point que l'OMS recruta les responsables de ces programmes à la chute du régime militaro-communiste, lorsque le DCS fut démantelé par le Gouvernement de transition.

Après la chute du *därg*, le sida n'intéressera plus le Gouvernement pendant sept ans, période durant laquelle la séroprévalence nationale a connu son augmentation la plus importante. En effet, en 1989, le gouvernement éthiopien et l'OMS estiment la séroprévalence du VIH en Ethiopie à 2,4% (Lehmani, 1991 :32). Mais en 2004, une étude menée par ONUSIDA, l'OMS et UNICEF établit qu'entre 1991 et 1997, la séroprévalence a dramatiquement augmenté passant de 10% à 17.5 % en milieu urbain (ONUSIDA, OMS, UNICEF, 2004).

IV. 2 Les plans multisectoriels de lutte

Ce n'est que sous l'impulsion des instances internationales et peut-être également des chiffres alarmants quant à la séroprévalence de certaines catégories de populations (travailleurs, femmes enceintes), mises à jour par le projet ENARP qu'en 1998, le Gouvernement éthiopien conduit par le premier ministre Meles Zenawi, élabore le premier plan multisectoriel de lutte contre le sida.

IV.2.a Les premiers plans de lutte contre le sida : prévention et prise en charge des personnes infectées et affectées (dont les orphelins et enfants vulnérables – OEV)

Selon G. Okubagzhi et S. Singh un ensemble de facteurs ont conduit le Gouvernement éthiopien à prendre la mesure du caractère dramatique de la situation et de la nécessité de mettre en place des programmes de lutte. L'évidence établie à large échelle des conséquences de l'épidémie sur la situation socio-économique, lors de la tenue en novembre 1999 de la première conférence internationale sur le sida en Ethiopie, a suscité l'implication et l'appui de hauts fonctionnaires de l'Etat. Le Gouvernement prend alors la mesure des effets dévastateurs du haut taux d'infection nationale, ainsi que des conséquences sur la structure traditionnelle de support des malades et les familles pour les funérailles, les *edders*, ainsi que de son impact négatif sur le développement économique et la croissance du pays. Cette prise de conscience a conduit le Gouvernement à préparer un plan multisectoriel, et pluri-partenaires de prévention et de contrôle du VIH/sida, en août 1998.

Dans le même temps, diverses instances internationales ont exprimé leur volonté d'accroître leur implication contre le sida en Afrique de manière conséquente. A cette fin, un partenariat international contre le sida est mis en place en 1999. Il est établi conjointement par l'ONUSIDA, l'UNICEF, le FNUAP, l'UNESCO, l'OMS, le PNUD et la Banque Mondiale, d'autres ont rejoint ultérieurement cette équipe. Lors d'une réunion de travail en janvier 1999, ces divers partenaires s'entendent pour lutter ensemble de manière drastique contre l'épidémie en Afrique afin d'enrayer son évolution inquiétante. Ils établissent un plan d'action comprenant trois volets : mettre en place d'une équipe multisectorielle spécifique à l'Afrique de campagne contre le sida (ACTAfrica), inciter tous les projets bancaires à intégrer un volet d'action contre le sida et enfin débloquer 500 millions de dollars pour financer les

différents programmes africains. Montant qui sera doublé deux ans plus tard (Okubagzhi, Singh, 2002 : 1576). A ces éléments, G. Okubagzhi et S. Singh ajoutent la présence en Ethiopie, d'un grand nombre de bailleurs de fond internationaux et bilatéraux (OMS, UNICEF, UNDP, FNUAP, ONUSID, ILO, USAID, DFID, GZT, DANIDA, Irish Aid, la Norvège, les Pays-Bas, l'Italie, la Banque Mondiale) qui convainquirent le Gouvernement éthiopien d'intensifier les actions contre l'épidémie et d'adopter le programme multisectoriel de lutte contre le VIH/sida. (Okubagzhi, Singh, 2002 : 1577).

En avril 2000, un Conseil et un Secrétariat National du sida (National HIV/AIDS Council and Secretariat) sont établis, et placés sous la présidence du Président de la République Démocratique Fédérale d'Ethiopie. Il est composé de représentants des ministères, de hauts fonctionnaires des états fédéraux régionaux, de membres de la société civile, de leaders religieux, d'ONG et des PVVIH (Personnes Vivant avec le VIH) (2002 : 1575-1576).

« Le Conseil National a désigné la Commission Consultative Nationale, qui se réunit mensuellement pour établir les directions et les orientations de la mise en place du plan multisectoriel de contrôle et de prévention du VIH/sida, à travers le Secrétariat National du VIH/sida et son Unité de Coordination (Project Coordinating Unit - PCU)³⁴ » (Okubagzhi, Singh, 2002 : 1576).

En juillet 2000, les réunions des membres du NAC (National HIV/AIDS Council) aboutissent à l'élaboration du Projet multisectoriel contre le sida éthiopien, en anglais, Ethiopia Multi-Sectoral HIV/AIDS Project (EMSAP). Pendant ces rencontres, les intervenants ont insisté sur des aspects précis quant aux formes que la réponse à l'épidémie devait avoir. Orientations qui ont abouti à un consensus sur les premières interventions :

« Les interventions initiales sont concentrées autour de la prévention (augmentation de la « conscience », distribution de préservatifs, dépistage volontaire, et les activités visant le changement de comportement), le soin et le support des personnes infectées et affectées (traitement des infections opportunistes, soin à domicile, support matériel et financier des PVVIH et des OEV) » (Okubagzhi, Singh, 2002 : 1579-80)

Ce projet est mis en action à travers le « Strategic Framework for the National Response » soit le premier plan quinquennal de lutte contre le sida courant de 2000/01 à 2004. En 2002, le Gouvernement éthiopien crée le HIV/AIDS Prevention and Control Office (HAPCO) un organe autonome du Gouvernement fédéral dont la fonction est de coordonner, de développer et mettre en place la politique contre l'épidémie en Ethiopie. En tant que Secrétariat du NAC, il coordonne les bureaux fédéraux du HAPCO et les acteurs œuvrant au niveau national. Il aura donc la charge de mettre en action et de développer le « Strategic Framework for the National Response ». Au niveau national, neuf priorités ont été identifiées : IEC/BCC (Information, Education, Communication/Behavior Change Communication soit en français, Communication pour le Changement de Comportement) ; la promotion des préservatifs ; le dépistage ; les IST (Infection Sexuellement Transmissibles) ; la sécurisation de la transfusion sanguine ; la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) ; le soin et le support aux PVVIH ; les droits des PVVIH et la surveillance du respect des droits humains ; et enfin la recherche.

³⁴ Ce passage et le suivant sont notre traduction ainsi que celle de E.B.

Le deuxième plan quinquennal couvre les années 2004-2008. Si l'introduction des ARV à large échelle était prévue pour la fin de l'année 2004, ce niveau de distribution des ARV ne sera réellement mis en place qu'à partir de 2005. Les traitements contre le sida ne sont jamais mentionnés dans le document de présentation du programme. Incidemment, ce deuxième plan stratégique met l'accent sur la prévention et le support et soin au PVVIH (outre les aspects comme le renforcement des capacités techniques et l'implication des communautés). Le troisième Plan Stratégique de lutte contre le sida de 2007-2011 intègre pleinement les ARV mais aborde également la prévention des nouvelles infections.

En 2008, une synthèse épidémiologique de l'épidémie au VIH menée pour le Fond mondial établit les manquements, les besoins non satisfaits tant en termes d'études que d'actions mises en place. Il indique que la surveillance épidémique générale doit être précisée et renforcée. En effet, d'après les auteurs, les grands centres urbains voient leur séroprévalence diminuer tandis que les plus petits la voient s'élever. Ils pointent l'absence de données quant au milieu rural, et plus généralement les faiblesses qualitative et quantitative des données portant sur les zones ou « foyers » sensibles (région de Gambela, les zones frontalières). Les travailleuses du sexe (TdS) sont les grandes oubliées des enquêtes de tous types.

« Ainsi, les recherches sur les TdS doivent urgemment être menées afin d'actualiser les données datant d'une dizaine d'années. » (HAPCO, GAMET, 2008 : xii)

De manière générale, les auteurs font le constat d'un besoin de données auprès des populations considérées comme les plus vulnérables, soit nommément : le personnel en uniforme, les chauffeurs routiers, les réfugiés, les enfants de la rue, les travailleurs journaliers, les étudiants et les autres populations mobiles.

« Les données sont manquantes pour mesurer l'actuelle augmentation de taux de VIH dans ces groupes et leurs rôles dans la propagation du VIH/sida à la population générale. » (*ibidem*).

Quant à la prise en charge et le traitement des PVVIH, le document met l'accent sur la nécessité d'étendre :

« L'accès au dépistage/conseil, notamment auprès des couples, le traitement des IST, les pré et post PTME (Prévention de la transmission mère-enfant), l'intégration de la tuberculose, ainsi que les services délivrés aux populations spécifiques comprenant les jeunes, les TdS, les étudiants, les migrants, les réfugiés ou personnes déplacées et le personnel en uniforme ». (*ibidem*)

Il apparaît donc que le Gouvernement a, depuis une décennie, pris la mesure de la gravité de la situation. Il a initié de nombreux programmes, plans et actions en vue de lutter contre cette épidémie. Cependant, d'après les différents documents (HAPCO, GAMET, 2008 ; FHAPCO, 2010), des progrès demeurent à accomplir, certains aspects ont été sous investis (prévention auprès des populations à risque et notamment les TdS), et d'autres nécessitent des renforcements certains (dépistage/conseil des couples, PTME, traitement des IST et intégration tuberculose/VIH). Nous aurons à revenir abondamment (chapitres 6, 7 et 11) sur la prévention des nouvelles infections auprès de ces populations considérées, estampillées « à risque » ou « vulnérables ». En effet, ces catégorisations constituent un des aspects les plus porteurs des valeurs sociales et symboliques, (et pourrait-on dire de l'ethos ?) véhiculés par la lutte contre l'épidémie. Point que de nombreux chercheurs, comme G. Seidel et L. Vidal

(1997), K. Delaunay (1999), J.-P. Dozon et D. Fassin (2001) et plus récemment P. Peretti-Watel (2010) ont montré.

IV.2.b Les ARV en Ethiopie

Plusieurs auteurs s'accordent pour considérer la distribution des ARV en Ethiopie comme un succès (Assefa et al., 2009 : 2 ; FHAPCO, 2010 :20). En 2003, ils ne sont disponibles que pour les personnes pouvant acheter les traitements.

« Au début du programme, le coût des traitements ARV était compris entre 30 et 90 \$ par mois, selon les médicaments choisis. Ce prix ne comprenait pas le coût des analyses du nombre de CD4, compris entre 36 et 80\$.³⁵ » (Mengestu, 2007 : 378)

En 2004, ils commencent à être introduits au niveau de quelques hôpitaux publics mais moins d'un millier de PVVIH y ont eu accès. Le 24 janvier 2005, le Gouvernement fédéral lance le programme d'accès gratuit aux ART. Les principaux organismes internationaux et bilatéraux finançant en Ethiopie les ARV, leur distribution et leur mise en place sont le Fond Mondial et le PEPFAR pour 75%. Des ONG et des "FBO" (Faith Based Organization) participent également au financement et à la mise en place de la distribution. Parmi elles, on compte : Ethiopian North American Health Professionals Association (ENAHAPA), la Croix Rouge Ethiopienne (ou Ethiopian Red Cross) ainsi que la fondation Bill Gates. D'autres organismes ont financé les ARV sur des sites spécifiques, par exemple MSF Holland au Tigré, mais leur activité demeure localisée et d'après A. Mengestu, peu de patients supplémentaires sont enrôlés chaque mois (2007 : 379).

Le premier programme établit qu'en 2005, plus de 286 000 PVVIH (sur une population totale de 1,7 millions) sont éligibles aux traitements contre le sida. Le plan prévoyait qu'à la fin de l'année 2005, 41 000 patients devaient pouvoir bénéficier des ARV, suivis en 2006 de 59 000. De fait, en février 2006, le Gouvernement éthiopien (ou GoE, Gouvernement of Ethiopia) établit que 44 000 personnes en bénéficiaient et en juin 2008, plus de 150 000 personnes ont été enrôlées (Yiseni Assefa et al. 2009 :2). Yiseni Assefa et ses coauteurs établissent que la

« Proportion de femmes, d'enfants sur le nombre total de patients ayant bénéficié des ARV est passée de 25% en 2005 à 55% en 2008 ; la proportion de patients recevant des ARV en dehors d'Addis Ababa a augmenté de 35% en 2005 à 75% en 2008 » (*ibidem*).

L'organisation de la distribution a été établie dès 2005, par le Gouvernement éthiopien à l'occasion du lancement du programme « "Accelerating Access to HIV/AIDS Treatment in Ethiopia, Road map 2004-2006". Selon le modèle mis en place, les traitements ART sont délivrés essentiellement par des médecins aux niveaux des hôpitaux et des centres de santé. Des équipes de formation constituées chacune d'un médecin, d'un(e) infirmier(e) ou conseiller, d'un pharmacien et d'un technicien de laboratoire,

« Ont été mises en place à partir d'hôpitaux choisis afin d'assurer la qualité de service.[...] Seuls les médecins et les pharmaciens formés étaient habilités à prescrire et à délivrer les traitements ARV. » (Mengestu, 2007 : 378).

³⁵ Ce passage et le suivant ont été traduit par nous-même.

Le Gouvernement éthiopien établit l'organisation de la distribution. Durant la première phase, de 2004 à 2006, « 47 hôpitaux publics ont été sélectionnés pour délivrer les traitements ARV gratuitement, en 2005 » (MoH, 2005). Sur ces 47 hôpitaux, 17 distribuaient déjà ces traitements à un prix adapté et inférieur à celui mentionné précédemment³⁶, et quelques hôpitaux privés ont été intégrés au programme public. Les centres de santé sont préparés à délivrer des traitements antirétroviraux, les officiers de santé et/ou les « senior clinical nurses » en l'absence des premiers, sont formés pour délivrer des ARV aux cas les plus simples, afin de préparer la décentralisation de la distribution. Le programme est intégratif et vise également le renforcement et le développement des activités comme les centres de dépistages volontaires, la prévention de la transmission mère-enfant, la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles, la prise en charge des patients hospitalisés et en ambulatoire, les soins à domicile, ainsi que les comités ARV des *kébelés*. (MoH, 2005 : 10-12).

En 2006, 101 hôpitaux publics, et 91 centres de santé traitaient plus de 45 000 patients, la couverture étant meilleure dans les centres d'Addis Ababa, de Diré-Dawa et de Harari (Kloos et al. 2007 : 1). Les centres de la capitale traitant (850 patients) jusqu'à huit fois plus de patients que les centres de la région la moins « délivrante », la région Somali (130 patients). Il apparaît également qu'en 2006 les centres situés en ville délivrent des ARV à plus de patients que les centres ruraux (*ibidem*). Cependant, dans les années suivantes, l'écart entre milieux urbain et rural semble s'être réduit, notamment grâce à l'équipement d'un plus grand nombre de centres de santé.

En 2009/10, 550 hôpitaux et centres de santé délivrent des ARV, et en 2008/9, 69 nouveaux centres de santé/hôpitaux ont été équipés et formés à ces fins, si bien que cette année, 90% des hôpitaux gouvernementaux et 52% des centres de santé distribuent des ARV, à 80 % de la population éligible, le but était d'atteindre 100% en 2010 (MoH, 2010 : 20). Parmi les patients sous traitement 52 % sont des femmes, 5 % des enfants et 43% des hommes. Les proportions estimées de personnes éligibles pour les traitements sont quelques peu différentes puisque 38% sont des hommes, 6% des enfants et 55% des femmes. (*ibid* : 21). Les hommes ont donc un meilleur accès aux ARV que les enfants, les femmes étant les moins bien prises en charge.

Différentes études (Amberbir et al. 2008 ; Tessema et al. 2010 ; Alemu et al. 2011) rendent compte d'une bonne voire très bonne adhérence aux traitements. Tessema et al. établissent que dans le Nord de l'Éthiopie, 17% de patients (sur plus de 500 sujets) ne sont pas observants (2008 : 1). B. Alemu et ses co-auteurs mènent leur étude auprès de plus de 1700 patients de la capitale, 62% d'entre eux rapportent ne jamais oublier une prise ce qui constitue d'après les auteurs un bon résultat (2011 : 263). Y. Tadios et G. Davey,

« Rapportent une adhésion au traitement de près de 95% durant les sept jours précédents l'enquête chez plus de 80% des patients interrogés (2006) » (Alemu et al., 2011 : 264).

Parmi les principales raisons de la non-observance aux traitements, des auteurs dégagent les éléments suivants :

« La lourdeur du traitement, la peur de la stigmatisation, le prix du transport, la perception d'une absence de bénéfice du traitement, les difficultés économiques, et les

³⁶ Toutefois, nous n'avons pas pu obtenir d'information plus précise sur ce point.

problèmes nutritionnels » (Biadgilign, Deribew, Amberbir, Deribe, 2009 cité par Alemu et al., 2011 : 264)

A notre connaissance, aucune étude épidémiologique (ni sociologique) n'a été menée pour évaluer l'importance de la prise d'eau bénite dans la non-observance, ni la mesure dans laquelle la prise d'eau bénite constitue un obstacle à l'adhérence au traitement ARV.

IV. 3 La place des congrégations religieuses ou « FBO » éthiopiennes

Entre 1987 et 1991, le gouvernement du *därg* considère l'implication des congrégations religieuses comme permettant de promouvoir l'abstinence et la fidélité. A. Lehmani ajoute que :

« Dans l'Ethiopie actuelle, le départ de la population de la campagne vers la ville a érodé les valeurs et les croyances traditionnelles de la famille. Les mœurs de vie sont très libres dans ce pays³⁷.

Le plan d'action essaye d'encourager le retour à des valeurs traditionnelles en transmettant par les médias des messages à la population générale.

D'autre part, il existe en Ethiopie un fort courant religieux. Les responsables de la lutte contre le SIDA ont fait appel aux chefs religieux pour qu'ils essayent de leur côté de promouvoir les valeurs traditionnelles en organisant des séminaires au niveau national, régional et local. Des émissions de radio et télévisées sont également organisées par les leaders religieux. » (1991 : 38-39)

Depuis 1998/99, soit dès que l'idée d'un programme national contre le sida a commencé à poindre de manière officielle en Ethiopie, les communautés religieuses ont été invitées à prendre une part active dans ce combat. En 2000, la création du NAC (National HIV/AIDS Council) incluait des leaders de congrégations religieuses, (Okubagzhi, Singh, 2002 : 1576) sans plus de précision. Les communautés religieuses, l'Eglise chrétienne Ethiopienne et le Conseil Islamique Ethiopien, ont répondu à cet appel en créant chacune un organe institutionnel chargé de coordonner la lutte contre le sida : « Ethiopian Orthodox Church, HIV/AIDS Campaign Centre » (EOC/HACC) et le « Ethiopian Islamic Affairs Supreme Council ». Le programme de lutte contre le sida établi par le Gouvernement éthiopien (EMSAP) et le premier plan stratégique de lutte contre le sida, édité en 2001, stipulent explicitement que les églises chrétiennes et la communauté musulmane sont chargées, dans les provinces les plus reculées, de la prévention contre le sida à travers la promotion des valeurs morales et religieuses (MoH, 2001 : 8-9).

Le guide de communication national composé par le HAPCO consacre une section aux messages que les congrégations religieuses doivent communiquer à leurs fidèles. Il leur est, en outre, demandé de parler du sida, d'inciter les fidèles à changer leurs comportements, à modifier « les attitudes et les comportements traditionnels envers le sida », de réduire la

³⁷ Dans la mesure où l'auteur ne cite aucune source, on peut penser qu'il exprime une opinion personnelle. En l'absence de document portant sur les actions menées par le *därg* en matière de prévention, il est difficile de faire la part entre le jugement de l'auteur (par ailleurs médecin) et l'adhésion des membres du Département de Contrôle du Sida à cette idée. Au regard de l'adhésion du *därg* aux idéologies communistes quant à la valeur du paysan, on peut s'interroger sur la prégnance de cette idée au sein du gouvernement. La suite du propos de l'auteur étaye cette supposition.

discrimination envers les PVVIH, de combattre les « fausses croyances et rumeurs infondées », et

« D'augmenter la proportion de fidèles suivant strictement les prescriptions de leur communauté en terme de sexualité, et d'ainsi réduire la prévalence des comportements à haut risque chez leur fidèles au minimum ». (HAPCO, 2003 : 31)

De 2004 à 2007, les congrégations religieuses sont peu présentes dans les documents émanant du HAPCO ou du MoH (Ministry of Health). Elles sont parfois mentionnées parmi les organisations œuvrant à l'échelle communautaire ou encore en tant que membre de la société civile. Il est alors stipulé que les FBO (Faith Based Organizations – congrégations religieuses) :

« Jouent un rôle significatif dans la manière d'aborder le sida, dans la création d'organes de coordination, et pour établir les aspects importants de l'infection au VIH qu'elles peuvent intégrer dans leurs activités courantes » (Bishop-Sambrook, 2004:5)

Dans le dernier plan quinquennal stratégique de lutte contre le sida (2007-2011), les "Faith Based Organizations" sont attendues là encore sur l'information au public lors des réunions (meeting, rassemblements) au niveau des *kébelés* (HAPCO, 2007 :30), sur les incitations à changer de comportement sexuel (*ibid* : 33), pour la prise en charge et le support, l'éducation aux OEV (Orphelins et Enfants Vulnérables) et à leur entourage (*ibid* : 44) ainsi qu'aux personnes infectées et affectées par le VIH (*ibid* : 45). Plus récemment, depuis l'introduction des ARV et leur distribution gratuite à large échelle, il leur est demandé de s'impliquer dans l'accompagnement des PVVIH à la prise d'ARV et de soutenir l'observance au traitement (*ibid* : 46). Pour finir, un des objectifs du gouvernement (HAPCO) est de supporter et d'appuyer l'action et l'implication des congrégations religieuses dans le cadre de l'action décentralisée (*ibid* : 52).

Dans son rapport d'activité de 2010 aux organismes des Nations unies impliquées dans la lutte contre le VIH, HAPCO stipule que 80% des FBO se sont investies dans la lutte et ont participé aux activités de IEC/BCC. Les congrégations religieuses rapportent avoir fourni et être en train de fournir des préservatifs. En outre, 17% de ces congrégations sont impliquées dans des activités de soins et de supports aux personnes infectées et affectées par le VIH (HAPCO/MoH, 2010 :33). Les FBO sont également mentionnées en tant que membres de la société civile. Comme l'explicite à plusieurs reprises HAPCO, la religion, la foi jouent un rôle important dans la vie des Ethiopiens et à ce titre, les FBO sont appelées à occuper une place stratégique dans la lutte (FDRE/FHAPCO, 2010 : 36). Les congrégations religieuses d'ailleurs se sont

« Réunies et organisées en un réseau rassemblant toutes les religions existant en Ethiopie et impliquées dans la lutte contre le sida, Ethiopian Interfaith Forum for Development Dialogue and Action (EIFDDA- Forum Interreligieux Ethiopien pour le développement, le dialogue et l'action)³⁸. Ce réseau porte une attention accrue aux moyens de réduire la stigmatisation, le déni, et la discrimination, ainsi que le support et l'aide aux OEV grâce au soutien de plusieurs donateurs dont le Fond Mondial. EIFDDA mobilise les communautés et les leaders religieux à travers des programmes

³⁸ Ce réseau a vu le jour en Ethiopie, en 1999. Il est une extension de World Faiths Development Dialogue (WFDD). Ses activités ont débuté en 2002, dans le cadre de l'action pour la sécurité alimentaire, l'épidémie au VIH, et la paix. <http://www.eifdda.org/index.php?Mid=1&Aid=60>

d'informations sur les droits humains, la stigmatisation, la discrimination et facilitateurs de conversation communautaire (FCC) afin de mobiliser la communauté quant aux interventions relatives au VIH et au support des OEVs (FDRE/FHAPCO, 2010 : 36). »

Ainsi, les organisations confessionnelles sont appelées à s'impliquer dans la lutte contre le sida. Elles le font directement (notamment pour l'EOTC), et ce dès les premières réponses gouvernementales à l'épidémie, quelque soit le gouvernement. Le premier aspect sur lequel les FBO sont attendues est l'encadrement des comportements sexuels de leurs fidèles et à la « remoralisation » des mœurs. Comportements que les gouvernements successifs considèrent comme ayant changés par rapport aux valeurs traditionnelles. Il apparaît que les couples d'oppositions, ruraux/urbains et occidentaux/éthiopiens constituent la base de l'argumentaire expliquant ces évolutions. Puis progressivement, le domaine d'intervention de ces congrégations religieuses s'est étendu. D'abord, elles se sont investies dans la lutte contre la stigmatisation, le déni et la discrimination, cet aspect est fréquemment associé au conseil envers les couples désireux de se marier. Puis, est apparu le soutien et la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables, et des personnes infectées et affectées par le VIH. Depuis l'introduction des ARV, il leur est demandé de soutenir l'observance au traitement. Si elles sont considérées comme des membres de la société civile, la plupart des documents officiels éthiopiens reconnaissent le rôle crucial qu'elles jouent auprès des fidèles et des communautés, et considèrent le poids de la religion dans la vie des individus. La place et le rôle des congrégations religieuses dans la lutte contre le sida, s'est considérablement étendu depuis plus de dix ans en Ethiopie, au point que, comme le notent M. Buchardt, H. Dilger et R. van Djik (2010), on peut se demander si elles ne forment pas un « gouvernement non gouvernemental ».

Or, nous allons voir que l'EOTC traditionnellement ne prend pas en charge ce genre de problème et encore moins de cette manière. Ce christianisme dont un des aspects les plus importants est le monachisme extra-mondain, la fuite hors du monde, se voit donc enjoint de prendre une place inédite pour elle. Cependant, l'EOTC est complexe, faite de multiples courants et son histoire est très longue, et presque aussi riche que celle de l'Etat éthiopien dont elle a été un pivot central depuis la conversion du roi Ezana au IV^e siècle. Ces deux derniers siècles, la modernité puis la contemporanéité ont insufflé un changement sans précédent dans son organisation, et dans son rapport au monde, à ses fidèles et à ses dogmes. La séparation entre l'Eglise et l'Etat en 1975, n'est qu'une des facettes de cette histoire et l'apparition du sida, la demande croissante d'implication, les financements américains constituent un autre tournant, dont l'avenir en dessinera la courbe.

V. L'EOTC s'investit dans la lutte contre le sida : la Commission pour le développement de l'EOTC (EOTC- DICAC)

Une des branches de l'EOTC est spécialement investie dans le développement. Plus spécifiquement, cet organe, EOC DICAC (Ethiopian Orthodox Church Development and Inter-Church Aid Commission) ou EOTC DICAC (Ethiopian Orthodox Täwahedo Church Development and Inter-Church Aid Commission) est dédié à l'aide aux réfugiés, au

développement agricole et à l'amélioration de l'accès à l'eau, et depuis le début des années 2000, à la lutte contre le sida.

V. 1 Un détour par l'histoire de la Commission

Dans la veine des réformes instaurées dans les années 1970, suite à l'acquisition de l'autocéphalie et le développement croissant du rôle de l'Episcopat, le Patriarcat créa un organe a vocation de développement, le EOC-DICAC, (Ethiopian Orthodox Church Development and Inter-church Aid Commission). Par un décret paru en 1972, l'Eglise Ethiopienne Orthodoxe Täwahedo (EOTC en anglais) se dote d'une commission chargée du développement que l'institution considère sur son site Web comme une des plus anciennes « FBO », Faith Based Organization ou ONG religieuse.

D'après le site Web de la commission³⁹, celle-ci est « agencée comme une “organisation non gouvernementale” sous les auspices de l'Eglise ». Cette commission est placée sous le contrôle direct du saint synode et présidée par le Patriarche de l'EOTC, depuis 1992, l'Abuna Pawlos. Les personnes travaillant à la Commission sont essentiellement des laïcs formés choisis pour leurs compétences professionnelles ainsi que leur dévotion à l'EOTC et certains ont également reçu une formation religieuse, et parfois ont occupé une charge diaconale.

Le site Web rapporte que durant les premières années, cet organe avait pour but l'éducation des jeunes, l'aide aux pauvres, et plus généralement devait jouer un rôle dans le développement national de l'éducation, de l'économie et culturel. D'après les données que nous avons pu collecter et les personnes interviewées de manière informelle, il semble que cette Commission ait eu d'abord pour finalité l'aide aux réfugiés ainsi que leur retour. Elle est d'ailleurs connue, du grand public éthiopien, essentiellement pour cette raison. L'EOC-DICAC indique qu'en 1971, un programme de support aux réfugiés et de retour a été établi sur la base d'un accord quadripartite impliquant : le Haut Commissariat Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), le « International University Exchange Fund » (IUEF), le Conseil Mondial des Eglises (ou World Council of Churches -WCC) et enfin l'Eglise Orthodoxe Ethiopienne (alors appelée ou EOC). Il s'agissait d'aider les réfugiés dans les camps en leur fournissant de quoi satisfaire les besoins les plus élémentaires en nourriture, hygiène, éducation également, etc. mais également de trouver des solutions durables soit par un retour dans leur pays, soit par un accès au pays d'accueil.

Ce site Web indique que EOC-DICAC a pris part à la réponse à la famine de 1973/74 puis à celle de 1984/85, mais aucun des documents collectés sur cet évènement et aucune des

³⁹ <http://eotcdicac.org/index.php/dicac/historical-background>. Il est nécessaire de préciser ici un aspect de l'enquête de terrain. A de multiples reprises, nous avons cherché à entrer en contact avec cette ONG religieuse auquel le département EOTC HAPCO (l'organe créé pour la lutte contre le sida) est rattaché. Ces tentatives ont débuté lors de notre enquête de terrain menée dans le cadre du DEA, en 2004. Toutefois, aucune des démarches entreprises n'a abouti. On nous a indiqué des bureaux que soit nous n'avons pas pu identifier comme étant ceux de l'EOC-DICAC soit ne correspondant pas à ceux de cette ONG (Collège de Théologie, saint synode, patriarcat, bibliothèque du patriarcat, etc.). Les personnes alors rencontrées nous renvoyaient à d'autres bureaux ne correspondant pas plus à l'établissement recherché. Dans l'enceinte du département de l'EOTC HAPCO, on nous expliqua qu'un bâtiment lui était réservé. Mais nous n'y avons jamais vu personne et les portes du département étaient systématiquement closes. Ainsi, en l'état actuel de nos investigations, les données disponibles quant à cet organisme sont inévitablement parcellaires.

personnes interviewées, même de manière informelle, ne mentionne la participation de l'EOC-DICAC. Ainsi, en l'état actuel de nos connaissances et des données disponibles, il est délicat de présenter une histoire détaillée de cette institution (cf. infra).

V. 2 Les branches de l'EOC-DICAC et une lutte contre le sida richement dotée

Les activités de la Commission ont ensuite été développées dans plusieurs directions. Aujourd'hui l'EOC-DICAC est composée de cinq départements : trois départements impliqués effectivement et directement sur le terrain, et deux départements d'appui et d'organisation. Les trois principaux départements et activités sont :

- les réfugiés et l'aide au retour (Refugee and Returnees Support)
- le développement, incluant le développement de l'accès à l'eau (Development Department and Water Resource Development), et enfin,
- le service de prévention et de contrôle de l'épidémie du VIH (HIV/AIDS Prevention and Control)

Les noms ou acronymes désignant ces trois départements sont précédés de l'acronyme EOC-DICAC.

Comme nous l'avons dit, en 1987, alors que l'épidémie au VIH n'était que peu visible, le *därg* demanda à l'EOTC de prôner le retour et le respect des valeurs traditionnelles considérées comme protectrices contre les nouvelles infections au VIH. D'après son site Web, elle fut dès lors la première congrégation religieuse à parler publiquement du sida en Ethiopie. Nous verrons dans la prochaine partie que les recommandations et les actions prônées s'apparentaient à une mise au pilori de certaines catégories de populations. En 1999, le Gouvernement fédéral éthiopien organise des réunions préparatoires à la création du National Task Force auxquelles l'EOTC est conviée en tant que membre de la société civile et institution religieuse. Parallèlement, Pathfinder International subventionne l'EOTC et met en place les premiers projets de lutte contre le sida, dans la région administrative Amhara, ainsi que dans les Nord et Sud Wollo.

Deux ans plus tard, en 2001 d'après le site, et d'après les entretiens menés dès 1998⁴⁰, la Commission met en place un conseil au sein de la DICAC qu'elle nommera EOC HIV/AIDS Council⁴¹. La deuxième période de l'implication débute en 2004, au moment où elle commence effectivement à proposer au HAPCO un programme de lutte quinquennal. Il est très intéressant, et nous y reviendrons ultérieurement, de noter que ce programme et son implication croissent de manière très significative après l'arrivée de IOCC (International Orthodox Christian Charities), une ONG confessionnelle mandatée par USAID (United States Agency for International Development). Il apparaît donc que si l'Eglise s'est effectivement

⁴⁰ Les informations relatives à l'implication de l'Eglise dans la lutte contre le sida et plus généralement l'histoire de DICAC et les projets mis en œuvre ainsi que sa politique sont assez délicats à établir de manière claire et attestée. En effet, les versions et les dates varient beaucoup d'un interlocuteur à l'autre. Par ailleurs, au fil de nos entretiens avec divers membres de l'Eglise, la tendance à faire remonter les débuts de l'implication de l'EOTC dans la lutte contre le sida le plus loin dans le temps est devenu très sensible. Ainsi, certains prêtres lors des dernières enquêtes de terrain menées dans le cadre de cette recherche, au premier semestre 2008, ont pu nous dire que l'Eglise avait toujours lutter contre le sida en prônant le « un pour un » et en avertissant les fidèles des dangers qui les menaçaient s'ils ne respectaient pas les conseils et les directives de l'Eglise.

⁴¹ Les actions mises en œuvre par l'Eglise seront détaillées dans la quatrième partie de cette thèse.

engagée contre le sida très tôt, son implication n'est pas sans lien avec les financements de projets spécifiques et plus structurels d'organismes bilatéraux. Cette tendance n'est pas propre à l'épidémie au VIH, mais semble être un des modes de fonctionnement de cet organe de l'EOTC œuvrant pour le développement.

V. 3 L'EOTC-DICAC : l'implication de l'EOTC dans le développement international

L'implication des ONG confessionnelles dans l'arène du développement a considérablement cru depuis les années 1980 (Hofer, 2003 ; Roudoumetof et al., 2005 ; Duriez et al., 2007 ; Kaag, Saint-Lary, 2011). La plupart des auteurs invoquent pour expliquer ce processus les globalisations du religieux et de l'aide humanitaire (Bastian et al., 2001 ; Agadjanian, Roudoumetof, 2005 ; Duriez et al., 2007 ; Saint-Lary et al. 2011).

Comme le fait remarquer L. Molokotos-Liederman, contrairement aux congrégations catholiques, évangéliques ou musulmanes, l'orthodoxie n'est guère représentée parmi les ONG religieuses (2007 :140). Si bien que sur la scène des FBO ou en français ONG religieuses, les ONG confessionnelles orthodoxes de stature internationale sont rares. Elles ne sont, en outre, que « très peu étudiées » (Molokotos-Liederman, 2007 :140). L'EOTC-DICAC se situe elle-même dans le champ des FBO ou ONG confessionnelle, cependant, elle garde une envergure uniquement locale. De plus, le christianisme éthiopien, quoique rassemblant officiellement 40 millions de fidèles ne peut être qualifiée de religion globalisée. Au contraire et c'est là une des spécificités de l'orthodoxie, elle s'inscrit dans un contexte national, traversé par des problématiques identitaires fortes (Gillet, 1997 ; Capelle-Pogacean, Rousselet, 2005 ; Roudoumetof et al., 2005), qui interrogent la capacité de ces ONG confessionnelles orthodoxes d'accéder au statut d'ONG internationale (Molokotos-Liederman, 2007)

L. Molokotos-Liederman explique cette sous-représentation par plusieurs facteurs dont certains sont structureaux à la religiosité orthodoxe même. Le christianisme oriental est caractérisée par son attachement au mysticisme et à la contemplation (Clément, 1961 ; Meyendorff, 1975 ; Lossky, 1990 ; Molokotos-Liederman, 2007) ce qui la conduit à se désintéresser des affaires séculières. Pour autant, l'auteure argue que dans la théologie orthodoxe, la notion de *diakonia* ou diaconie fonde l'action dans le monde en qualité de « sacrement »,

« Elle est un acte émancipateur de l'humanité, la libérant de la pauvreté, de l'oppression et de l'injustice » (*ibid* : 141)

L'auteure ajoute à cet argument, l'absence de ressource de ces Eglises ainsi qu'une préférence pour l'action locale, informelle, voire discrète (*ibid* : 141-142).

Le christianisme éthiopien n'a pas, à notre connaissance, autant assis théologiquement l'assistance et l'action dans le monde contre la pauvreté. Toutefois, selon les textes canoniques centraux de l'Eglise éthiopienne (alors EOC) tels le Sénodos, le Didascalie, l'aide aux pauvres ainsi que la protection des orphelins et des veuves, constituent des devoirs des hauts dignitaires tant religieux que séculiers. Une attention à la religiosité laïque et au rapport de l'Eglise aux nécessiteux, révèle que ces préceptes n'ont pas été mis en pratique de manière institutionnalisée et/ou régulière. Nos observations, nous conduisent plutôt à considérer que la charité et l'aide aux pauvres est d'abord une affaire privée. Ces actions sont certes fondées sur

des recommandations religieuses et arrimées au salut tant terrestre que extra-vitae, mais elles ne sont pas autant structurées que dans les christianismes occidentaux. Par ailleurs, et à l'instar des autres Eglises orthodoxes, l'EOTC n'est pas une église riche. D'ailleurs, la majorité des programmes de l'EOTC-DICAC sont financés par des fonds internationaux (HCR) ou bilatéraux (Water Aid).

Dans ces conditions (faiblesse de fondement théologique, absence de ressources propres, et charité individuelle primant sur le soutien institutionnel), l'existence et le rayonnement de cette ONG confessionnelle chrétienne éthiopienne sont entourés d'interrogations.

VI. Les organismes internationaux et les américains

Il a été présenté dans la première section de ce chapitre quelques uns des évènements marquant des relations que l'Ethiopie entretenait avec l' « international », soit les pays autres que les frontaliers. Rappelons rapidement que l'Ethiopie a toujours communiqué avec de nombreux pays, et notamment l'Europe, mais également l'Inde, la Chine, l'Arabie et même la Russie. Ces relations étaient mues par des relations d'aides et de soutiens militaires, ou encore concernaient les questions religieuses, et ayant trait notamment la concession éthiopienne à Jérusalem.

VI.1 L'Ethiopie et les instances internationales

Il n'est donc pas surprenant que le régent Ras Tafari, futur Hailé Selassié, ait été, en 1923, un des premiers signataires de la Société des Nations créée en 1920, à la fin de la Première Guerre mondiale. Son inefficacité à empêcher la Seconde et à défendre des peuples comme l'Ethiopie alors même que Hailé Selassié, était venu en personne alerter la SDN et demander son aide et appui contre l'agression dont son peuple et son pays étaient victimes, mais il se vit opposer une fin de non recevoir. Et ainsi que l'avait annoncé Hailé Selassié, la Seconde Guerre mondiale éclata.

VI.1.a. Des institutions récentes

Suite à cet échec, en 1942 les USA et l'Angleterre élaborent les premières ébauches d'une charte qui sera travaillée par différents représentants d'Etats. Au printemps 1945, « les représentants de 50 pays se rencontrent lors de la conférence de San Francisco ». En juin 1945, la Charte des Nations Unies est signée par ces 50 futurs Etats membres et en octobre, l'Organisation des Nations Unies (ONU) est instituée par la ratification de la Charte par divers pays, dont la Chine, les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, la France et l'URSS⁴². L'Ethiopie signera la Charte en novembre devenant l'un de ses membres fondateurs. A ses côtés, l'Afrique du Sud et le Libéria (et l'Egypte, à considérer celle-ci comme située en Afrique) sont les trois seuls pays du continent à avoir de statut.

⁴² <http://www.un.org/fr/aboutun/history/>

Dans le sillage de l'ONU, différentes instances internationales seront créées :

- le Fond Monétaire International (FMI) en 1944,
- la Banque Mondiale et l'Organisation des Nations unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO) en 1945,
- le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) en 1946,
- le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) en 1947,
- le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) en 1951,
- la Commission Economique pour l'Afrique (CEA) en 1958, qui est une des commissions du Conseil Economique et Social des Nations Unies (ECOSOC)
- le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) en 1967,
- l'ONUSIDA en 1995,
- Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme crée en 2002 dans le but de financer la lutte contre le sida, parmi les organismes donateurs on compte ONUSIDA.

La plupart de ces agences internationales sont présentes à Addis Ababa qui accueille le siège de la CEA (Commission Economique pour l'Afrique) depuis sa création. Toutes participent à divers niveaux et selon des degrés variables à la lutte contre le sida en Ethiopie. Elles ont, entre autres, incité le Gouvernement éthiopien à créer le NAC (National HIV/AIDS Council – Conseil National du Sida) présidée par Negasso Gidada alors, puis par Girma Wolde Giorgis et à mettre en place les premiers programmes de lutte.

Comme il a été présenté précédemment (cf. section II), douze organismes des Nations unies présentes sur le territoire éthiopien se sont rassemblées en une équipe baptisée « Joint Team on AIDS » pour aider l'Ethiopie à lutter contre le sida. Ces agences sont : la FAO, BIT, ONUSIDA, PNUD, UNESCO, HCR, FNUAP, UNICEF, PAM, OMS, OIM, et la Banque Mondiale. Ensemble ces organismes ont créé le programme : « Joint UN Programme of Support on AIDS in Ethiopia » et ont mis en place en 2005, le « United Nations Development Assistance Framework » (UNDAF) qui visait et vise à soutenir les plans successifs de lutte gouvernementaux (Ethiopia's Strategic Plan for Multisectoral HIV/AIDS Response). A ce titre, le programme du « Joint Team on AIDS » en Ethiopie est doté d'un budget d'activité pour les années 2007-2011, de près de 15 millions de dollars. Cependant, depuis 2005, le Fond mondial et le PEPFAR demeurent les plus gros bailleurs de fonds de la distribution des ARV à l'échelle nationale.

VI.1.b. L'implication des congrégations confessionnelles dans la lutte contre le sida vues par les instances internationales

Il est courant d'imputer l'implication des congrégations religieuses à la lutte contre le sida à G.W. Bush et au PEPFAR. Toutefois, un rapide survol de la littérature scientifique et grise, émanant, entre autre, d'ONUSIDA et du Fond Mondial révèle que dès le milieu des années 1990, la question de l'implication des congrégations confessionnelles aux actions de contre le sida se pose pour ces instances. Les réticences quant à leur implication tiennent essentiellement aux tabous religieux autour de la sexualité face à la réalité de l'infection. Ces

aspects sont considérés comme un problème, aboutissant d'après certains auteurs, au conflit entre les promotions de l'abstinence et de la fidélité et celle du préservatif (Faril et al. 1992). Pour autant, divers experts s'interrogent, du moins dans les pays du Sud, en Ouganda bien sûr (Kagimu et al., 1998) mais aussi au Brésil (Campolino, Adams, 1992), au Sri Lanka (Ariyaratne, 1998), de manière générale pour l'Afrique (Cohen, Trussels, 1996 ; Mansary, 1992) et pour les Afro-Américain (Mertz, 1997 ; Sanders, 1998, cités par Francis, Liverpool, 2009). Témoignant d'un intérêt pour l'implication des religions, en 1998, ONUSIDA publie dans sa collection « best practices », un document intitulé "AIDS education through Imams. A spiritually motivated community effort in Uganda" dans lequel l'association IMAU (Islamic Medical Association of Uganda) rapporte les actions mises en place et les succès obtenus. Cette expérience est, par ailleurs, largement connue, rappelons les grandes lignes de cette initiative.

L'association IMAU, fut créée en 1998 pour aider le personnel soignant d'obédience musulmane à lutter contre le sida. Avant l'édition du document, cette association reçut les soutiens financiers de l'OMS, de USAID, de UNICEF, du PNUD ainsi que de l'ONUSIDA. Soutiens montrant que les organisations internationales avaient déjà pensé et réfléchi à la question de l'implication des religions dans la lutte contre le sida. Depuis 1992, l'association a formé et sensibilisé plus de 8 000 leaders religieux et leurs équipes de volontaires. Dès 1989, le grand Mufti Ougandais sensibilisé à la question du VIH encouragea l'association. A partir de 1995, les statistiques indiquaient en milieu urbain une baisse très significative du nombre de partenaires, le report de l'âge d'entrée dans la sexualité ainsi qu'une augmentation de l'utilisation des préservatifs (1998 : 9). De même, les personnes les plus à risques faisaient état d'une diminution du nombre de partenaires et une utilisation des préservatifs plus importante. Les messages religieux diffusés par les Imams étaient la chasteté et l'abstinence ainsi que la fidélité. La promotion du préservatif ne faisait pas partie du programme la première année, mais il est apparu de manière informelle dans les discussions et finalement son utilisation a augmenté, bien que de manière limitée. Par la suite, des discussions entre IMAU et les leaders religieux ont permis d'intégrer la promotion du préservatif en troisième option. La première est « abstaining from sex » (« abstenez-vous de sexe »), et la deuxième, « having sex only within marriage » (« ayez des relations sexuelles uniquement dans le cadre du mariage ») (1998 : 30). Par ailleurs, pour les personnes déjà infectées et les plus fragiles, furent mis en place des programmes d'éducation et de financement, débouchant sur la création d'activités génératrices de revenus. Ces initiatives furent couronnées de succès et constituèrent un modèle d'action souvent cité en exemple (Demange, 2010).

En 2002, se tint l'Assemblée des autorités religieuses africaines sur les enfants et le VIH/sida. Plusieurs leaders se montrèrent intéressés à participer à la lutte contre le sida et en 2004, ONUSIDA conjointement avec l'UNICEF et la Conférence mondiale des religions pour la paix produisent un manuel et un guide ayant été testés auprès de différentes communautés religieuses africaines et asiatiques, à destination de ces congrégations religieuses (UNICEF, 2004). Dans ce document, ces organismes reprennent des extraits de plans élaborés par des Eglises et des organisations œcuméniques et confessionnelles d'Afrique, d'Amérique du Nord et d'Europe suite à une rencontre notamment en 2001.

Ainsi, bien que l'histoire de l'implication dans la lutte contre le sida des organisations confessionnelles reste, nous pensons, à faire, il apparaît que les différentes agences des

Nations Unies étaient très au fait de leurs activités et en ont soutenu certaines dès la fin des années 1990 et possiblement avant. Il est donc faux d'imputer à PEPFAR et USAID la primauté des financements des congrégations religieuses dans la lutte contre le sida. Par ailleurs, nous avons vu dans la section précédente, que deux agences internationales (HRC et Water Aid) avaient subventionné l'EOTC ou l'avaient mise à contribution dans l'élaboration de leurs programmes de développement et de protections des réfugiés. Les Américains n'ont donc vraisemblablement pas la primeur qu'on leur prête habituellement.

VI.2. Les relations éthio-américaines avant l'ère G. W. Bush.

Si, depuis 2003, sous la première présidence de G.W. Bush, les Etats-Unis se sont largement impliqués dans la lutte contre le sida en Afrique en général et en Ethiopie en particulier, ce partenariat s'inscrit dans l'histoire des relations Ethio-américaines qui débutent au début du XX^e siècle⁴³.

Avant la Seconde Guerre mondiale, les Etats-Unis n'ont guère de relations avec l'Afrique à l'exception notable du Liberia, de l'Afrique du Sud et de l'Ethiopie. Au début du XX^e siècle, c'est un accord commercial qui lie l'Ethiopie aux Etats-Unis, la mission Skinner, du nom de l'envoyé américain Robert P. Skinner, aboutit à la signature d'un traité d'amitié et de commerce du coton, en 1903 (Barhu Zwede, 2001 : 184). La présence des Italiens, des Français, des Anglais saturant l'espace diplomatique éthiopien, les Etats-Unis ne furent réellement présents sur la scène éthiopienne qu'aux lendemains de la Seconde Guerre mondiale. Après la libération de l'Ethiopie obtenue en grande partie grâce à l'armée britannique, ceux-ci entendaient exercer un contrôle et une ingérence croissante dans les affaires intérieures éthiopiennes (*ibidem*). Afin de mettre un terme à cette domination et afin des restaurer son pouvoir Hailé Selassié, se tourna vers les Etats-Unis et leur générosité réputée (*ibidem*). En 1943, lors d'une rencontre officielle entre Vice-Ministres des finances éthiopien et américain sur le sol de ce dernier, Yelma Deressa présenta sa requête pour une assistance militaire et de l'envoi de conseillers en droit et en finance. Les Américains avaient déjà installé à Asmara, point stratégique de la région, une base Navale et une radio. En 1944, ils répondent à cette requête, en étendant un prêt-bail de matériel militaire, (forme de location à long terme) assorti d'une assistance technique. Le soutien des Etats-Unis permit à l'Ethiopie de mettre un frein aux prétentions hégémoniques de la Grande-Bretagne (Barhu Zwede, 2001 : 184). Les accords Ethio-Américains se poursuivirent et en 1947, une mission édita des recommandations quant au développement des infrastructures. Les Etats-Unis les mirent en place effectivement entre les années 1950 et 1960 et durant cette période, ils étendirent leur assistance et élaborèrent le « Point Four ». Programme qui visait, entre autres, le développement de l'agriculture, de l'éducation en santé publique, l'appui administratif et enfin la délivrance de bourses d'études. La révolution nassérienne de 1952 impulsa une accélération des accords (*ibidem*). En 1953, l'Ethiopie obtint l'assistance militaire souhaitée

⁴³ Il ne sera traité ici ni de l'apparition du PEPFAR et de son arrivée en Ethiopie, ni des financements octroyés par USAID à l'EOTC via l'ONG confessionnelle IOCC (International Orthodox Christian Charities), le chapitre 10 y est dévolu.

et la signature en 1953 du traité Ethio-US, jette les bases des relations entre les deux pays pour les prochaines décennies (Barhu Zwede, 2001 : 185).

En 1974, la révolution éthiopienne et l'arrivée au pouvoir du *därg* ne changent d'abord rien à ces accords, les Etats-Unis fournissent à Mengestu Hailé Mariam l'assistance militaire réclamée. La rupture viendra de ce dernier qui mit un terme à l'alliance Ethio-Américaine en concluant un accord avec l'URSS. Cependant, le milieu des années 1980 verra la naissance des fronts de libérations des peuples Erythréen et Tigréens que les USA contribueront à armer et à financer participant en sous-main à la chute du *därg*. Enfin, Mengestu Hailé Mariam pourra s'enfuir au Zimbabwe avec l'accord de la CIA (Prunier, 2007 :150) qui souhaitait ainsi éviter un bain de sang dans la capitale. Un autre acteur important de la scène éthiopienne de lutte contre le sida a un lien privilégié avec les Etats-Unis, le futur Abuna Pawlos.

Avant son ordination, l'Abuna Pawols se nomme Gäbré Medhin Woldé Yohänes. Etudiant au Collège Théologique de la Sainte Trinité à Addis Ababa, il sera envoyé par l'Abuna en place, à la fin des années 1960 aux Etats-Unis pour y poursuivre ses études de théologie (orthodoxe). Il retourna en Ethiopie en 1974 et fut emprisonné en 1983. Un an plus tard il fut relâché et retourna aux Amériques terminer son doctorat. En 1992, il fut élu Patriarche de l'EOTC.

A la chute du régime stalino-communiste, les relations Ethio-Américaines reprennent, l'Ethiopie devenant un état-pivot de l'Afrique de l'Est eu égard à sa stabilité politique. Le Kenya a faillit la détrôner, au milieu des années 2000, soit au moment où les premières élections réellement démocratiques en Ethiopie tournèrent court et débouchèrent sur des arrestations, des emprisonnements, et la répression des émeutes dans le sang. Cependant, le Kenya deux ans plus tard fut secoué par des troubles politiques, réaffirmant la position de l'Ethiopie. La guerre que les Ethiopiens ont menée contre les islamistes somalis à partir de la fin de l'année 2006, à la demande des américains confirma l'Ethiopie dans sa position d'Etat-pivot de la région.

Ainsi les relations entre l'Ethiopie et les Etats-Unis sont-elles apparemment placées sous le sceau de l'amitié et de l'entente militaire. Cependant, il faut noter plusieurs points de tensions. D'abord, l'Ethiopie a une longue tradition diplomatique : le jeu des alliances et des soutiens a joué un rôle important sinon déterminant dans la préservation de son indépendance. Les Etats-Unis ne sont donc pas le seul allié de l'Ethiopie. Depuis quelques années, celle-ci se rapproche de la Chine qui est devenu un partenaire incontournable de son développement, à l'instar de nombre d'Etats africains. La Chine a le mérite d'offrir une alternative aux alliances issues de la période de colonisation et de post-colonisation. Ensuite, si l'entente Ethio-Américaine demeure réelle sur le plan diplomatique, des dissensions existent. Les Etats-Unis abritent des opposants au régime actuel et la secrétaire d'Etat aux relations internationales lors d'un discours à l'OUA à Addis Ababa en 2010 a, relativement subtilement, dit que les leaders africains au pouvoir depuis 20 ans devaient songer à passer la main, visant entre autre Meles Zenawi, au pouvoir depuis 1994. La transmission radiophonique de ce discours a été brouillée sur le sol éthiopien.

Conclusion

L'implication de l'EOTC dans la lutte contre le sida en Ethiopie met donc en jeu de nombreux acteurs. Le sida est certes une maladie inédite, ayant des caractéristiques spécifiques, mais les réponses apportées à ce type d'épidémie s'ancrent dans une histoire qui va également contribuer à modeler la réponse institutionnelle. L'Etat éthiopien a créé puis développé un système de santé dès les années 1900, et bien que les besoins ne soient pas totalement couverts la progression a été constante, excepté la période 1980-1990. L'apparition du VIH et la mise en place des plans de lutte gouvernementaux successifs largement financés par les bailleurs de fond internationaux et bilatéraux ont permis de distribuer les ARV et, plus généralement, de développer le système de santé. Si des progrès demeurent à accomplir, la marche a été amorcée il y a plusieurs années.

L'implication de l'EOTC dans la lutte contre le sida advient dans ce cadre. Tandis que traditionnellement, elle incite les fidèles à se tourner vers l'ascèse et le carême pour obtenir une guérison, aujourd'hui elle coopère avec les instances internationales pour s'occuper des pauvres, les aider à gagner leur vie. Elle s'occupe des réfugiés alors que le christianisme éthiopien est profondément lié à l'identité éthiopienne. Ainsi, pour l'EOTC la configuration actuelle est-elle sans précédent. Il en va autrement pour les instances internationales et les organismes bilatéraux, la configuration actuelle de la lutte contre le sida n'est que partiellement inédite. En effet, les organismes internationaux financent en Ethiopie, depuis 1971, des Eglises ou des congrégations confessionnelles, dans le cadre des activités de développement, les associations religieuses ayant en charge une structure de santé, l'aide et l'abri au pauvre, etc. La nouveauté réside dans les financements attribués au nom d'une morale qui préserve la santé : l'abstinence est devenue une morale religieuse protectrice contre le sida et à ce titre, reçoit des subsides parfois conséquents.

CHAPITRE III

Le christianisme éthiopien : L'Eglise Ethiopienne *Tāwahedo* Orthodoxe et l'eau bénite ou *tsäbäl*

L'histoire de l'Eglise chrétienne éthiopienne indissolublement liée à l'Etat jusqu'à il y a peu. Sa place dans l'identité nationale, son poids dans la culture ainsi que le nombre de ses fidèles en font une institution incontournable pour qui s'intéresse à ce pays. Au-delà de ces considérations, nous avons vu qu'elle occupe aujourd'hui une place non négligeable dans la lutte contre le sida, mais il s'agit de la branche « institutionnelle », de l'EOTC (Ethiopian Orthodox *Tāwahedo* Church) soit en tant que structure hiérarchisée de ce christianisme qui est cependant loin de se réduire cette composante. En effet, durant la période de sous-implication gouvernementale contre le sida, les chrétiens éthiopiens infectés ou non par le VIH ont trouvé, au sein du christianisme éthiopien, une réponse, ont donné un sens à cette épidémie. C'est vers le rituel de l'eau bénite qu'ils se sont tournés pour trouver une réponse, une solution à cette épidémie. Ce sont les sites d'eau bénite et le petit clergé qui les premiers, parmi les religions présentes en Ethiopie, ont offert une issue à l'infection au VIH. Ce constat témoigne d'une religiosité particulière, d'un christianisme que d'aucun considère original et tout simplement propre à l'Ethiopie.

I. Prolégomènes conceptuels à l'analyse du christianisme éthiopien

Rappelons que dans cette étude, une distinction entre EOTC et Eglise éthiopienne a été opérée, ensemble ces deux aspects constituent le christianisme éthiopien. L'EOTC est la branche institutionnelle du christianisme éthiopien, elle rassemble l'Episcopat, les évêchés, sa structuration récente en paroisse ainsi que son rapport avec les instances gouvernementales et internationales. L'Eglise éthiopienne est l'aspect moins formel, la « branche » non institutionnalisée de ce christianisme. Elle rassemble une partie de la religiosité des fidèles non liée aux sacrements délivrés par l'institution religieuse, l'ensemble des pratiques, des rites qui ne sont pas toujours « formalisés » par l'EOTC. Cette distinction est idéal-typique, elle ne correspond guère à la réalité, plus fluide, poreuse même, bien entendu. Il nous semble que les historiens travaillant sur l'Ethiopie et sur son christianisme, et les sociologues du christianisme, ne distinguent pas aussi nettement ces deux composantes de l'Eglise. En effet, la sociologie et l'histoire du (des) christianisme(s) distinguent diverses composantes des christianismes, mais elles diffèrent de celle faite dans cette étude. Classiquement, les

sciences sociales du christianisme opèrent deux distinctions : la première entre clergé séculier et clergé régulier et la deuxième entre clercs et laïcs (Willaime, 2006 : 757). En outre, d'autres grandes dichotomies structurent les analyses du champ religieux : l'approche fonctionnelle héritée de E. Durkheim (2003) et l'approche substantiviste. Ces approches déterminent la manière dont les différentes entités, composantes des religions seront découpées et appréhendées. Selon la première approche, la religion est envisagée comme un système culturel intégrateur : la religion assure le transfert des valeurs, des codes et des normes culturelles. Elle est alors une instance normative et encadrante. Selon la deuxième approche, substantiviste, la dimension transcendante, les « croyances » et la représentation constituent les axes à partir desquels le religieux est envisagé. Depuis, le début des années 1990, d'autres approches ont été forgées, permettant de renouveler les approches. On notera à titre d'exemple, les propositions de D. Hervieu-Léger et J.P. Willaime. D. Hervieu-Léger propose de considérer la religion à travers l'idée d'une lignée croyante, qui voit ses rites et ses « croyances » légitimés par une mémoire, une tradition autorisée, validée par les pères (Hervieu-Léger, 1993). J.P. Willaime, considère que c'est le charisme du fondateur qui va asseoir la continuité des rites et des symboles (1995), approche qui nous semble très marquée par l'influence de M. Weber (1996).

Si ces approches sont intéressantes et permettent d'analyser le fait chrétien éthiopien, nous avons choisi d'aborder ce christianisme selon une perspective anthropologique. L. Obadia rappelle que l'anthropologie religieuse accorde « une place toute relative » « aux grandes religions monothéistes » (2007 : 59-60). A cette fin, nous nous sommes assignée à respecter quelques « principes » simples, sans forcément chercher à emboîter le pas, à appliquer à une théorie en particulier. Nous avons donc tenté de « respecter les catégories de pensées et les pratiques effectives » des chrétiens éthiopiens, de conserver « un rapport dialectique entre la connaissance de soi et la connaissance des autres » (*ibid* : 101-102), point sur lequel nous reviendrons dans le chapitre 4. Enfin, nous avons essayé de garder à l'esprit que les religions sont en perpétuelle recomposition, empêchant de trop figer tant leurs formes que les significations qu'elles élaborent (*ibidem*).

C'est donc à partir de cette posture, et des données collectées sur le terrain que nous proposons, dans une première approche, de distinguer l'EOTC dans sa dynamique institutionnelle et Eglise éthiopienne, plus révélatrice de la religiosité « de la base ». Par ailleurs, nous considérerons, le christianisme éthiopien comme étant travaillé par trois groupes, dont les « sympathies » et les « rapprochements » sont à géométrie variables. Il s'agit : du clergé régulier, du clergé régulier et enfin des fidèles.

Ces schématisations sont proposées, élaborées sur la base des données issues de plusieurs mois d'enquêtes sur les sites d'eau bénite, auprès de prêtres de la base, des moines, et des fidèles. Des entretiens et des observations ont été menées, auprès de l'Episcopat et de l'administration ecclésiastique mettant en place les programmes de lutte contre le sida de l'EOTC. C'est à partir de là que la nécessité de formaliser ce qui était observé s'est, mois après mois, fait plus nette et plus insistante. En effet, il fallait rendre compte de la différence de traitement du sida par la base et par le sommet, ainsi que des tensions et conflits que ces différences induisaient. Cette distinction a donc avant tout une visée analytique, mais il nous est d'avis qu'elle pourrait, au-delà de la présente étude, rendre compte d'un phénomène propre à ce christianisme éthiopien et qui prend racine dans son histoire.

Par ailleurs, l'intérêt porté aux trois groupes, soit le clergé régulier, le clergé séculier et les fidèles, est (librement) inspiré, des travaux sur l'orthodoxie. K. Rousselet et A. Capelle-Pogacean notent que

« On observe la multiplication, depuis quinze ans, des études et ouvrages traitant de l'orthodoxie » (2005)

Cependant, cet objet reste « encore trop souvent ignoré dans sa complexité et sa diversité » (*ibidem*). La grande majorité de ces études prennent pour objet l'orthodoxie slave (Russie, Europe balkanique), et grecque. Ces objets autant que les études sont travaillées par l'empreinte historique du communisme puis arrimées à l'analyse des sociétés post-communistes⁴⁴. Si le communisme a également laissé une trace historique en Ethiopie, nous verrons, que le *därg* a plus cherché à encadrer et à placer sous son autorité l'EOTC que n'a voulu la détruire (Ancel, 2006). La situation géographique de l'Ethiopie, plus voisine de l'Egypte, et de la Syrie que de la Russie, appelle à un rapprochement avec les christianismes orientaux de ces aires géographiques. Sur cette base, nous avons considéré certains travaux et notamment la thèse de A. Poujeau sur l'Eglise, le monachisme et la sainteté en Syrie (2008), ainsi que les études de C. Mayeur-Jaouen (2002, 2010). Ces deux auteures rendent compte de l'importance du monachisme, de l'ascèse et de la sortie du monde dans ces christianismes orientaux. Les travaux de M. Kaplan (2001), et de M/H. Congourdeau (2001) sur le sacré dans l'Eglise byzantine, révèle son importance et certaines de ses spécificités orientales. C'est donc également à l'aune de ces comparaisons que nous avons dégagé les trois entités précitées et opéré la distinction entre le haut clergé institutionnalisant et bas clergé et les fidèles ayant à cœur de faire l'expérience du divin, de la présence divine, au moins sur les sites d'eau bénite.

II. Le christianisme éthiopien

L'appellation ici choisie, 'christianisme éthiopien', masque le fait que les Ethiopiens et l'Eglise elle-même emploient d'autres terminologies pour désigner cette confession religieuse. Les Ethiopiens l'appellent *béte krestiyän*, "la maison des chrétiens", ou parfois *ortodoks bétä krestiyän*, soit "la maison orthodoxe des chrétiens". L'Eglise se nomme elle-même dans ses documents officiels, *Ityopia ortodoks täwahedo bétä krestiyän* qu'elle traduit elle-même en anglais 'EOTC' soit Ethiopian Orthodox *Täwahedo* Church et plus anciennement 'EOC' soit Ethiopian Orthodox Church.

S. Ancel (2006) puis E. Ficquet et S. Ancel (2007) ont noté l'ambiguïté du terme *ge'ez, täwahedo*. Il signifie "unité" et pourrait ainsi permettre à l'Eglise d'affirmer son adhésion au dogme christologique « monophysite », (cf. infra). Ce terme peut également désigner ou signifier l'« unité » de l'Eglise. Nous estimons que si cette ambiguïté existe c'est que l'unité de l'Eglise doit être réaffirmée. Et pour cause, l'histoire de cette Eglise révèle l'existence en son sein de multiples tendances (Fasquelle, 1994 ; Beylot, 1995 ; Piovanelli, 1995 ; Freuchet,

⁴⁴ On pourra consulter le dossier "Les orthodoxies en Europe Balkanique", *Balkanologie. Revue d'études interdisciplinaires*, 9(1-2), décembre 2005. [En ligne], mis en ligne le 13 janvier 2010.

URL : <http://balkanologie.revues.org/index594.html>.

Mais également Gillet O., 1997, *Religion et nationalisme. L'idéologie de l'Eglise orthodoxe roumaine sous le régime communiste*, éditions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles.

1996). Dès lors, l'emploi du terme *Tāwahedo* ne pourrait-il pas être considéré comme sous-tendu par son absence ?

II.1 L'Ethiopian Orthodox *Tāwahedo* Church (EOTC) : une terminologie signifiante

Il fait usage dans cette étude du nom 'EOTC', soit Ethiopian Orthodox *Tāwahedo* Church que l'on traduit en français par "Eglise Ethiopienne *Tāwahedo* Orthodoxe". Comme le notent E. Ficquet et S. Ancel, une explicitation de chacun des termes peut constituer une entrée en matière pour présenter cette Eglise. Il permet d'introduire

« Trois aspects constitutifs de cette institution : la communauté, le dogme et l'inscription dans la chrétienté » (2007 : 187).

Les Ethiopiens appartiennent majoritairement à cette confession, mais cette formulation n'est guère appropriée. J. Markakis fait le constat d'un christianisme tellement arrimé à l'identité éthiopienne qu'« un non-Chrétien ne peut pas être un Ethiopien et un Ethiopien ne peut avoir d'autre religion » (2006[1975] : 47). Ainsi, la plupart des Ethiopiens la nomment simplement *bēte krestiyān*, "la maison des chrétiens", les autres religions étant qualifiées selon leurs spécificités *Katolik*, *Eslmena* ou *Protéstant* ou de manière péjorative, *penté*. Ainsi que l'explicitent E. Ficquet et S. Ancel (2007 : 187-188), l'expression 'maison des chrétiens' désigne la communauté des chrétiens rassemblée dans l'espace sacré de l'édifice religieux contenant les *tabots* (consacré par l'Abuna ou un évêque) qui constituent la « pierre d'autel » sur laquelle toute église est construite et qui confèrent au bâtiment religieux sa haute sacralité. Ces *tabots* sont des répliques de l'Arche de l'Alliance et des Tables de la Loi qui seraient conservées dans une église d'Axoum.

Le terme *tāwahedo* signifiant "unifié", réfère à l'adhésion des Ethiopiens à la doctrine christologique « monophysite », d'après laquelle les essences humaine et divine du Christ se sont mêlées, sa nature humaine ayant été absorbée par sa nature divine. Cet aspect du christianisme éthiopien est, sans doute, un des plus complexes et des plus délicats à circonscrire. Nous pensons avec T. Boylston (2012) et à la suite de D. Crummey (1972) que cette conception du Christ influence la religiosité éthiopienne. Il conditionne, entre autres, les conceptions des liens entre nature et surnature et donc les modalités d'intervention divine⁴⁵ dans la vie des hommes, nous aurons à revenir sur ce point brièvement en conclusion de ce chapitre. Les tenants de cette conception du Christ se sont opposés en 451, lors du Concile de Chalcédoine, aux théologiens partisans de la double nature du Christ appelés les diphysites. Ces derniers considéraient et encore aujourd'hui que les deux natures ou essences⁴⁶, (*physis* est un terme grec signifiant "nature"), de Jésus-Christ, sont unies en sa personne, sans mélange ni confusion, il est pleinement homme et pleinement dieu. Les Catholiques, les Protestants et les Orthodoxes (grecs et slaves) adhèrent à ce dogme christologique. Les Eglises arméniennes, coptes, syriaques, indiennes et éthiopiennes, considèrent donc que les

⁴⁵ Le terme divin est entendu ici au sens large, comprenant donc les saints, les anges et autres personnages "surnaturels".

⁴⁶ Ces 'natures' sont également appelées 'hypostases', et les Catholiques emploient le terme 'personne'. Ce terme grec *physis*, a été largement repris par le latin et signifie "substance, essence", il désigne un principe abstrait. Les glissements de sens entre 'nature' et 'essence' sont fréquents et d'après certains auteurs auraient alimenté les querelles christologiques de la période patristique soit jusqu'au VII^e siècle.

natures humaine et divine du Christ sont unies, l'une en l'autre, la distinction n'est plus possible. Ces cinq Eglises sont parfois appelées non-chalcédoniennes, ou encore préchalcédoniennes, orientales ou orthodoxes orientales⁴⁷.

L'Eglise éthiopienne se qualifie d'orthodoxe. Et ce terme, la situe dans l'ensemble de la chrétienté. Il ouvre sur autant de questions qu'il n'apporte de réponses. En effet, l'emploi du terme « orthodoxe » pour désigner les christianismes commence après la scission des Eglises d'Occident et d'Orient, au XI^e siècle période à laquelle le Pape romain et le Légat de Constantinople s'excommunient mutuellement. Le schisme ayant séparé l'Eglise d'Alexandrie ou l'Eglise copte, et par voie de conséquence, l'Eglise éthiopienne, non encore autocéphale (cf. infra), est donc antérieure. Les Eglises copte et éthiopienne ne sont donc pas *stricto sensu* orthodoxes. Certains auteurs considèrent cette appartenance comme fondée sur des « apparences » rituelles, permettant des « rapprochements récents » avec ce vaste ensemble qu'est le christianisme orthodoxe (Ficquet, 2006 ; Ancel, Ficquet 2007). Si bien que ces auteurs considèrent « l'Eglise d'Ethiopie » comme éthiopienne (Ancel, Ficquet, 2007 : 186). Certes, et il est délicat d'argumenter sur une tautologie.

Toutefois, il nous est apparu que l'appartenance de l'Eglise d'Ethiopie à l'Orthodoxie n'était pas totalement dénuée de fondement. Nos investigations bibliographiques ont été menées dans trois directions : d'abord, le christianisme occidental médiéval (notamment sur la question de l'eau bénite et des miracles), puis les Eglises orthodoxes et orientales (russe, syriaque et égyptienne) et enfin, les subventions américaines à l'Eglise éthiopienne nous ont amenées à considérer le protestantisme puritain. A l'aune de ces lectures, il nous semble évident que l'Eglise éthiopienne diffère, pour un grand nombre d'aspects, des Eglises catholique et protestantes. *A contrario*, les points communs entre l'Eglise éthiopienne et d'autres Eglises orthodoxes, mais surtout l'Eglise russe sont, lorsqu'on s'y arrête, fort nombreux. Si bien que l'appartenance de l'EOTC à l'Orthodoxie est peut-être moins formelle et circonstancielle qu'on peut le penser, voire même pleinement justifiée, ce que nous tenterons de montrer. Nous reviendrons sur ce point, à la fin de cette thèse, car, pour l'heure, il s'agit de comprendre et de rendre compte du christianisme...éthiopien.

II.2. Une ou des autorités religieuses chrétiennes ?

L'EOTC, et anciennement l'Eglise éthiopienne⁴⁸, avait à sa tête plusieurs personnages dont l'importance et le rôle dans les affaires religieuses n'étaient pas dictés par leur positionnement hiérarchique. Ainsi, au sommet de cette hiérarchie, et jusqu'à l'obtention de l'autocéphalie en 1969, la plus haute autorité de l'Eglise éthiopienne était le patriarche d'Alexandrie. Cependant, dans les faits, il n'avait que peu d'influence sur les affaires religieuses éthiopiennes, son rôle se limitait à l'excommunication. Comme le notent S. Ancel

⁴⁷ A notre connaissance, peu d'études s'intéressent à ce courant dans son ensemble, la plupart « oublie » régulièrement le christianisme éthiopien. A ce titre l'absence de mention de l'Eglise éthiopienne dans l'article portant sur les christianismes orientaux (copte, syriaque, arménien, etc.) est tout à fait emblématique et significative (Heyberger, 2010).

⁴⁸ Dans cette section historique, l'expression 'Eglise éthiopienne' désignera l'ensemble EOTC-Eglise éthiopienne. En effet, et comme nous allons le voir, jusqu'à l'apparition d'un épiscopat centralisé et un tant soit peu doté de pouvoir réel, il est anachronique de parler de l'Ethiopian Orthodox Täwahedo Church ou même de l'Ethiopian Orthodox Church.

et E. Fiquet, l'Eglise copte en territoire musulman avait trop besoin du soutien de cette Eglise pour l'utiliser (2007 : 187). Le Patriarcat d'Alexandrie ordonnait le Pope éthiopien, évêque Métropolitain ou Abuna, nommé alors parmi les moines égyptiens et envoyé ensuite en Ethiopie. Le Roi des rois n'accédait effectivement à cette fonction qu'après le sacre par le Métropolitain, après cela, le Roi des rois entrant en possession des pouvoirs spirituel et temporel de l'Eglise. A ce titre, il convoque les conciles, y préside et participe à l'établissement de la doctrine religieuse. Ainsi, l'Etat et l'Eglise ne sont pas une seule entité, mais leurs têtes sont communes de fait. Les structures de l'Eglise et de l'Etat, en font un césaro-papisme. C'est-à-dire que le Roi des rois est également un prêtre qui dirige la vie de l'Eglise et en établit la doctrine. Tous les empereurs éthiopiens n'ont pas également endossé ce rôle de chef spirituel, notamment à cause de la forte décentralisation de l'Eglise Ethiopienne et de la prégnance des monastères ayant à leur tête des chefs dotés d'un charisme personnel certain. Quelques monarques au premier rang desquels Zära Y'acob ont joué dans l'histoire de l'Eglise un rôle de premier plan (Fauvelle, Hirsch, 2001) dans l'établissement de la doctrine religieuse.

Le Métropolitain, moine Egyptien ordonné Abun (ou Abuna) de l'Eglise éthiopienne ne jouait traditionnellement qu'un rôle sacramentel dans la vie de l'Eglise, devant apprendre à son arrivée, l'amharique et le *ge'ez*, il n'était la plupart du temps que faiblement impliqué dans les querelles théologiques. Par contre, son importance était considérable dans la mesure où lui seul pouvait ordonner les prêtres, la hiérarchie ecclésiastique (Kaplan, 1984 ; Ancel, 2006).

II.3 Une brève histoire de l'EOTC

On considère la conversion au IV^e siècle du roi axoumite Ezana au christianisme comme marquant le début de l'histoire de l'Eglise éthiopienne.

Les historiens ont établi l'arrivée en Ethiopie de deux frères Syriens (Fiquet, Ancel : 2007) Frumentius et Aedesius, qui devinrent des personnages importants de la cour. Ils eurent la charge de l'éducation du jeune prince Ezana. Après son couronnement, Frumentius se rendit à Alexandrie où il fût ordonné premier Patriarche de l'Eglise éthiopienne par le Pope d'Alexandrie, Athanase (appelé ultérieurement, Saint Athanase). Suite à son ordination, Frumentius appelé par les Ethiopiens Abba Salama rentra en Ethiopie et prêcha dans tout le pays. Durant les seize siècles suivant, le patriarche de l'Eglise éthiopienne, l'Abuna qui signifie « notre père », sera un Egyptien consacré par le métropolitain égyptien. C'est donc d'abord par le haut et par des moines que le christianisme fut introduit en Ethiopie.

II.3.a. Une christianisation précoce de l'Ethiopie

Toutefois, l'expansion du christianisme sous le règne de Ezana, quoique rapide et important, se limita à la cour et aux routes commerçantes.

« L'absence d'un clergé formé et d'ouvrages en *ge'ez* ont été les principaux obstacles à l'expansion de l'Eglise » (Kaplan, 1984 : 16).

A la fin du V^e siècle, deux groupes de missionnaires syriens, les *S'adqan* et les Neuf Saints arrivèrent en Ethiopie et achevèrent la conversion du pays. « Les Neuf Saints fondèrent une

série de communautés monastiques dans la province du Tigré. » (Kaplan, 1984 : 17) A ce titre, ils sont considérés comme ayant introduit le monachisme et la règle monastique en Ethiopie et on leur attribue la fondation de monastères éthiopiens parmi les plus célèbres. Le deuxième groupe de moines, les *S'adqan*, sont descendus dans une région alors appelée Shemāzana. L'un de ces personnages, Abba Libanos restera célèbre en tant que fondateur de l'Eglise de Däbrä Libanos qui aura au XIII^e s. une importance considérable. On lui doit également la traduction de *l'Evangile selon Saint Matthieu* (Kaplan, 1984 : 17). Au VI^e siècle, sous le règne de l'empereur Gäbré Mäsqäl qui lui-même participa à la diffusion de la doctrine chrétienne, est composée la musique liturgique éthiopienne, par Saint Yared. Ainsi, à la fin de ce siècle, la christianisation du royaume lui permit d'affronter la chute d'Axoum et l'expansion de l'Islam.

On peut considérer qu'à partir de cette date, au-delà des aléas, des reculs suivis d'avancées de la christianisation, ou inversement, l'Ethiopie est et demeurera profondément attachée à sa foi chrétienne propre, à tel point que les Ethiopiens eux-mêmes se soulevèrent pour réclamer le départ des Jésuites portugais et la destitution du roi converti au catholicisme au XVII^e siècle.

II.3.b. Des moines et des rois aux fondements du christianisme éthiopien

Sous l'ère des Zagwe (1140-1270), rappelons que le territoire s'étend autour des régions du Lasta, de l'Amhara et du Tigré, et l'Eglise connaît un essor certain. Suit, le Moyen Age éthiopien qui est inauguré par la refondation de la dynastie salomonienne, dont l'accès au trône était légitimé par le *Kebrä Nägast*⁴⁹ soit "La gloire des rois", au XIII^e siècle. Cette période s'étend jusqu'au XVI^e siècle, et est riche en remaniement. Lors de l'accession au trône de Yekunno Amlak (r.1270-1285) réputé d'ascendance salomonienne, l'espace occupé par les Ethiopiens se réduit au Tigré (Taddesse Tamrat, 1972 : 72-73). Durant la première moitié du XIV^e, le souverain Amdä S'eyon (r.1285-1294) étendra le territoire et selon l'expression P. Marrassini emploiera le sceptre et la croix pour conquérir et affirmer la présence éthiopienne chrétienne sur ces territoires (1993). Les souverains suivant agiront de même, cherchant dès lors à étendre leur royaume et à le contrôler, M.-L. Derat (2003) montre qu'ils

« Se sont efforcés de construire le domaine royal dans l'Amh'ära et le Säwa, en s'appuyant sur deux types de réseaux monastiques : des réseaux que l'on pourrait qualifier d'indépendant, avec lesquels les souverains s'associent pour contrôler l'espace, et un réseau forgé par les souverains eux-mêmes, à partir de leurs propres fondations religieuses, érigés en réseau de pouvoir. » (2003 : 8)

L'auteure rappelle que l'alliance royale conférait à ces réseaux monastiques indépendants une aisance matérielle non négligeable, ainsi que de nombreux privilèges au sein du monachisme et à la cour royale. Deux monastères, Däbrä H'ayq et Däbrä Abso, incarnés par « deux figures fameuses du monachisme éthiopien, deux saints » joueront un rôle de premier plan : Iyäsus Mo 'a et Täklä Haymanot (Derat, 2003 : 87). L'alliance est basée entre autres sur le don de terre aux moines dont ils tirent leur subsistance, les rendant de ce fait dépendant du pouvoir

⁴⁹ Voir chapitre 2 section 1. Pour rappel, ce récit fait de Ménélik I, fils du roi Salomon et de la reine de Saba le fondateur de la dynastie, et l'authentique souverain du pays

royal. Ces deux saints, Iyäsus Mo 'a et Täklä Haymanot ont eu par la suite, de nombreux fils spirituels qui eux-mêmes fondèrent d'autres monastères étendant ainsi le réseau monastique royal.

Cependant, des tensions naissent au sein de ces alliances durant cette période. En effet, si la communauté de Däbrä H'ayq, s'est très tôt faite l'alliée du pouvoir royal, celle de Däbrä Abso fondée par Täklä Haymanot, tenta de conserver son indépendance. Ces tensions ont été récurrentes dans l'histoire éthiopienne, notamment au XVII^e et XVIII^e siècles (Freuchet, 1996). Elles émergent entre les réseaux monastiques indépendants et les souverains d'une part, mais également entre réseaux monastiques selon leur degré d'attachement ou d'indépendance au pouvoir royal. Ces dissensions rendent compte de la difficulté d'établir et de maintenir un équilibre entre gloire temporelle, reflet de la puissance monastique, et la vocation intrinsèquement spirituelle des moines.

La récurrence du modèle de l'ascèse extra-mondaine, parmi la multiplicité des hagiographies, ou des vies de saints – appelées *gäld* en *ge'ez* – composées par les moines rend compte de la prégnance de cet idéal monastique. Peu (voire aucun) d'hommes peuvent prétendre à la sainteté sans être passés par cette période d'ascèse très stricte, condition nécessaire, mais non suffisante, permettant d'établir un lien intime et direct avec le divin. Taddesse Tamrat note que

« Les traditions hagiographiques autour d'un saint local comportent généralement quatre parties principales :

(a) l'histoire de sa vie, son œuvre évangélique ou son aspiration monastique dans un ermitage isolé

(b) le *Kidan*, ou pacte, qu'il reçoit de Dieu en récompense de son dévouement. Ce pacte établit que ce saint reçoit le pardon divin pour les péchés de quiconque priera, sera charitable envers les pauvres et à l'Eglise en son nom

(c) les miracles qui lui sont attribués *in vitaem* et *post mortem*

(d) son *Mälk*, ou les courts hymnes composés en l'honneur de sa sainte vie. » (1972 :2-3)

S. Kaplan (1984) s'est attaché à montrer que la figure du moine remplit des rôles très variés et nécessaires tant de la vie courante, que de l'extra-quotidien. Le moine peut être un abbé, chef d'un courant monastique ou d'un monastère, mais il peut aussi s'investir dans les affaires de la cour royale, ainsi que dans les activités militaires. Auprès des fidèles et dans la religiosité éthiopienne « courante », il est un exorciste, un étranger capable d'arbitrer des conflits, un ange, un guérisseur, enfin, il est capable d'apprivoiser (voire de domestiquer) des lions. Les moines jouissent donc d'un prestige qu'aucun prêtre, de part son attachement au pouvoir temporel et à sa vie nécessairement « mondaine », ne peut se targuer d'avoir. Cette préférence est toujours d'actualité. Les prêtres sont certes respectés, mais les moines de part leur ascèse, leur éloignement du monde, le contrôle d'eux-mêmes qu'ils s'imposent et leur orientation spirituelle, bénéficient d'une aura, d'un charisme qui leur confèrent un ascendant sur les fidèles et les prêtres qui n'a guère perdu de sa puissance. Ces moines sont, selon les catégories wébériennes, des virtuoses du religieux (1996 : 359).

« Au départ même de toute l'histoire des religions nous trouvons un fait d'expérience important : la *qualification*⁵⁰ religieuse inégale des hommes. [...] Les biens de salut

⁵⁰ Les italiques, les parenthèses et les guillemets anglais sont dans le texte. Les crochets sont de nous.

religieux ayant la plus grande valeur [...] n'étaient pas à la portée de chacun ; leur possession était un charisme qui pouvait être éveillé chez certaines personnes, mais non chez toutes. Il en est résulté la tendance de toute religiosité intensive à se structurer par *corps* correspondant aux différences de qualification charismatique. Une religiosité de "virtuose" (ou de "héros") s'est opposée ainsi à une religiosité de "masse"» (*ibid* : 358-359).

Pour M. Weber, la religiosité de « masse » n'est pas un terme péjoratif, et ne comporte aucun jugement, elle s'applique à « ceux qui n'ont pas l'"oreille musicale" pour *la religion* » (1996 : 359). Les communautés monastiques, et les moines sont spécifiquement « les porteurs d'une religiosité de virtuose » (*ibidem*). Le christianisme éthiopien n'échappe donc pas à la règle, les plus qualifiés religieusement sont ces personnages, ce corps. Et les fidèles leurs reconnaissent pleinement ce charisme de virtuose. A ce titre, ils jouent un rôle particulier dans la cure d'eau bénite. Il existe en Ethiopie une grande variété de forme de monachisme (Stoffregen-Pedersen, 1990) et tous ne remplissent pas les mêmes rôles. Certains moines, incarnant une forme « pure » ou extrême de religiosité de virtuose, n'ont que peu de contact avec les fidèles, représentant la religiosité de masse, d'autres au contraire, voient leurs charismes de virtuose ou de héros tourné vers les fidèles, nous y reviendrons longuement dans le chapitre 9.

II.3.c. Une caste de prêtres peu instruits

Cette primauté du moine sur le prêtre tient également à d'autres éléments, au premier rang desquels se trouve la prégnance de l'idéal ascétique dans le christianisme éthiopien, conséquence des conceptions religieuses éthiopiennes quant aux interactions entre les réalités naturelles et surnaturelles, nous y reviendrons. Il semble qu'une autre cause soit à l'origine de la suprématie du moine sur le prêtre. De nombreux auteurs, historiens pour la plupart, ont mis l'accent sur la faible qualification du clergé séculier, (soit les prêtres). En effet, la dépendance de l'Eglise éthiopienne au Patriarcat d'Alexandrie pour la nomination de l'évêque métropolitain eut de nombreuses conséquences. Au-delà du fait que les métropolitains aient rarement été de véritable leader (Kaplan, 1984 : 29), le processus de demande d'un nouvel Abuna au Patriarcat Copte pouvait prendre des mois voire plusieurs décennies laissant l'Ethiopie sans chef spirituel capable d'ordonner prêtres et diacres. S. Kaplan en tire les conclusions suivantes :

« Ce manque perpétuel de prêtre joua probablement un rôle de premier plan dans le développement d'une caste de prêtres dotés d'une éducation strictement minimale. Dans le but d'anticiper ce déficit de prêtres qui pouvaient suivre l'absence d'un Abunä, de jeunes enfants ont été à cette période ordonnés prêtres et diacres (Alvarez, 1961 : 350-5). Incidemment, la sélection et l'élévation au rang de prêtre n'étaient généralement pas basées sur le niveau de connaissance ou encore la piété, mais plutôt sur une tradition familiale de prêtrise. Cette classe sacerdotale héréditaire [...] jouissait d'un statut spécial dans la société incluant ainsi la limitation de leur immunité dans leur relation avec les autorités civiles (Conti Rossini, 1905 : 9). Dans la société médiévale éthiopienne hautement hiérarchisée, le statut des prêtres suivait en prestige celui des seigneurs locaux. En effet, les mariages entre les prêtres et les familles nobles semblent avoir été très fréquent (*ibid* : 5 ; 67) [...] En général, les aspirants [à la prêtrise] apprenaient uniquement à réciter quelques prières, à chanter divers hymnes ainsi qu'à lire certains passages de la Bible. » (Kaplan, 1984 : 30-31)

Dans ces conditions, les moines passant de longues heures en prière, menant une vie d'ascète stricte, formés dans les monastères les plus réputés du pays, jouissaient d'une aura bien supérieure à celle des prêtres, à la limite de la vie séculière et plus proches des nobles que de la communauté des chrétiens.

Ainsi, l'Eglise éthiopienne est-elle une église de moines. Des sommets de la hiérarchie aux plus bas échelons, c'est le clergé régulier, qui joue le rôle principal, tant dans les relations avec le Roi des rois, que dans la confrontation avec lui ou pour le maintien de l'indépendance des communautés monastiques. C'est également les moines qui ont converti et évangélisé les nouveaux territoires, et affirmé par leur présence la suprématie du christianisme. S. Ancel résume les positions de chacune des figures de l'Eglise Ethiopienne ainsi :

« La structure fortement décentralisée de l'Église éthiopienne ne permettait pas aux uns et aux autres de s'imposer comme dirigeants omnipotents. L'équilibre entre un métropolitain, dont la principale fonction était sacramentelle, un souverain, qui était le principal garant de la foi de son pays, et un monachisme éthiopien qui assumait la pastorale, s'établit durant la période médiévale jusqu'au début de XIX^{ème} siècle, non sans tensions et ruptures. » (2006 : 16)

Par ailleurs, les souverains pour s'attacher le soutien d'une communauté monastique leur octroyaient des terres, si bien que les possessions foncières de l'Eglise et des monastères, ont pu être très conséquentes. Cette mainmise de l'Eglise sur la terre a généré chez les paysans une telle frustration que l'expropriation de l'Eglise Ethiopienne et la nationalisation de la terre par le *därg*, en 1975 (Bonacci, 2002 ; Ancel, 2006), suscitèrent la liesse populaire (Markasis, Nega Ayele, 1978 : 160), témoignant de l'ampleur du joug religieux.

Si la terre a pu être reprise à l'Eglise à cette date, des gouvernements précédents s'essayèrent à la redistribution foncière, mais durent reculer devant le conservatisme du clergé (Stoffregen-Pedersen, 1990 ; Ancel, 2006). La modernité (Pankhurst, 2001) en Ethiopie, débute en 1855 avec le règne de Tewodros II, elle coïncide avec la centralisation de l'Etat. Durant cette période, et dans un mouvement parallèle à cette centralisation étatique, l'Eglise jusqu'alors décentralisée, sans centre hiérarchique incarné par un Episcopat, se dote d'une administration répercutant ses décisions.

II.4. L'Eglise et la modernité

Les racines de la profonde transformation de l'Eglise éthiopienne se logent dans l'Ere des Juges ou *Zämänä Mäsafent*. De la deuxième moitié du XVIII^e s. au milieu du XIX^e siècle, l'Ethiopie connaît une période que les historiens considèrent comme critique. Le pouvoir royal salomonien est décomposé, les princes locaux se battant pour assurer le contrôle de chaque portion du territoire. Durant cette ère, l'unité de l'Eglise est fortement ébranlée, mais des chemins tortueux, fait d'alliances et de stratégie de clan au sein de l'Eglise, aboutirent au renforcement et à l'affirmation de la position du Métropolitain et de l'Episcopat, à la fin des troubles marqué par le couronnement de Tewodros II (Ancel, 2006 : 63). Tewodros II tenta de réformer l'Eglise et notamment de se réapproprié une partie de ses terres, mais il se heurta au conservatisme des clercs (Stoffregen-Pedersen, 1990 : 25) et ses velléités de modernisation moururent avec lui. Les monarques suivant, Yohannes IV puis Ménélik II eurent des positions

plus ambivalentes face à ce pouvoir épiscopal. Yohannes IV écarta l'Abuna du pouvoir qu'il fonda sur les réseaux monastiques, il multiplia également la charge épiscopale en demandant au Patriarcat d'Alexandrie de lui envoyer quatre évêques (Ancel, 2006 : 103-110). La politique de Ménélik II, fut celle d'un quasi-retour à la tradition, mais dans le même temps, il fit de l'Abuna son représentant à l'étranger pour la concession éthiopienne de Jérusalem (*ibid* : 120).

II.4.a. Hailé Selassié, vers l'autocéphalie et la nouvelle administration ecclésiale

C'est sous le règne d'Hailé Selassié que l'Episcopat acquit sa stature et son organisation actuelle, du moins dans ses grandes lignes (Ancel, 2006). A partir de 1926, soit durant sa régence sous le titre de *ras* Täfari (1917-1928), Hailé Selassié (r.1930-1974) mit en place une série de réforme visant à centraliser tant le pouvoir politique que le pouvoir religieux afin de se doter d'un interlocuteur ecclésiastique unique. Ce processus ne s'achèvera qu'en 1951. Après 27 ans de négociations, interrompues notamment par l'invasion italienne, entre 1936 et 1941, il obtint l'ordination du premier archevêque Métropolitain d'Ethiopie doté du pouvoir de consacrer des évêques (Ancel, 2006 : 158-159). Parallèlement la désaffection des fidèles envers l'Eglise copte tutélaire, doublée de la nécessité d'asseoir l'indépendance de l'Ethiopie face à une Egypte sous protectorat britannique conduisirent Hailé Selassié à entamer les négociations en vue du dégagement de la tutelle égyptienne et de l'acquisition de l'autocéphalie. Le Patriarcat d'Alexandrie refusa d'abord, mais au début des années 1950, la révolution nassérienne et une crise institutionnelle de l'Eglise copte bouleversèrent les équilibres. En 1959, les négociations aboutirent à l'ordination d'un patriarche éthiopien lui conférant les mêmes prérogatives que son homologue égyptien. Toutefois, il fut établi que le patriarche éthiopien serait consacré par celui d'Alexandrie, maintenant la supériorité spirituelle du Patriarcat d'Alexandrie (Ficquet, Ancel, 2007 :195).

En même temps que naissait et se consolidait un Episcopat proprement éthiopien et centralisé, le saint synode éthiopien poursuivit les réformes administratives de l'Eglise. En 1926, avait été créé un organe administratif central chargé des questions fiscales. En 1942, cet organe établissait un impôt sur les terres de chaque paroisse, et soumettait celles-ci à un « conseil ecclésiastique central » limitant ainsi « considérablement l'autonomie financière des églises et des monastères » et « subordonnant la nomination des prêtres au contrôle de ce conseil » (Ficquet, Ancel, 2007 : 196). Au début des années 1970, le nouvel Abuna Téwoflos, s'attacha à aboutir la centralisation et à mettre en place une nouvelle administration religieuse. La paroisse devient, dès lors, le premier maillon d'une chaîne hiérarchique. Les conseils de paroisse sont constitués « à part égale des prêtres et des laïcs élus par le clergé et les paroissiens ». Chargés de l'administration et de la fiscalité des paroisses « ces conseils formaient le premier niveau d'une administration pyramidale liant toutes les églises du pays au patriarcat » (Ficquet, Ancel, 2007 : 196). Un ensemble de paroisses étaient placées sous l'autorité d'un diocèse, les transactions foncières (des biens appartenant aux paroisses) et les budgets préparés par les conseils de paroisses devaient être soumis au diocèse (Ancel, 2006 : 209) lequel était sous la direction des évêques nommés par le pouvoir central, le Patriarcat. Jusqu'alors, les évêques n'avaient ni autorité juridique, ni doctrinale sur les paroisses :

« Le rôle de l'évêque se limitait en la "déconcentration" des pouvoirs qu'avaient assumé avant eux le métropolitain égyptien, à savoir l'ordination des prêtres et des diacres, ainsi que la consécration des églises. [...]

Avec le décret de 1972, l'évêque se trouva au centre de la gestion spirituelle et séculière des paroisses de son diocèse. [...]

La justification de la mise en place de cette administration était le développement de l'éducation et de la foi dans les régions, ainsi que l'établissement d'une gestion harmonieuse des biens séculiers de l'Église. Le dispositif administratif ainsi mis en place avait pour caractéristique d'instituer la représentation à chaque échelon du clergé et des fidèles. Tout en permettant la promotion de toutes ses initiatives, le Patriarcat jouait la carte de la consultation, légitimant ainsi sa mainmise à tous les niveaux administratifs. » (Ancel, 2006 : 210).

La réforme administrative de l'Église constitua donc un changement fondamental pour non seulement la gestion de l'Église, mais également dans les rapports entre les diverses composantes de l'Église. Pour la première fois dans l'histoire de l'Éthiopie, une forme très aboutie de rationalisation de l'Église, et d'implication des laïcs dans la vie religieuse était en marche et initiée par un Episcopat doté désormais de pouvoirs étendus. Pour une Église dont le centre n'avait jusqu'ici que peu de poids et qui était fortement décentralisée avec une influence considérable des monastères, cette évolution marque un changement sans précédent. Cependant, le *därg* prendra des mesures qui transformeront encore l'Église.

II.4.b. La séparation Église-Etat et l'expropriation foncière de l'Église : fin de la modernité religieuse

La révolution éthiopienne et l'arrivée au pouvoir de la junte militaro-communiste impulsèrent encore un nouveau changement. En août 1974, le gouvernement du *därg* proclama la séparation entre l'Église et l'Etat, le christianisme éthiopien perdait son statut d'Église nationale et de religion officielle de l'Éthiopie, la religion étant désormais une affaire privée. L'Église réagit en « une requête polie » (Ancel 2006 : 231) et prudente quant à la place de l'Église au sein de cette révolution qu'elle ni ne critiquait ni ne remettait en cause. Mais le coup le plus sérieux fut porté quelques mois plus tard quand l'Etat reprit possession des terres de l'Église :

« Le *därg* porta son coup le plus sévère au fondement séculier de l'Église. Le 4 mars 1975 fut proclamée la nationalisation de l'ensemble des terres en milieu rural et la formation des associations de paysans. La réforme agraire fut complétée le 26 juillet 1975 par la nationalisation des terres urbaines. L'Église perdait de fait l'ensemble de ses droits sur la terre. » (Ancel, 2006 : 232)

L'Église était dès lors amputée d'une grande partie de ses revenus issus de l'usufruit de ses propriétés foncières mais elle persévéra dans son attitude conciliante et tenta de conjuguer son enseignement religieux avec le socialisme (*ibid* : 233) ; ce qui n'empêcha pas le gouvernement de dénoncer l'Abuna comme un traître à l'Église l'accusant de « s'être enrichi alors que des milliers d'Éthiopiens mourraient de faim » (*ibid* : 234). Il fut déposé quelques mois plus tard et un nouveau Patriarche, en partie désigné par le pouvoir séculier en place, mené par Mengestu Hailé Mariam prit sa place. Un moine ascétique et missionnaire du Sidamo, que nul ne connaissait et dépourvu de formation théologique fut élu, permettant à

l'Eglise de contrecarrer les accusations de corruptions et à l'Etat d'avoir un moine désintéressé des questions politiques à la tête d'une institution qu'elle entendait contrôler. Il prit le nom de Täklä Haymanot, soit celui d'un des principaux saints éthiopiens, et fut surnommé l' « évêque aux pieds nus ». Cette élection et nomination sans ordination par l'Eglise copte achevèrent de rompre cet antique lien sororal.

II.4.c. L'établissement des conseils de paroisses et gestion financière de l'Eglise : une entrée dans l'ère contemporaine

Privée de ses revenus fonciers, l'administration centrale de l'Eglise était financée par le *därg*, qui prouvait ainsi qu'il ne cherchait pas remettre en cause son existence, mais à la contrôler (Bonacci, 2002 ; Ancel, 2006 : 257-258). Pour payer son clergé paroissial, l'Eglise mit les fidèles à contribution dans le cadre des conseils de Paroisses. Une cotisation mensuelle des paroissiens était fixée, les autres sources de financements étaient les dons en l'honneur d'un saint, les aumônes ainsi que « les dons en tout genre, les collectes faites à l'occasion des fêtes religieuses » (Ancel, 2006 : 258). L'argent collecté devait assurer un revenu local que chaque conseil de paroisse devait gérer. Ce budget devait permettre d'assurer les salaires du clergé paroissial, ainsi que le fonctionnement administratif de l'Eglise, une partie des recettes devant être reversées aux organes administratifs supérieurs (diocèse, saint synode et autres) (*ibid*: 258-259). La rationalisation de l'Eglise avait donc été en partie accélérée par une perte de revenus conséquente.

Enfin, le Patriarcat mit en place à partir de 1973 un système d'enseignement du dimanche pour les jeunes. Traditionnellement, l'école religieuse et le catéchisme étaient délivrés par les prêtres et *däbtära* aux enfants jusqu'à l'âge de 7 ans, puis le prêtre confesseur ou de famille professait vis-à-vis des adultes un enseignement religieux individualisé à chaque fidèle. L'école du dimanche apparut au milieu des années 1970 et fut développée dans les années 1980 (Ancel, 2006 : 373). Quoique les enseignements fussent délivrés dans le cadre paroissial, les écoles du dimanche étaient des entités séparées et distinctes des conseils des paroisses (Ancel, 2006 : 375). Le Patriarcat développa un programme d'enseignement qui lui permit d'homogénéiser la foi et le catéchisme, d'abord dans plusieurs diocèses puis de manière plus systématique à partir de la fin des années 1990. Le *mahebärä qedusan*, une association d'étudiants, soit un mouvement laïc né au début des années 1990 juste après la chute du *därg*, est placé sous l'autorité du patriarcat ; elle est chargée de répandre sa pastorale auprès des jeunes et des étudiants (*ibid* : 377-381).

II.4.d. L'Eglise contemporaine

Ces remaniements et réformes d'envergure eurent deux conséquences majeures qui marquent l'entrée de l'EOTC dans l'ère contemporaine. La première était que le Patriarcat se dotait pour la première fois de son histoire d'un appareillage lui permettant de contrôler la religiosité des fidèles. En effet, les fidèles étaient jusqu'alors libres de se rendre à l'église de leur choix selon les affinités spirituelles. La création et la structuration des conseils de paroisse rendent compte de la volonté d'organiser rationnellement l'Eglise et d'en faire un réseau structuré et pyramidal ayant à sa tête le Patriarcat. Cette organisation attacha les fidèles

à une paroisse en particulier. En effet, la rationalisation du budget de chaque paroisse permettait de payer le salaire des clercs, et d'entretenir plus généralement la vie de l'Eglise désormais structurée en paroisses, diocèses et le Patriarcat. En échange de leurs contributions sous forme de dons à l'Eglise et du paiement mensuel régulier de la cotisation religieuse, les fidèles de chaque paroisse ont accès gratuitement aux services liturgiques et sacramentels, comme le baptême et les funérailles. Ceux-ci sont alors payant pour les autres (soit les membres extérieurs à la paroisse) et les non-cotisants. Or, les frais de funérailles sont assez élevés. Le développement des *edder*, des associations s'unissant pour payer justement les frais d'enterrement des défunts témoigne, comme le note S. Ancel (2006 : 336), de la crainte des Ethiopiens de ne pouvoir s'occuper dignement de leurs morts. Une autre conséquence de ces transformations est l'apparition de multiples associations religieuses laïques ou liens communautaires de fondement religieux, en outre le « *mahhbâr et le sänbäté* » (*ibid* : 323-325) qui sont des associations ayant pour but la commémoration d'un saint (*ibidem*). Elles permettent de tisser des liens de solidarités religieuses fortes, et d'asseoir, voire d'institutionnaliser, la participation accrue des fidèles à la vie religieuse des paroisses. Cependant, il importe de rester mesuré à l'égard de l'implication des laïcs aux conseils de paroisse, car dans les paroisses, la hiérarchie locale est souvent reproduite au sein des conseils ecclésiastiques, et le clergé garde la mainmise dans de nombreux cas.

III. Les principaux dogmes et doctrines de l'Eglise : quelques aspects de la religiosité des fidèles

La tension ou plus simplement l'existence au sein de l'Eglise de deux grandes tendances, le monachisme et l'Eglise en tant que paroisse, se donne à voir dans la religiosité des fidèles. Ceux-ci observent de nombreux carêmes, effectuent des pèlerinages et des retraites sur des lieux saints ou des monastères, témoignant ainsi de la dimension ascétique de tendance extra-mondaine de la religiosité laïque. D'un autre côté, ils reçoivent les sacrements (à l'exception notable et très significative du mariage et de l'eucharistie), participent aux liturgies, témoignent de leurs dévotions aux saints, (et souvent à un saint en particulier, patron d'une famille), font des dons aux églises et participent aux grandes fêtes religieuses. Avant de décrire quelques uns des aspects les plus saillants de la religiosité éthiopienne chrétienne, une brève présentation des principaux dogmes de l'EOTC (et de l'Eglise éthiopienne) permettra d'achever la présentation de cette Eglise complexe, riche, originale et parcourue de tensions pour certaines créatrices.

III.1 Dieu, le Christ et le monde

Plusieurs auteurs ont noté que les Ethiopiens avaient un rapport particulier aux sorts et aux événements auxquels ils font face tant individuellement que collectivement. Getnet Tadele rapporte les remarques et propos de plusieurs auteurs quant aux rapports des Ethiopiens à Dieu :

« Ils considèrent que la plupart des événements adviennent par la volonté de Dieu et que rien ne peut se produire sans sa volonté (Cruise, 1995). Pour la majorité des Ethiopiens,

quelque soit le fléau – sida ou famine –, il est envoyé par Dieu pour punir les comportements indésirables. Hareide (1991) remarqua qu'un jour tandis qu'il interrogeait un groupe d'étudiant d'Addis Ababa sur ce qu'il faudrait faire à propos de la famine. Il fut très surpris quand le premier lui répondit : « nous devons prier plus », le suivant dit : « nous devons jeûner plus » et le troisième : « J'ai pensé à me rendre dans un monastère pour me consacrer entièrement à la prière et au carême » (Getnet Tadele, 2006 : 91).

L'auteur restitue les analyses de Mesfen Wolde-Mariam quant aux relations que les Ethiopiens entretiennent au pouvoir, mais cette analyse est valable comme le rapporte Getnet Tadele pour l'épidémie du VIH, et correspond à une attitude générale devant l'existence :

« Quand les péchés sont plus lourds que les vertus, Dieu recourt à l'autorité et au pouvoir pour punir. Quand les vertus sont supérieures aux péchés, les mêmes autorités et pouvoir sont utilisés pour récompenser » (Mesfen Wolde-Mariam 1991 : 181 cité par Getnet Tadele, 2006 : 91)

Est ici pointée l'articulation entre comportements individuels et conséquences collectives qui rend compte de la profondeur du lien entre l'identité éthiopienne et le christianisme éthiopien. En effet, les Ethiopiens conçoivent une sorte de communauté de sort qui lie le pécheur au juste. Ainsi, Getnet Tadele explique

« Quand je suggérais que le sida ou la famine affectait également des personnes qui n'avaient pas péché (les enfants et les autres citoyens innocents), ils réagirent en citant le proverbe éthiopien : “ce qui advient au pécheur n'épargne pas le vertueux”⁵¹ » (2006 : 92)

Ce proverbe permet de comprendre une partie du lien entre l'identité éthiopienne et l'appartenance religieuse. En effet, tout se passe comme si les péchés des uns affectaient l'ensemble de la communauté, et inversement la vertu des uns bénéficie à la totalité. Dans ces conditions, les moines, les ermites, les virtuoses du religieux qui mènent leur ascèse et leurs combats spirituels pourraient représenter une sorte d'assurance collective de la bénédiction divine. Dès lors, les réponses des jeunes gens à la famine ressortent de ce principe. Pour lutter collectivement contre la famine, il faut se joindre à l'ascèse des moines soit en jeûnant comme eux, soit en effectuant une retraite dans un monastère. Ainsi, selon cette idée, l'ensemble de ces vertus additionnées pourra faire pencher la balance en sens inverse, du côté vertueux, ramenant la bénédiction ou providence divine. Plus généralement, ces conceptions témoignent du rapport global des Ethiopiens à l'existence. Elle est fondée sur la conception du divin suivante :

« Dieu est le créateur de tout ce qui existe. Après les avoir créés il continue de les [tout ce qu'il a créé] soutenir. [...] “Tous ont été créés par sa Grâce, et vivent par Sa bienveillance”. Parfait lui-même, il n'a de cesse d'insuffler cette perfection à Ses créatures. Les hommes en tant qu'individus ainsi que le processus historique complet sont ultimement sous son contrôle. Dieu n'est pas une perfection passive ou un idéal abstrait, mais une réalité dynamique toujours active qui amène tout ce qui existe vers la destinée finale qu'il réserve pour chacun ainsi que pour le monde entier » (Samuel, 1997 :45)

⁵¹ La traduction des extraits de l'ouvrage de Getnet Tadele est notre fait.

Comme il a été explicité plus avant, le monachisme et plus précisément l'ascèse extramondaine occupent une place très importante dans le christianisme éthiopienne, et le moine est une figure idéale très respectée. Cette tendance à considérer la fuite hors du monde comme un, voire le mode d'obtention du salut par excellence est en lien avec un des fondements de la doctrine christologique éthiopienne. Rappelons que l'Eglise éthiopienne est une des cinq Eglises monophysites ou orientales n'ayant pas adhéré au dogme christologique au IV^e siècle, lors du concile de Chalcédoine. Le concile statuait sur la nature du Christ, dieu et homme, et sur la manière dont les essences en lui s'unissaient. Les chrétiens éthiopiens considèrent Jésus comme d'une seule nature, divine incarnée en un homme le Christ : « Le Christ n'est pas deux natures, mais une, celle du Verbe de Dieu incarnée » (Samuel, 1997 :48). Pour exprimer la forme de cette union, des Ethiopiens nous ont expliqué : « comme le lait et l'eau, une fois mélangés, on ne peut ni les distinguer, ni les séparer »⁵². Ainsi, la prégnance du monachisme est-elle fondée sur cette conception de l'incarnation du Verbe. Inversement, l'ascèse extramondaine, réaffirme cette conception du Christ. Dès lors, la divinisation de l'homme, âme et corps, passe par le renoncement à ce monde, par soumission du corps à l'âme. Âme et corps étant indivisibles, tout ce qui touche le corps atteint l'âme et inversement :

« Car la “chair est faible, elle nous conduit vers l'iniquité” [...] pensez que la chair conduit à la mort, par contre l'Esprit est la vie éternelle. Lorsqu'on dit “tuer” par l'Esprit la volonté de la chair, cela signifie soumettre la volonté de la chair à la volonté de l'Esprit. » (Asrès, 2007 : 1-5).

L'ascèse prend donc la forme d'une lutte contre le corps traduisant le désir de sortir du monde pour échapper à sa corruption, car le corps appartient au monde réel. Ce monde, bien que de création divine, est habité par le diable, et quitter le monde terrestre permet de “prendre soin de son âme” et de protéger le corps de la tentation du diable et du péché :

« Le monde lui-même est affirmé appartenir à Dieu. Mais c'est un fait admis que les mondes naturel et moral sont habités par le diable » (Samuel, 1997: 52)

La sortie du monde est donc justifiée par l'existence du diable ici-bas. Dieu est le créateur de toute chose sur terre et dans les cieux. L'homme est destiné à être sauvé, mais il doit le vouloir lui-même (Samuel, 1997 : 53-54). Ainsi, quitter le monde terrestre permet de « prendre soin de son âme » (Asrès, 2007 : 4) et de protéger le corps des tentations du diable. Ces dogmes rendent compte d'une tension permanente au sein de l'Eglise, entre la nécessité d'organiser la vie ici et maintenant, créée par le divin mais corrompue et habitée par le Diable, et le salut de l'âme des fidèles en vue de leur bénédiction éternelle, qui lui impose un contrôle rigoureux du corps et qui paradoxalement ne peut être parfaitement atteint que par une sortie du monde. Ainsi, la séparation entre le sacré et le profane, entre ces deux espaces sera particulièrement rigoureuse. La peur de la contagion est manifeste, et a pour conséquence la séparation nette entre les deux espaces sacrés, d'un côté purement divin et de l'autre profane, créé également par le divin mais corrompu par le diable. Nombre de règles de l'EOTC ayant pour fonction d'organiser la vie de ses fidèles dans ce monde rendent compte de cette tension.

⁵² Entretien avec Tsadele Mariam, fidèle de l'Eglise Ethiopienne Orthodoxe, juin 2005.

III.2 Des temps de carême nombreux

Le carême dans le christianisme éthiopien est sans doute l'aspect de la religiosité laïque la plus sociale et incidemment une des plus contrôlée également. J. Mercier notait que jusqu'à une période récente, le non respect du jeûne était plus mal considéré encore qu'un vol (1992). Si cette position a évolué surtout en milieu urbain, le nombre de jeûnes annoncés par l'Eglise est conséquent (on en compte sept) et couvre entre la moitié et les deux tiers de l'année.

(1) Le plus long carême précède Pâques et dure 55 jours ou huit semaines. Il est appelé *abye tsome*, "le grand carême". Puis, (2) le carême des prophètes prend place avant Noël, 44 jours sont jeûnés, soit six semaines. (3) Le carême des Apôtres suit, la date de début est mobile puisqu'elle est fixée à la Pentecôte (entre les mois de mai et juin) et se termine le 4 juillet, il peut durer de 3 à 6 semaines. (4) Le carême de l'Assomption, appelé également « carême de Marie » débute le 1 août et prend fin le 16 du même mois, il s'étend donc sur deux semaines. (5) Le carême de Ninive est observé en mémoire de la ville qui obtint le pardon divin pour ses fautes grâce à son jeûne, sa demande de pardon et son ascèse collective ; il dure trois jours. Le (6) carême de *Gehade* dure un jour autour de l'Epiphanie et lui est corrélé. Enfin, les mercredis et les vendredis des périodes non jeûnées sont des jours de carêmes. Au total, entre 200 et 220 jours sont jeûnés sur les 365 que comportent l'année. Tous ces carêmes ne sont pas suivis par l'ensemble de la population, seuls les plus pieux les observent dans leur intégralité. La grande majorité des chrétiens éthiopiens en respectent quatre sur les sept, ceux précédant Pâques et Noël, le carême de Marie et ceux des mercredis et vendredis.

Le jeûne dans le christianisme éthiopien consiste, *a minima*, en une abstinence de tout produit d'origine animale (lait, beurre, œuf, viande, poisson), et d'un jeûne complet jusqu'aux alentours de 15 heures de l'après-midi. En milieu urbain, les personnes exerçant une activité professionnelle se contentent de l'abstinence de produits d'origine animale et se sustennent au déjeuner. Outre ces interdits alimentaires, les relations sexuelles sont théoriquement prohibées durant ces périodes, mais il est difficile de statuer avec précision sur le respect de cet interdit par les fidèles. Plus généralement, d'après les dogmes de l'Eglise :

« "Jeûne" signifie ajourner, attendre, s'abstenir pour un temps donné d'absorber des produits d'origine animale.

En pensant à DIEU, une grâce nous est accordée et nous procure un bien être.

Cependant, le jeûne ne se limite pas à cela, il concerne aussi ce que nous voyons, ce que nous entendons, ce que nous disons mais également nos actes, et finalement le corps dans son ensemble épouse cette démarche et évite les péchés. » (Asrès, 2007 : 1)

III.3. Des sacrements rares et « précieux »

L'Eglise éthiopienne compte sept sacrements : le baptême, l'eucharistie, la confirmation, l'onction des malades, le mariage, l'ordre monastique et enfin la pénitence. Ne sont présentés et succinctement décrits que les sacrements les plus courants ou du moins les principaux, c'est-à-dire, le baptême, la confirmation, l'eucharistie, la pénitence et confession et enfin le mariage.

Comme dans la plupart des christianismes, les fidèles sont baptisés dès leur plus jeune âge. Dans le christianisme éthiopien, il a lieu quarante jours après la naissance pour un nouveau-né mâle et quatre-vingt pour un nouveau-né de sexe féminin, en accord avec les préceptes du

Lévitique (12 :2-8). Avant cela, les nouveaux-nés et la mère sont considérés comme impurs (Stoffregen-Pedersen, 1990 : 30 ; Ancel, 2006 : 284). Dans le christianisme éthiopien, à l'instar des églises orientales, la chrismation (l'onction d'huile sainte) et la confirmation suivent immédiatement le baptême par l'eau (Hyatt, 1928 ; Doresse, 1972 ; Parkyns, 1966 ; Stoffregen-Pedersen, 1990). Ainsi, tout en récitant encore des prières, le prêtre oint le catéchumène. Il pose des signes de croix avec le saint chrême (soit l'huile consacrée par un prêtre) sur la tête, la poitrine, le ventre ainsi que sur les genoux ou les cuisses. Pendant cette onction, le prêtre qui baptise octroie un nom religieux à l'enfant. Ce nom est donc attribué par « inspiration divine ». Traditionnellement, ce nom « sacré » ne pouvait être divulgué qu'à un prêtre, un diacre ou plus généralement un religieux, ceux-ci en retour ne s'adressent nominativement aux fidèles que par ce nom. L'instauration des conseils de paroisses et le nouveau mode de financement de l'Eglise a levé une partie du secret l'entourant, puisqu'il est désormais inscrit sur les registres paroissiaux. Toutefois, son usage demeure exclusivement religieux et le clergé n'emploie que ce nom pour s'adresser à un fidèle.

De nombreux auteurs (Stoffregen-Perdesen, 1990 ; Doresse, 1972 ; Parkyns, 1966 ; Ancel, 2005 ; Kaplan, 2003 ; Levine, 1965 ; Tamrat, 1970) ont observé que la majorité des fidèles n'a pas accès au sacrement par les espèces consacrées, le corps et le sang du Christ, et qu'elle ne communie que très rarement. La rareté de l'union au Christ par le sacrement eucharistique n'est pas propre à l'Ethiopie. Au Moyen-Âge Occidental et jusqu'à Vatican II, les catholiques ne communiaient qu'épisodiquement, lors de la Pâques principalement (Braeckmans, 1971 ; Lacour, 1965 ; Brouard, 2002). Dans les Eglises orientales, le sacrement de l'eucharistie, objet d'une grande vénération, n'est délivré aux fidèles qu'occasionnellement (Brouard, 2002). Il en va de même en Ethiopie et la communion par les espèces saintes y est très rare.

Selon la doctrine de l'Eglise, le sacrement de l'eucharistie nécessite un certain état de pureté et n'est, en conséquence, recevable qu'après le sacrement de la confession. Cette confession auriculaire est dirigée par le père spirituel du fidèle, appelé père de l'âme, *yänäfs abbat*, ou encore par un prêtre laissé à la discrétion du fidèle si celui-ci n'est pas dans sa paroisse habituelle. Suite à la confession, le prêtre fixe les actes pénitentiels à accomplir pour obtenir l'absolution. La plupart des observateurs et spécialistes du christianisme éthiopien ont noté le faible recours au rituel de la confession (Guidi, 1912 : 221 ; Conti Rossini, 1929 : 82).

Ainsi, plusieurs des sacrements religieux ne sont accessibles qu'à de rares occasions pour les fidèles. Celui du mariage est le plus caractéristique de l'EOTC, quoique ces dernières années on observe une légère tendance chez les jeunes générations à y recourir. Traditionnellement, en Ethiopie, il semble que les sacrements, (eucharistie et mariage) sont protégés d'un tel « sceau de sacralité », que les fidèles n'y recourent que rarement et dans des conditions très particulières. Cette sacralité et la nécessité de la protéger est sensible à travers la structure même des églises.

III.4 L'église et ses espaces : une organisation du sacré

Quelle que soit sa forme, l'architecture, la structure d'une église obéissent à une hiérarchisation stricte des espaces sacrés qui s'apparente à un véritable système géographique

du sacré. Reprenant les dires de B. Hirsch et F.X. Fauvelle-Aymar, à propos des camps royaux, l'église est :

« Un système permettant (en le codifiant) la transition du profane vers le sacré, de l'impur vers le pur. Par là même, il est un lieu où s'actualise et se concentre, dans un paysage essentiellement conçu comme chaotique, l'ordonnement divin et donc où se manifeste la présence de Dieu » (2001 : 99)

Le cœur du bâtiment est le Saint des saints, *quedesta qedusan*, il abrite la pierre d'autel, réplique de l'Arche de l'Alliance, *tabot*, contenant les Tables de la Loi appelées *Orit*⁵³. Ces Tables de la Loi sont un des symboles de la double Alliance propre au christianisme éthiopien. En effet, les auteurs pré-cités ont montré que le roi Zära Y'acob avait établi une « continuité entre l'Ancienne et la Nouvelle Alliance » (2001 : 92). Selon les textes composés par celui-ci, la Vierge Marie est « à la fois l'Arche de l'Alliance et la Mère du Christ » (*ibidem*) :

« L'arche d'or est à la ressemblance de Marie et les Tables de la Loi à la ressemblance de son sein et les Dix Commandements sont à la ressemblance de son Fils, qui est le Verbe du Père. [...] C'est Marie qui a amené ensemble les deux nations – les adhérents à la Loi (*Orit*) et les adhérents à l'Évangile (*Wängel*) – à la fois en son Fils unique engendré » (Getatchew Hailé, 1992 : 98-9/104-5, cité par Hirsch, Fauvelle-Aymar, 2001 : 92)

Les *tabots*, que seul un évêque peut consacrer, constituent l'élément central autour duquel l'église est bâtie. Lorsque l'édifice est en construction, les *tabots* sont conservés dans une hutte de pisé gardée nuit et jour par un prêtre. Le Saint des saints est protégé des regards profanes par une lourde tenture. Seuls les prêtres déchaussés ont le droit de pénétrer cet espace sacré parmi les espaces sacrés et dans lequel se déroule le mystère de l'eucharistie, la transsubstantiation des espèces saintes. À partir de l'autel, la sacralité décroît en cercle concentrique à mesure que l'on s'en éloigne. Contrairement à ce que plusieurs auteurs ont noté (Stroffengen-Perderson, 1990 ; Chaillot, 2002 ; Ancel, 2006), nous avons pu observer que celle-ci ne s'arrête pas à la porte de l'église, mais touche les espaces entourant l'église et son enclos.

L'enclos, contenant un jardin, entourant le bâtiment de l'église à proprement parler, comporte d'autres édifices comme l'économique, le baptistère ainsi que les bâtiments administratifs et/ou de réunion. La sacralité de l'enclos est moindre que celle de l'église même, toutefois, son accès et son usage sont encadrés par des règles strictes. Durant la liturgie eucharistique, l'enclos demeure ouvert tandis qu'il est interdit de pénétrer dans le bâtiment principal, l'église. La séparation homme/femme y est moins strictement observée que dans l'église. C'est également l'espace de la piété individuelle. En effet, si dans l'église les fidèles sont tenus d'observer rigoureusement le rituel, ils sont autorisés dans l'enclos à adopter un comportement propre. Ils peuvent ainsi y lire des textes religieux, y faire des génuflexions, prier et se prosterner quand ils le désirent.

En dehors de ce temps liturgique, l'enceinte demeure ouverte et accessible à tous les fidèles toute la journée, de six heures du matin à dix-neuf heures. C'est un lieu de rencontre, de

⁵³ *Orit* correspond dans le christianisme éthiopien à l'Octateuque, à la Loi ou Torah. (Hirsch, Fauvelle-Aymar, 2001 : 92)

déambulation, de prière et de méditation, de religiosité « laïque ». Ainsi, les enseignements du soir, les fêtes des saints, les funérailles sont célébrés ou donnés dans cet espace, il joue donc un rôle très important dans la religiosité éthiopienne. Nous pensons qu'il serait très intéressant d'observer et d'analyser plus finement cet espace d'une sacralité particulière. La foi populaire veut que les mendiants et les sans abris y trouvent refuge, dans les faits, toutes les églises ne laissent pas les infortunés y dormir. Enfin, il faut ajouter que la porte d'entrée de cet ensemble est l'objet d'une attention particulière. Un fidèle ne peut pénétrer une église sans au minimum courber les genoux et baisser la tête en signe de respect⁵⁴. Pendant la liturgie, et de manière moins stricte dans la journée, doivent demeurer à l'extérieur de l'enclos : les femmes en période de menstrues, celles venant d'accoucher, les personnes ayant été en contact avec du sang de parturiente, d'assassinat ou de menstrues, et les personnes ayant eu des relations sexuelles ou des « pollutions nocturnes » la veille et l'avant veille.

La sacralité ne s'arrête pas au mur d'enceinte de l'église au sens large. En effet, une attention à la manière dont les habitations et les commerces sont situés révèle que l'espace autour de ce mur est également sacré. Aucune habitation ne jouxte ce mur et si des commerces y sont adossés, ils ne vendent exclusivement que des articles religieux. Dans de nombreux cas, un cimetière permet de protéger la sacralité de l'espace religieux, mais également des jardins, ou en dernier recours quand les églises sont situées en milieu urbain une route, ou un chemin séparent le monde totalement profane de ces espaces de sacralité « tampon » (cf. annexe 3.2. pour des plans d'églises et de cette organisation du sacré).

Ainsi, la religiosité des fidèles est-elle également partagée et en perpétuel mouvement entre ces différents pôles : sacré/profane, de ce monde/hors du monde, salut par l'ascèse/nécessité de suivre les sacrements. Selon les circonstances, l'un ou l'autre aspect de la pratique – dévotion et don en argent ou retraite, prière et carême – seront choisis selon le bien de salut visé. Mais dans tous les cas, l'objectif poursuivi, est de se consacrer à son âme pour en retour obtenir un effet concert, matériel, corporel de cet abandon préalable des aspects mondains de l'existence. Finalement, et de manière idéal-typique, cette prégnance de l'ascèse extra-mondaine peut être synthétisée, exprimée par le verset biblique « l'Ethiopie tendra les mains vers Dieu » (Psaume 68 :32). On pourrait considérer cette citation, comme une métaphore de la foi et de la religiosité chrétiennes éthiopiennes.

IV. L'eau bénite ou *tsäbäl*

Comme il a été précisé en introduction, l'eau jaillissant déjà « bénie par le divin », *tsäbäl* ou *täbäl* en amharique, est très populaire en Ethiopie, elle constitue un aspect important de cette religiosité chrétienne éthiopienne. Elle est dotée d'un pouvoir thaumaturgique propre insufflé par Dieu directement. Un *tsäbältägna* nous expliquait :

⁵⁴ Par ailleurs, de nombreux fidèles saluent ainsi l'église en passant devant la porte. En milieu urbain, cette pratique est moins courante qu'en milieu rural. De même, les fidèles les plus pieux saluent de trois signes de tête ou de croix une église quand ils passent à proximité, parfois sans que la porte de l'église soit visible, prouvant ainsi que la sacralité de ces édifices religieux ne s'arrête certes pas à ses murs.

« L'eau est très simple, c'est seulement H₂O, mais Dieu en nous guérissant par cette chose si simple nous montre l'étendue de sa puissance » (Entretien à Ent'ot'o Maryam, novembre 2005)

Un prêtre-moine quant à lui disait :

« Le *tsäbäl* est une eau dans laquelle l'esprit de Dieu se manifeste. » (*Monoxe*⁵⁵, Shenquru Mikaél, juin 2008)

L'eau jaillissant bénite est donc une « eau à faire des miracles » et à guérir de nombreux malades. Toutefois, nous verrons dans la troisième partie que la notion occidentale chrétienne de miracle ne peut être transposée à la conception éthiopienne du divin et de ses interventions dans le monde des hommes. En première approche, il est possible de la comparer à l'eau de Lourdes et aux dévotions qu'elle suscite, mais justement, elle présente de nombreuses différences au premier rang desquelles sa qualification. En effet, en Ethiopie, le terme *tsäbäl* désigne de nombreux types d'« eaux », tandis que l'appellation « eau bénite » dans l'Eglise catholique est très spécifique.

IV.1 Le *tsäbäl* : un terme pour plusieurs « eaux bénites »

Les « eaux » que le terme *tsäbäl* désigne ont toutes la particularité d'être dotées d'une puissance, d'une force capable de guérir, de purifier ou de soigner ou qui au moins contient des vertus spécifiques. Le terme *tsäbäl* est ainsi employé à destination de :

- l'eau bénie par un prêtre au minimum (un diacre ne pouvant bénir l'eau) ou par un Abuna, au sens générique (soit un évêque, un archevêque ou le Pape lui-même),
- l'eau jaillissant (de source, de lac, de rivière ou de cascade) considérée comme déjà bénie par le divin
- l'eau manipulée par des « guérisseurs » ou « médecins traditionnels » éthiopiens et délivrée à des fins thérapeutiques à leurs malades
- l'eau de certaines sources thermales (chaudes mais le plus souvent froide)
- certaines eaux gazeuses consommées de manière profane mais appelées ainsi pour leurs vertus thérapeutiques potentielles.

Toutefois, dans son acception la plus courante et commune, *tsäbäl* désigne l'eau bénite, qu'elle soit bénie par un prêtre ou directement par le divin, c'est-à-dire une eau chargée d'une puissance propre et particulière plutôt d'origine divine ou au moins « surnaturelle » ou encore « supranaturelle ». L'EOTC, comme les fidèles, emploie ce même terme pour désigner les deux entités, et c'est là une des spécificités de ce christianisme. Nous avons nommé cette force, puissance ou sacralité, *energeia*, terme grec signifiant la « force » ou « l'énergie » (Auzépy, 1996 : 33), en référence au terme latin *virtus* employé par les historiens médiévistes pour qualifier la force, la parcelle de divin que les saints ont acquis et qu'ils diffusent aux hommes *post mortem* à travers leurs « objets » ou « restes humains » (os, cheveux, dents, etc.) (Geary, 1978 ; Brown, 1984 ; Bozoky, Helvétius, 1999 ; Georges, 2002 ; Bozoky, 2006). La

⁵⁵ Un *monoxe* est un prêtre ayant fait le vœu de chasteté et observe un grand nombre de jeûn, il est à ce titre considéré par les fidèles comme un prêtre-moine.

différence résidant dans le fait que pour le *tsäbäl* de source, c'est l'eau soit un élément "naturel" non encore manipulé par les hommes et que nous avons appelé un « objet-élément » qui est le réceptacle de la force divine et non un homme qui par sa vertu s'est rendu digne de le devenir.

Aux termes de nos recherches sur ce point et en l'état actuel de nos connaissances, aucun christianisme n'a autant intégré, institutionnalisé religieusement, une eau de source considérée par les fidèles comme provenant de Dieu en l'absence de manipulation par l'Eglise. Au contraire, dans les autres christianismes (y compris les nouveaux mouvements ou les christianismes africains, cf. Piault, 1975 ; Tonda, 2002) les évêques et hautes sphères de la hiérarchie ecclésiastique se méfient des dévotions « populaires » aux eaux contenues dans des puits ou jaillissantes de sources, considérées par les fidèles comme bénites ou contenant une partie de la puissance divine. Le cas le plus emblématique de ces positions est l'eau de Lourdes. Si la plupart des Catholiques l'envisagent comme porteuse de vertus miraculeuses, l'Eglise catholique insiste pour la distinguer de l'eau bénite⁵⁶ car cette eau de la grotte mariale n'a pas été bénie par un prêtre ordonné par l'Eglise. En 2008, à l'occasion du 150^e anniversaire de l'apparition mariale, le Pape Benoît XVI se rendit à Lourdes. A cette occasion, il signifia et appuya cette distinction en qualifiant l'eau de Lourdes « d'eau vive »⁵⁷. Par ailleurs, l'encadrement sacramentel et religieux de cette « eau vive » (prières processionnelles guidées par des prêtres, onction aux malades accompagnant la prise d'eau bénite) témoigne de la volonté de l'Eglise catholique, d'encadrer institutionnellement et religieusement la dévotion des fidèles envers cette eau « miraculeuse ».

De même, l'Eglise russe est très réticente à l'égard des dévotions « populaires » aux puits, sources d'eau que ses fidèles considèrent comme miraculeuse, elle a même fait fermer différents puits (Istjakov, Lambert, 2005). En Ethiopie, le fait qu'un seul terme désigne aussi bien l'eau bénie par un prêtre ou un clerc plus élevé dans la hiérarchie ecclésiastique, que l'eau directement « bénie par le divin » est une manière de « contourner » le problème et permet de résoudre la question de son authenticité de manière très différente. De manière schématique, on pourrait considérer que l'Eglise a « absorbé » la différence en usant des mêmes termes pour qualifier ces eaux et leurs usages.

En effet, ces deux types d'eau bénite font l'objet d'usages différents, mais un seul terme qualifie le fait d'être aspergé ou douché d'eau bénie par un prêtre ou d'une eau bénie par le divin. Il s'agit du verbe *at'ämmäqä* qui signifie "baptiser" (Leslau, 1993 ; Kane, 1990) et son corolaire *mät'ämmäqä* construit à partir du premier verbe par l'ajout du préfixe « *mä* », qui transforme le verbe en son action. On traduit alors *mät'ämmäqä* par "être baptisé" ou "se faire baptiser" ou encore "recevoir le baptême". Enfin, la forme *tät'ämäqä* signifie "être baptisé" (Leslau, 1993). W. Leslau indique également *t'ämäqä* désigne "s'immerger dans de l'eau" (*ibidem*).

⁵⁶ L'Eglise catholique insiste sur le fait que l'eau de Lourdes est distincte de l'eau bénite : « **L'eau de Lourdes n'est pas à confondre avec de l'eau bénite.** C'est une eau banale, légèrement calcaire, comparable à celle de toutes les sources voisines. Elle n'a aucune vertu thermale ou propriété spécifique.» (en gras dans le texte) <http://fr.lourdes-france.org/approfondir/les-signes/le-signes-de-l'eau>.

⁵⁷ « La source indiquée, ici, à Lourdes, par Marie à Bernadette est l'humble signe de cette réalité spirituelle. De son cœur de croyante et de mère, jaillit une eau vive qui purifie et qui guérit.», Discours du Pape Benoît XVI, 15 septembre 2008, Lourdes. <http://www.eglise.catholique.fr/benoit-xvi-en-france/actualites/textes-et-discours/homelie-du-pape-benoit-xvi-lors-de-la-messe-pour-les-malades-a-lesplanade-du-rosaie-a-lourdes.html>

L'eau bénie par les prêtres fait l'objet d'usages religieux spécifiques, dans la plupart des cas, en relation avec cette notion de baptême, et celle afférente de purification. L'EOTC donne d'ailleurs la définition suivante de l'eau bénite :

«*Tsäbäl* est une eau bénie par le prêtre et destinée à octroyer la bénédiction divine à son utilisateur, à le protéger du mal. Elle est le symbole de la purification intérieure. Elle est utilisée pour bénir tout ce que l'Eglise souhaite sanctifier. » (The Ethiopian Orthodox Mission, 1970 :72)

Le premier et principal emploi de l'eau bénie par les clercs est le sacrement du baptême. Les prêtres bénissent l'eau à cette fin. Pour l'Epiphanie qui est la commémoration du baptême du Christ, l'eau est bénie par un membre du haut clergé, (évêque au minimum). A cette occasion, les clercs aspergeront, "baptiseront" les fidèles de plus petites quantités d'eau bénite que pour le sacrement premier. L'eau bénie par un prêtre est également employée pour purifier une maison après un accouchement, et une petite quantité en est bue après la liturgie dans l'enceinte de l'église et parfois accompagné de pain lui aussi béni par un prêtre. Nous avons qualifié ce rituel d'*eulogia*. Il a lieu juste après la liturgie eucharistique et le sacrement épynomye auquel les fidèles ne se recourent que très rarement. Nous pensons, mais cette hypothèse serait à vérifier, que la similarité de l'*eulogia* à l'eucharistie n'est pas fortuite, mais constitue une sorte de laïcisation de la communion. Il serait une sorte de rituel substitutif ne nécessitant pas un degré de pureté aussi élevé que le vrai sacrement. Ainsi, l'eau bénie par les clercs peut-être absorbée et plus fréquemment être aspergée, en ces points, elle est identique au *tsäbäl* béni par Dieu.

Il apparaît donc que cette eau bénie par des clercs de rang normal (prêtre) et supérieur (Abuna) est employée pour constituer et confirmer la « communauté », l'Eglise au sens de communauté des chrétiens. Cette forme de *tsäbäl*, parfois appelée *kedasé tsäbäl*, littéralement "l'eau de la liturgie", lie les chrétiens entre eux, sa destination est communalisante, au sens défini par M. Weber (1995), c'est-à-dire qu'elle soude et fonde la communauté (de type émotionnelle ou fraternelle). L'eau bénie par le divin fait l'objet d'autres usages, d'autres encadrements rituels, mais il nous faut d'abord définir plus précisément cet « objet-élément ».

IV.2 Le *tsäbäl* jaillissant déjà béni mais encadré par l'Eglise

Nous employons l'expression « site d'eau bénite » pour qualifier l'ensemble : l'eau bénite, l'espace géographique où elle jaillit et qui est manipulé, travaillé par les hommes, et enfin, les rites auxquels elle donne lieu. Le fait que l'Eglise même emploie le terme *tsäbäl* pour qualifier l'eau déjà bénie par le divin, est en soit significatif. En effet, les Catholiques ont établi des procédures de canonisation et de vérification de la sainteté des personnages et des lieux considérés comme tels par les laïcs. Le christianisme éthiopien ne connaît pas ce type de procédure (Hirsch, 2003 :162), il rejoint d'ailleurs sur ce point, l'Eglise orthodoxe russe (Pancenko, 2005). Cette dernière toutefois est plus circonspecte que l'Eglise éthiopienne puisqu'elle a fait fermer des puits auxquels les fidèles attribuaient des guérisons miraculeuses (Istjakov, Lambert, 2005). Dans ces conditions, on peut s'interroger sur les conditions, les critères selon lesquels une eau est appelée *tsäbäl* et est considérée comme chargée de l'*energeia* nécessaire à une ritualisation religieuse.

IV.2.a. La « découverte » de la source

L'analyse des récits d'apparition de l'eau bénite de six sites⁵⁸, fait apparaître une structure en trois temps : première apparition du sacré (et/ou de l'eau bénite), disparition (de l'eau ou de la sacralité du lieu), et enfin, (ré)apparition de l'eau bénite. La manière dont la sacralité du lieu et l'*energeia* de l'eau bénite, apparaissent et disparaissent met en jeu les couples sacré/profane et sacré pur/sacré impur. Le premier événement se situe dans la longue ou la moyenne durée, il fait intervenir différents personnages, mais le plus souvent un saint, un ange ou un roi et plus rarement des laïcs. Ceux-ci peuvent être à l'origine de l'apparition de l'eau dotée de pouvoir thaumaturgique propre (*energeia*) et du sacré (ange, saint moine) du lieu. Ces personnages peuvent être plus simplement à l'origine de la découverte de l'*energeia* de l'eau. Un deuxième événement provoque la disparition de la source. Le plus souvent il s'agit d'un meurtre commis sur le site, d'un interdit brisé, une guerre, ou la mort du roi, soit un événement que E. Durkheim qualifie de « producteur de désordre » (2003: 584) et R. Callois « d'impureté menaçant la communauté de sa souillure mystique » (1950 :52). Ces deux auteurs le nomment le « sacré impur ». Le surgissement du sacré impur dans un espace sacré pur provoque la disparition de ce dernier. Le troisième événement est celui de la réactualisation de la sacralité et des pouvoirs thaumaturgiques. Il fait intervenir là encore, (ou pour la première fois si la source a été découverte par des laïcs) un personnage saint et/ou religieux. Il peut s'agir d'un ange, d'un moine, d'un ermite, d'un *atmaqi* littéralement, “celui qui baptise” soit un moine « spécialisé ». Ce personnage va non pas réactualiser la sacralité mais être le messager, l'annonceur de la capacité de l'eau à guérir de plusieurs et généralement de nombreuses maladies. Souvent, ces personnages (moines, *atmaqis*, ermite) ont reçu en songe une visite d'un ange ou de la Vierge qui leur a indiqué l'existence de la source (à l'instar de Lourdes). La découverte d'une source d'eau bénite par un moine ou un ermite lui confère un surplus de charisme et inversement, la découverte de la source par un personnage pieux ou religieux atteste de l'existence du charisme propre de l'eau. Ainsi, l'*energeia* circule entre le découvreur et la source, les deux étant alors liés. De cette manière, les hautes autorités de l'Eglise n'ont pas à vérifier l'authenticité, elles n'y songent d'ailleurs pas, car simplement, le mode même d'apparition de l'eau déjà bénite par le divin exclu tout « mensonge », ou tromperie ou dévotion populaire débordant les cadres de la religiosité officielle.

⁵⁸ On trouvera en annexe (cf. Annexe 4) les récits d'apparition de ces six sites accompagnés d'une succincte analyse. Ces récits nous ont été communiqués tant par les fidèles que par des clercs (prêtres, diacres, moines, *bahetawi*) durant nos enquêtes sur les sites d'eau bénite, ils sont donc actuels. Certains comme le récit d'apparition de l'eau bénite à Zeq^wala est plus ancien, mais son actualité nous amène à le considérer comme contemporain. Par ailleurs, ces récits sont largement connus, au-delà même des sites d'eau bénite. La réputation même d'un site peut en partie être évaluée à l'aune de la diffusion de son récit fondateur. Ainsi, Ent'ot'o Maryam est connu au sein de la diaspora éthiopienne installée en Europe et aux Etats-Unis. Plus récemment, en 2011, la notoriété du site de de Shenquru Mikaél est arrivé jusqu'en France, certains fidèles nous ont rapporté le récit de fondation de cette source, que nous avons déjà collecté en 2008. Enfin, il est notable que la seule différence que nous avons pu établir entre les récits rapportés par les deux catégories de personnes, les clercs et les laïcs est la précision, les clercs étant plus précis que les fidèles. Le fait que ces deux catégories de personnages rapportent des événements similaires pour expliquer l'apparition d'une source miraculeuse atteste de la prégnance et du partage de la foi dans les miracles. Point qui, nous estimons, constitue l'une des spécificités de ce christianisme.

IV.2.b. L'encadrement religieux de l'*energeia*

Si les sources peuvent apparaître n'importe où sur le territoire (mais préférentiellement en terre chrétienne), son organisation obéit à des règles précises quoique largement non explicites. Par ailleurs, si des sites d'eau bénite peuvent surgir loin de toute habitation, ou de présence humaine, il est notable que beaucoup soient attachées à une église qui encadre le rituel de l'eau bénite et structure l'espace autour de la source. L'analyse de l'organisation géographique des douze sites d'eau bénite visités⁵⁹ et des églises qui les encadrent révèle une récurrence presque parfaite. Toutes les sources d'eau bénite ne sont pas dès leur découverte adossées à une église, et leurs recours encadrées par des clercs. Certaines d'entre elles apparaissent loin d'un bâtiment religieux. Mais dans tous les cas, que la source apparaisse après ou avant l'édifice religieux principal, l'église (entendue comme l'espace des sacrements, de la liturgie et de la bénédiction de l'eau par les prêtres), est toujours localisée en amont de la source. L'église surplombe le site d'eau bénite, ou au minimum est au même niveau. Parallèlement, sur les douze sites d'eau bénite visités, dix se situent en contrebas, en aval des habitations humaines et ce quelque soit l'ordre d'apparition de la source. Si bien que l'église et la source d'eau bénite bordent, entourent les hommes dans leur vie « profane » (On trouvera en annexe 3.3 plusieurs schémas quant à l'organisation des sites d'eau bénite et des églises).

De même que les églises, les sites d'eau bénite sont organisés à partir d'un cœur contenant la sacralité maximum : l'espace de douche d'eau bénite. Quant à la source, la plupart du temps, elle n'est pas visible, parfois son emplacement même n'est pas connu des fidèles laïcs. Cette source sacrée est protégée dans certains cas matériellement, (fermeture du site à Kidanä Meherät, 'Uraél, Ent'ot'o Maryam – obstruction de la source à Ent'ot'o Maryam, Giyorgis Lalibela) et dans d'autres, c'est le respect qu'inspire sa sacralité qui la protège. Certains sites sont construits en dur et leur structuration spatiale est analogue à celle d'une église (bâtiment et enceinte). Les sites non structurés ont des frontières moins nettes mais non moins existantes et sensibles : absence d'habitation dans les alentours, lieu reclus et difficile d'accès, contrôle par les habitants ou par des gardes. Comme pour les églises, la sacralité ne s'arrête pas au mur d'enceinte mais « contamine » les espaces les plus proches selon la même configuration (pas d'habitation et commerce uniquement d'articles religieux). Ainsi, les sites d'eau bénite ont une structure similaire aux églises.

Deux aspects les distinguent et entérinent la supériorité de l'église sur le site. Même si un site d'eau bénite abrite des *tabots* (des Tables de la Loi) ce qui théoriquement en ferait une église, aucun sacrement n'y est célébré et délivré, et, le sacrement des sacrements, l'eucharistie accompagné de la liturgie eucharistique ne peut s'y dérouler. La transsubstantiation des espèces aura toujours lieu dans l'église en contre-haut. Par contre sur les sites les plus structurés ('Uraél, Ent'ot'o Maryam, Kidanä Meherät), une équipe de clercs (sous-diacres,

⁵⁹ Ces sites sont : Abba Yohānes, Abuna Hara, Bäshet Maryam, Ent'ot'o Maryam, Gärīma Gädam, Giyorgis Lalibela, Kidanä Meherät, Shenquru Mikaél, Shenq^wära Yohānes, 'Uraél, Wänqeshét Gabréel, Zeq^wala. Les conditions dans lesquelles ils ont été visités sont décrites dans le prochain chapitre, et une description plus fine de ces sites sera donnée dans le chapitre 9.

diacres et prêtres) y célèbrent une « liturgie » appelé *kidan*, terme *ge'ez* que l'on traduit par "pacte". Comme il a été précisé précédemment, ce terme désigne le pacte qu'un saint

« Reçoit de Dieu en récompense de son dévouement. Ce pacte établit que ce saint reçoit le pardon divin pour les péchés de quiconque priera, sera charitable envers les pauvres et à l'Eglise en son nom » (Taddesse Tamrat, 1972 :2-3)

Durant cette célébration, des témoignages de guérison par l'eau bénite du site sont donnés par les fidèles eux-mêmes. Ces récits miraculeux entretiennent la foi des fidèles, rappellent à l'assistance la possibilité d'être pardonné, d'être le bénéficiaire d'un miracle. A cette fin, il est nécessaire, dans la conception éthiopienne, d'avoir une foi certaine, absolue, et foi, non pas uniquement dans la capacité du divin à guérir les hommes, – l'existence même de l'eau jaillissant déjà bénite par le divin en constitue la « preuve » – mais surtout en la survenue d'une guérison pour eux-mêmes, individuellement⁶⁰.

IV. 3 Le(s) rituel(s) du *tsäbäl* jaillissant

L'eau bénite de source est chargée de la puissance thaumaturgique divine, à ce titre, un grand nombre d'Ethiopiens y ont recours, soit pour soigner un mal léger, « pour leur foi » comme ils l'expriment, ou encore pour justement guérir du sida. A l'instar des églises, les sites d'eau bénite sont des espaces sacrés, et la prise d'eau bénite s'apparente à un rite de purification. L'accès à cet « objet-élément » et au site même requièrent de la part du fidèle un état de pureté particulier. Cet état est atteint en respectant un certain nombre d'interdits ayant trait entre autres, à l'activité sexuelle, à l'absorption de substances associées au diable, au « commerce avec les esprits ». De manière générale, tout ce qui dénote d'un manque de contrôle de soi est soumis à interdiction. Les relations sexuelles sont prohibées trois jours avant la prise d'eau bénite (aspersion/absorption) pour un homme et sept jours avant pour une femme, car ces dernières sont considérées comme conservant plus longtemps les traces des relations. Le tabac que l'Eglise considère comme la plante du diable, la marijuana et le *khat*⁶¹ voient sur tous les sites leur consommation prohibée sept jours durant avant la prise d'eau bénite. Celle-ci est composée de deux phases : l'aspersion ou baptême puis l'absorption. Le "baptême" peut être suivi, si le site est encadré par une église, par la participation à la liturgie eucharistique de l'église qui gère le site ou au *kidan* qui, quand il est donné, est célébré sur le site même.

Tous les fidèles n'ont pas en permanence les mêmes besoins en terme de rituel. On peut distinguer trois types idéaux de recours et conséquemment de rapports au rituel : le recours ponctuel, le pèlerinage et la cure à proprement parler qui font des fidèles des *tsäbältägnas*.

Les fidèles ne présentant pas d'affection grave mais un rhume passager, un mal de tête ou une douleur légère, ou simplement « pour leur foi », auront recours ponctuellement au rituel de l'eau bénite. Ces personnes se rendent le matin tôt à jeun, sur un site, la plupart du temps le

⁶⁰ Nous reviendrons sur ce point longuement dans le chapitre 9. Il y sera notamment discuté de l'infrastructure symbolique permettant « l'advenue » des miracles.

⁶¹ Le *khat*, amharique *tshat*, est une plante, dont les feuilles ont des effets euphorisants et stimulants. Cette plante considérée comme une drogue dans de nombreux pays d'Europe (notamment en France). Son absorption est le plus souvent ritualisée. On gardera dans la suite de cette étude l'orthographe occidentale : *khat*.

plus proche de chez eux. Ils se soumettent aux deux composantes du rituel ou à l'une des deux uniquement. En cas d'absorption seule une petite quantité d'eau bénite sera bue. Les personnes peuvent à leur guise choisir de suivre le rituel une seule fois ou pour une durée de deux à sept jours. Leur participation au *kidan* est aléatoire, et varie d'un individu à l'autre, selon les besoins et les envies. Ce recours ponctuel n'est pas possible sur tous les sites, certains sites comme Ent'ot'o Maryam sont très exigeants en terme de participation des fidèles : on ne peut entrer et sortir du site à sa guise.

Le deuxième type de recours est le pèlerinage. La geste pèlerine est un autre des aspects importants de la religiosité chrétienne éthiopienne, c'est une occasion de vivre sa foi et de l'éprouver également. De nombreux lieux de pèlerinages accueillent en leur sein des sites d'eau bénite et inversement, les sites d'eau bénite peuvent donner lieu à des pèlerinages. Cette pratique pèlerine peut donc être conjuguée au recours thaumaturgique, et de fait, de nombreux fidèles se rendent en pèlerinage vers des sites d'eau bénite. Dans ces conditions, le cadre même du pèlerinage appelle une plus grande implication et participation au rituel de l'eau bénite et au respect des règles l'entourant pour une durée plus longue, variant entre quelques jours et quatorze jours. Les personnes se soumettent alors à l'entièreté du rituel et assistent au *kidan* ou à la liturgie. Nous avons pu observer que certains pèlerins étaient toutefois moins assidus.

Enfin, le dernier type de recours, pour une maladie longue, nous intéresse plus spécifiquement. Comme il a été précisé, le terme *tsäbältägna* signifie "celui (ou celle) qui prend de l'eau bénite". Ni les fidèles qui recourent au rituel ponctuellement ni les pèlerins se faisant asperger durant leur pèlerinage ne sont qualifiés de *tsäbältägna* par les prêtres, les habitants ou les autres *tsäbältägnas* vivant sur les sites d'eau bénite. C'est donc une appellation spécifique qui implique un rapport particulier au *tsäbäl*. De fait, est appelée *tsäbältägna*, une personne s'installant sur un site d'eau bénite pour une cure d'une durée variant d'une semaine à plusieurs années, voire pour le reste de son existence. Cet état, ce statut, suscite d'ailleurs le respect, les encouragements sinon l'admiration de l'entourage. Le recours au rituel de l'eau bénite dans la longue durée a des conséquences notables sur la vie quotidienne. Le respect des interdits et des règles de pureté permettant d'accéder à l'eau bénite implique l'adoption d'un mode d'existence très différent de la vie ordinaire. L'abstinence sexuelle, le contrôle des pulsions (addictions et consommation du tabac, de marijuana, de *khat* et d'alcool prohibés) sur le temps long sont une condition inhérente à l'accès à l'eau bénite. Les femmes, quant à elles, doivent respecter leur place traditionnelle (tenue vestimentaire : port du pantalon interdit) et éviter la séduction (maquillage, parures capillaires proscrites). En outre, les *tsäbältägnas* observent *en sus* d'autres règles qui fondent leur « sortie du monde » et s'apparentent à un rituel de pénitence et/ou de rédemption auxquels les sites d'eau bénite sont d'ailleurs dévolus. A ce titre ce sont des espaces hors du monde :

« Shenquru Mikaél est un endroit loin de la ville et du monde, et c'est aussi un lieu protégé par les saints » (*tsäbältägna*, Shenquru Mikaél, juin 2008)

Nous avons montré ailleurs (Hermann, 2010, 2012) que la cure par l'eau bénite s'apparente à une forme laïcisée d'ascèse monastique. Un retour sur la composition du *gädl*, soit la vie d'un saint révèle certaines similarités. En effet, les sites d'eau bénite comme les saints voient leur

« biographie » racontée par les fidèles qui leurs rendent un culte pour les saints, et pour l'eau bénite, les fidèles se soumettent au rituel. Dans les deux cas, les récits de miracles constituent un des points importants fondant et affirmant la foi dans la capacité du saint/de l'eau bénite à les sauver. Cependant, les fidèles n'ont pas personnifié l'eau et ne s'adressent pas à elle pour les guérir, mais établissent un contact étroit avec « elle ». Pour les saints comme pour l'eau bénite, un pacte, *kidan* est établi. En priant le saint et en accomplissant les actes de dévotions requis en son nom, le fidèle obtiendra le pardon divin pour ses péchés. Les fidèles en se soumettant au rituel de l'eau bénite et en observant les règles monastiques, trouveront la rédemption. Enfin, le *gädl* comporte un *mälk*, des hymnes composés en l'honneur du saint. Or en 2007, une cassette de chant religieux avait été enregistrée, un de ces chants est spécifiquement dédié à l'eau bénite de Ent'ot'o Maryam et à ses miracles. Si nous n'avons pas recensé d'autres cas, il n'est pas certain que ce chant soit unique ou que des poèmes n'aient pas été composés en l'honneur d'autres sites d'eau bénite. Sans considérer cette question du *mälk*, il apparaît que l'eau bénite joue un rôle très proche de celui des saints. L'analogie serait, à notre sens, à questionner plus avant. Pour l'heure elle interroge la traduction du terme *tsäbäl*. Il semblerait tout à fait valide d'employer l'expression "eau sainte" pour cette eau déjà bénie par le divin. Nous lui avons préféré l'expression "eau bénite" permettant de traduire également la polysémie du terme *tsäbäl* (qui désignerait alors tout autant l'eau bénite que l'eau sainte) car en amharique, ce seul terme désigne deux réalités différentes.

Conclusion

Le fait que le christianisme éthiopien soit le seul à voir la puissance divine se matérialiser dans un « élément » non travaillé par l'homme est révélateur de son rapport non seulement au divin, mais aussi à la matière dont ces deux espaces interagissent. A titre de comparaison, le catholicisme et l'orthodoxie slave acceptent comme objets porteurs de la puissance divine des objets travaillés ou émanant des hommes. Ainsi, les catholiques ont une préférence pour les reliques, restes des squelettes des saints ou tout objet ayant été en contact avec lui, voire même la chape qui les contient (Geary, 1978 ; Brown, 1984 ; Bozoky, Helvétius, 1999 ; Georges, 2002 ; Bozoky, 2006). Cette tendance à vénérer des objets émanant des saints témoignent d'un rapport particulier au corps (saint ou pas), à la matière, au divin ainsi qu'aux relations entre ces deux espaces. Il est d'ailleurs notable que pour eux, le Christ soit homme et dieu en un seul être, les deux essences étant toutefois parfaitement distinctes et séparées. Les Orthodoxes considèrent les icônes comme capables de porter, de capter et de diffuser la puissance divine (Auzépi, 1996). Quoique les reliques existent chez eux également, elles n'ont pas la faveur des dévots (Istjakov, Lambert, 2005). Pour les Orthodoxes, c'est l'image et son support qui sont les mieux à même de diffuser le divin, rendant compte d'une relation spécifique au corps, à l'image, à la matière, au divin et aux interactions entre nature et surnature.

Il semble donc que chaque forme de christianisme choisit, préfère certains « objets » pour recevoir le divin/la puissance divine et le/la diffuser. A notre connaissance et comme le note V. Stahl (1992 : 304), si l'anthropologie des objets religieux existe, elle n'a que peu été

développée. En revanche, en histoire des religions occidentales, les reliques « sont devenues un nouvel objet historique » (George, 2002 : 563). Nos analyses sur l'eau bénite éthiopienne ouvrent sur un ensemble de questions. On peut, entre autre, s'interroger sur les raisons pour lesquelles le christianisme éthiopien tolère, autorise, accepte qu'un élément non travaillé par l'homme puisse contenir une partie de la puissance divine. Que cela dit-il de sa conception des rapports entre le divin et le monde matériel ? Ou inversement, quelles conceptions du divin et quelles relations à celui-ci, ces objets traduisent-ils ? Ensuite, ne pourrait-on pas étendre ces interrogations à d'autres formes de religion et poursuivre à des fins comparatives les travaux menées en Afrique (Augé, 2008) et en Asie (Tambiah, 1984) ? Ne peut-on pas considérer ces « objets » sacrés, ce que nous dénommons des « formes de matérialisation du divin » comme une porte d'entrée pour envisager les différentes formes de religiosité, les différents rapports à la matière, au divin et aux interactions entre nature et surnature ? Telles sont les questions auxquelles ont abouti nos recherches sur l'eau bénite éthiopienne et la nécessité de sortir des cadres habituels d'analyse du fait chrétien.

Ce décentrement, cette opération de dépouillement des cadres habituels d'analyse du christianisme, a permis en retour d'acquérir un outillage conceptuel pour penser non seulement les religions, mais également la santé, la maladie et la guérison. Concrètement, l'objet « engagement de l'Eglise éthiopienne contre le sida » a donc été d'abord analysé avec les outils conceptuels de l'anthropologie et de la sociologie du christianisme avant d'être à nouveau examiné à l'aune de l'anthropologie de la santé, et plus spécifiquement du sida. Ces combinaisons, dépouillements, croisements incessants se sont révélés féconds puisqu'ils permettent de déplacer le regard, idée chère à C. Lévi-Strauss (1983), et de faire un pas de côté, posture adoptée par M. Foucault (1966). N'en va-t-il pas de même de la recherche en anthropologie, les chercheurs ne doivent-ils pas effectuer ce « pas de côté » pour voir et comprendre la réalité.

Au terme de ce chapitre, le christianisme éthiopien semble être en tension entre un Episcopat, une EOTC en pleine évolution rationalisatrice et une Eglise éthiopienne dont les transformations sont moins apparentes et peut-être moins profondes. Nous verrons dans la suite de l'étude de quelles manières ces deux entités répondent à l'infection au VIH soit au niveau individuel et à l'épidémie soit collectivement. Rappelons pour conclure que nous considérons le christianisme éthiopien comme comprenant l'Eglise éthiopienne, en tant qu'Eglise des fidèles et des clercs de la base ainsi que la religiosité quotidienne et extra-quotidienne, et l'EOTC en tant qu'institution hiérarchique, centralisée et réformatrice nous a permis semble donc pour l'heure pertinente. L'arrivée du sida, les mesures de prévention des nouvelles infections et notamment les messages ayant trait à la sexualité, puis l'introduction des ARV et les injonctions américaines constituent des événements importants susceptibles de modifier le christianisme éthiopien, chacune des entités qui le compose et enfin, l'équilibre actuel entre l'Eglise éthiopienne et l'EOTC.

CHAPITRE IV

Contexte et émotions : le sida, la foi et les Américains en Ethiopie

I. L'élaboration de l'objet d'étude

La construction de l'objet de recherche est un processus dynamique au carrefour, entre autres, de l'intérêt du « constructeur », de l'objet, l'objet étant lui-même en évolution, et de l'état de la production scientifique. Ainsi, l'objet « engagement de l'Eglise Ethiopienne contre le sida » a-t-il été façonné à partir de différents matériaux, creusé par des vents ou tempêtes et durcit ou fondu par de nombreux soleils. L. Vidal rappelle à la suite de M. Foucault (1969 cité par Vidal, 2004 :175) qu'

« Indépendamment de sa mise en relation avec une autre discipline, toute discipline se transforme par elle-même à travers sa production de pratiques discursives (Foucault, 1969). Au cœur de cet exercice nous avons, naturellement, la définition de l'objet de recherche. [...] il importe de rappeler le caractère "instable" de l'objet : il se transforme sous l'effet de contrainte ou d'influences du "milieu" social et de la durée, et il est modelé par le regard anthropologique lui-même. L'enjeu premier de la réflexivité en anthropologie, une fois détaillées les conditions de ces deux processus, est très précisément d'étudier la part prise par l'un et l'autre et [...] les liens qui se nouent entre l'une et l'autre figures de cette transformation de l'objet. [...] » (2004 : 175)

I.1. Religion et sida en Ethiopie : un objet en évolution

Le sujet premier de cette thèse était double et large. Il s'agissait de mieux comprendre le(s) rôle(s) que joue(nt) les religions et les ONG confessionnelles dans la lutte contre le sida en Ethiopie. Comme il a été précisé dans le chapitre précédent, l'EOTC et l'Ethiopian Islamic Affairs Supreme Council avaient, très tôt, été mandatés par le Gouvernement éthiopien pour promouvoir les valeurs traditionnelles religieuses. L'hypothèse posée dans le cadre de ce premier projet d'étude se situait dans la lignée des travaux de M.E. Gruénais (1999) sur l'implication des congrégations religieuses dans la lutte contre le sida, et notamment quant à la prévention. Il était supputé que cette prévention religieuse et morale risquait de prendre le pas sur les modes laïques de lutte contre le sida. Dans un mouvement similaire quoique inversé, les ONG confessionnelles sont de plus en plus présentes sur le « marché » du sida interrogeant la place du religieux dans les programmes d'aide internationaux et bilatéraux. Un projet de recherche sur la base de ces deux axes de recherches avait été composé et déposé à l'ANRS. Cependant, la demande de bourse fut refusée au motif d'une trop grande dispersion des thématiques de l'étude. Avant ce verdict, une présentation du projet dans le cadre d'une

école doctorale, intitulée “*Researching Politics and Culture in Local African Arenas*”, en mai 2005, à l’université d’Uppsala en Suède avait permis de redéfinir objets et objectifs. Les volets concernant les ONG confessionnelles et l’Islam, avaient donc été abandonnés, et par la suite, la recherche devait se concentrer sur l’analyse des réponses au sida que les PVVIH trouvaient sur les sites d’eau bénite ainsi que sur la réponse officielle de l’Eglise Ethiopienne contre le sida. C’est donc sur la base d’un projet de recherche portant uniquement sur les formes d’engagement de du christianisme éthiopien contre l’épidémie VIH que la première enquête de terrain a été menée de septembre 2005 à février 2006 ; pour autant la construction de l’objet de recherche n’était alors pas encore abouti.

L’évolution même du contexte a conduit à l’élargissement puis à la redéfinition de l’objet de l’étude. En effet, comme il a été précisé précédemment, la distribution des ARV a débuté en Ethiopie courant 2005. Cependant durant la première enquête de terrain, aucune des personnes interviewées n’a fait référence ou n’a mentionné les ARV, et seule la cure par l’eau bénite, exclusive de tout autre traitement était envisagée par les PVVIH vivant sur ces sites. Ce n’est que lors de la deuxième enquête de terrain (de novembre 2006 à février 2007) que le traitement antirétroviral et sa prise par les PVVIH se soumettant au rituel de l’eau bénite nous ont été visibles et se sont révélés devoir constituer une des facettes de l’objet de la présente étude.

Pour reprendre et développer ce qui a été présenté en introduction et dans le chapitre 2, la distribution des ARV est principalement portée par l’Etat éthiopien et deux organismes en subventionnent l’achat et la distribution : le Fond mondial et le PEPFAR. C’est à ce dernier que revient l’introduction des ARV sur le site d’eau bénite le plus réputé pour ses guérisons miraculeuses du sida, Ent’ot’o Maryam, et c’est le PEPFAR qui s’occupa de convaincre l’Abuna Pawlos de la compatibilité entre les ARV et l’eau bénite puis de sa promotion aux fidèles en général et plus spécifiquement à ceux vivant à Ent’ot’o Maryam. Outre son implication dans la gestion de la compatibilité entre les traitements spirituels et biomédicaux, le Gouvernement américain via USAID, avait octroyé dès 2004 une subvention à l’EOTC pour promouvoir l’abstinence et la fidélité. Cependant, nous n’avons eu connaissance de ce partenariat qu’à l’occasion de cette deuxième enquête de terrain. Durant la première enquête de septembre 2005 au mois de février 2006, le responsable des programmes de lutte contre le sida de l’EOTC interviewé nous avait plutôt expliqué que l’EOTC cherchait un moyen d’ouvrir une fenêtre pour promouvoir les préservatifs. Du moins, il s’agissait de prendre en compte l’existence d’une sexualité laïque, ne correspondant pas toujours aux règles traditionnelles de l’Eglise. Ainsi, entre la première et la deuxième enquête de terrain des évolutions profondes, aux conséquences importantes étaient advenues, notamment sur ce point. Après l’arrivée des responsables de l’ONG confessionnelle IOCC, mandataire de l’USAID auprès de l’EOTC, il ne fut plus question de préservatif dans les discours de l’EOTC. La promotion de l’abstinence et de la fidélité et la distribution des ARV par les organismes américains, sous le gouvernement de G. W. Bush ainsi que leurs soubassements religieux puritains, sont largement documentés et ont fait l’objet de nombreuses analyses (Oueslati, 2006 ; Hermann 2009 ; Demange, 2010). Cet assemblage d’organismes, de traitements, de procédures et de techniques de prévention faisaient, dans le courant de l’année 2006, une entrée pour le moins retentissante sur la scène que nous avons choisie d’étudier. Au regard du poids de ces financements pour l’EOTC et des fondements religieux des

programmes américains d'aide et de soutien à la lutte contre le sida, il aurait été, à notre sens, tout à fait dommage de ne pas les considérer. L'objet de cette étude s'est dès lors enrichi d'un nouveau pan, large puisque la prévention des nouvelles infections et le soin aux PVVIH sont tous deux sous-tendus par des conceptions religieuses chrétiennes du monde et du soin. C'est donc également la rencontre entre deux rapports au monde conditionnant les formes de réponses au VIH qu'il s'agissait désormais d'étudier.

Face à l'ampleur de l'objet que constitue l'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida au côté ou subventionné par les instances américaines, définir un angle d'approche pour ces différents éléments s'avère nécessaire. Au regard de la présence de PEPFAR non loin du site d'eau bénite de Ent'ot'o Maryam, il nous est apparu comme tout à fait pertinent d'observer les rencontres entre ces deux systèmes de soins - spirituel et biomédical - à partir des sites d'eau bénite. C'est donc sur cette base que la troisième enquête de terrain, de janvier 2008 à août 2008, a été menée. Il s'agissait de comprendre et de mettre à jour les normes sexuelles et comportementales préventives des nouvelles infections au VIH que les Ethiopiens observaient et de voir comment les PVVIH vivant sur les sites d'eau bénite articulaient ces deux formes et systèmes de soins. Dès lors, nous avons considéré la manière dont s'articulent sur ces sites : les conceptions éthiopiennes et américaines de la prévention des nouvelles infections au VIH ; les modes de prise en charge pareillement éthiopien et américain, (et plus généralement biomédicaux), ainsi que les soins thérapeutiques et sociaux.

I.2. Des terrains et des sites d'eau bénite

Au total, près de 18 mois d'enquête ont été menés pour cette thèse, répartis en trois enquêtes de terrains principales et deux autres annexes. Le terme « annexe » est employé ici car ces deux enquêtes ne se sont pas déroulées dans le cadre de cette thèse, mais des données ont été collectées et utilisées pour la présente étude. La première enquête de terrain n'avait pas pour objet le sida sur les sites d'eau bénite, cette thématique a émergé durant l'enquête de terrain menée à l'occasion du DEA comme il a été précisé en introduction. Concernant le deuxième terrain annexe, un séjour en Ethiopie pour des raisons autres que professionnelles a eu lieu au mois de mars 2009 ; à cette occasion une très courte enquête de terrain a été entreprise.

Dans le cadre spécifique de cette étude, trois enquêtes de terrain ont été menées. La première enquête, d'une durée de cinq mois, a couru de septembre 2005 à février 2006, et a bénéficié d'un soutien financier de l'Ambassade de France en Ethiopie. Durant ce séjour la majorité des enquêtes ont été menées à Addis Ababa. Plusieurs sites d'eau bénite de la capitale ont été visités, et durant trois mois nous avons vécu une période d'immersion au sein de la communauté de *tsäbältägnas* de Ent'ot'o Maryam. Dans ce cadre, ont également été visités divers sites d'eau bénite, notamment dans le cadre d'un pèlerinage à Lalibela au Nord du pays, dans l'ancienne province du Lasta, actuel Amhara.

Le deuxième séjour, d'un peu moins de trois mois, s'est tenu de novembre 2006 à février 2007. Il a été financé grâce à l'obtention d'une bourse de doctorat de l'ANRS ainsi que par

l'unité UR 002, dirigée par Marc-Eric Gruénais aujourd'hui intégrée à l'UMR 912 SESSTIM. Durant ce séjour, nous sommes demeurée à la capitale.

Enfin, la dernière enquête de terrain a duré huit mois, de janvier 2008 à août 2008. La bourse ANRS courrait alors, subventionnant une partie de l'enquête, et le financement a été complété par le projet de l'ANR « Cornafrique », « Écrire l'histoire de la Corne de l'Afrique (XIII^e-XXI^e s.) : textes, réseaux & sociétés », dirigée par Bertrand Hirsch, Marie-Laure Derat et Claire Bosc-Tessié (Paris I-CNRS). Ainsi, plus de 16 mois d'enquêtes spécifiques ont été menées en Ethiopie.

Durant le premier terrain, les ARV étaient présents mais peu disponibles ou accessibles aux PVVIH en général et encore moins à celles vivant sur des sites d'eau bénite si bien que l'enquête ne concernait que la cure par l'eau bénite. Aux cours des deux terrains suivants, la question des ARV a constitué un aspect important de l'enquête. La deuxième enquête fut celle de la confrontation entre l'eau bénite et les ARV, et la troisième celle du réajustement et de la combinaison entre les traitements. Ainsi les observations participantes ou simples, et les entretiens menés étaient en partie axés autour de la combinaison et du rapport aux deux types de thérapies, spirituelle et biomédicale.

I.3. Prolégomènes sur la posture quant au christianisme éthiopien et au VIH

A l'instar d'E. Demange (2010 : 38) et selon la proposition de J.-P. Olivier de Sardan, le « je méthodologique » (2000) sera employé dans la suite de ce chapitre. La section finale sera l'occasion d'explicitier plus spécifiquement les raisons de ce choix et, partant de là de proposer une analyse de la posture du chercheur sur le terrain en terme de valence émotionnelle. L'exercice de la réflexivité en anthropologie est devenu un passage obligé :

« Une anthropologie rigoureuse doit toujours se poser la question des motivations extrascientifiques de l'observateur, de la nature et des circonstances de l'interaction en jeu. La suffisance du chercheur convaincu d'être « objectif » et affranchi du déterminisme de la subjectivité est une erreur méthodologique et épistémologique, car il est bien dans le champ même de l'observation » (Ghassarian, 2002 : 23)

Il constitue l'espace au sein duquel l'auteur énonce et opère justement un retour réflexif sur les « conditions de construction d'un savoir anthropologique » (Leservoisier, Vidal, 2007 : 2). Cette dimension réflexive concerne de nombreux aspects de la recherche et des conditions de sa production : la posture adoptée sur le terrain, celle empruntée face aux acteurs (Favret-Saada, 1977 ; Demange, 2010 ; Mulo, 2010), l'influence des modes de financement (Calame, 2007), les conditions de la restitution faite aux « enquêtés » (Vidal, 2011), mais aussi les conséquences de la présence de l'anthropologue sur les acteurs et le terrain étudié, et bien sûr, la construction même de l'objet d'étude et de la recherche en tant que telle (Naepels, 1998 – cité par Leservoisier, Vidal 2007 :6).

L. Vidal rappelle que la réflexivité autant que l'écriture, quoique à des moments différents, participent à la définition de l'objet qui en retour transforme l'observateur (Vidal 2004 : 175). Cette transformation affecte le chercheur ou l'enquêteur tant au niveau professionnel et intellectuel que sur le plan personnel, et cette évolution intime a des répercussions sur l'appréhension de l'objet envisagé. Quoique de nombreux auteurs aient mis et mettent en

garde contre les « dérive(s) narcissique(s) cachée(s) derrière une attitude hyper-réflexive » (Albera 2001 : 5) auxquels cette phase d'explicitation puis d'écriture de soi peuvent conduire, cette opération, même non écrite, demeure nécessaire et peut être envisagée comme une manière d'opérer la distanciation (d'avec le terrain, les acteurs, les faits observés) nécessaire à la production scientifique (Elias, 1993).

Je tenterai donc ici de présenter certaines des motivations extrascientifiques qui m'ont amené sur ce terrain et à considérer cet objet tout en faisant de mon mieux pour éviter une « présentation » de soi. Car, à la suite de L. Vidal, il me semble que la distanciation et l'objectivité se construisent tout autant dans l'écriture voire, et j'y reviendrai, essentiellement durant l'après-terrain.

I.3.a. Des réflexivités différentielles selon le domaine d'étude

La présente étude mêle deux champs anthropologiques : celui de la religion et celui du sida. Le premier ne suscite guère d'implications morales, émotionnelles et affectives fortes, au contraire, le plus souvent les chercheurs adoptent une distance polie, empreinte parfois de critique et de scepticisme face aux pratiques et conceptions religieuses des groupes observés. L'emploi récurrent à l'endroit des conceptions religieuses analysées par les chercheurs des termes « croyance » et « croire » rendent, à mon sens, compte de cette distance intrinsèque face aux « observés ». Les « remarques » de J. Pouillon (1979) et d'A. Piette (1999) suivies des rappels de L. Obadia (2007) et de J.P. Willaime (2011) témoignent d'une remise en cause du « principe d'athéisme méthodologique » (Piette, 2010). Dans ces conditions, A. Piette énonce que « traiter Dieu comme un fait scientifique [est] une position analytique de départ, qui en l'état actuel de la recherche, vaut la peine d'être tentée » (1999 : 56). Si bien que les sciences sociales du religieux et plus précisément l'anthropologie des religions nous semblent, parfois, être en tension entre la recherche d'une posture analytique qui permet de comprendre la « croyance » du dedans, sans pouvoir rendre compte du processus ou de ce qui se joue puisque le terme même de croire implique le doute, voire part de la posture dubitative. Par ailleurs, comme il a été présenté dans le premier chapitre, H. Dilger, M. Burchardt et R. van Dijk cherchent une posture épistémologique, un support langagier qui permette :

« Aux scientifiques agnostiques et aux sciences théologiques de parler ensemble de la vie et de la mort dans le contexte du sida, que de nombreuses sociétés, populations et institutions Africaines expriment en terme de foi ? » (*ibid*: 374).

Si l'observation et l'analyse de la religiosité, du croire ou encore de la foi peuvent parfois renvoyer le chercheur à des questionnements existentiels, la rencontre avec des malades du sida ou des personnes vivant avec le VIH place d'entrée de jeu l'enquêteur face à des interrogations cruciales, ayant trait à la vie et la mort et de fait, essentielles. Cette épidémie l'amène souvent à s'interroger sur son rôle (Musso, 2008 ; Broqua, 2009) et sa capacité à « soulager » ou à « venir en aide » à ceux qu'il voit souffrir et mourir (Mulot, 2010). Aux demandes des malades ou des personnes infectées et affectées s'ajoutent celles des médecins, des biologistes, des politiques même. Bref, le sida n'est pas une affection socialement neutre, et plus que de nombreuses maladies pour lesquelles les sciences médicales offrent ou ont offert une guérison ou du moins une rémission, le VIH a placé la médecine face à une

impuissance relative. Cette situation conditionne grandement le rapport des chercheurs sur le terrain ainsi que la construction de l'objet de recherche en rapport avec le sida, comme le notent D. Fassin et J.-F. Delfraissy :

« Probablement les chercheurs en sciences sociales n'avaient-ils jamais été neutres sur leurs terrains, mais le sida révélait plus qu'aucune autre circonstance la nécessité pour eux de clarifier la nature et les conditions de leur implication. Le sentiment de l'urgence, la pression des patients, la sollicitation des soignants, l'interpellation des biologistes et des épidémiologistes, tout concourait à les placer devant une sorte d'obligation d'engagement dont eux-mêmes ressentaient la nécessité. Pour autant, la volonté de préserver une certaine indépendance scientifique, la reconnaissance des enjeux éthiques posés par cette situation de proximité, la conscience du danger d'une trop grande empathie affective avec les malades ou politique avec les associations rendaient l'exercice difficile. Il l'était intellectuellement, mais aussi et peut-être surtout humainement. » (2010 : x)

Il apparaît donc que la question de l'engagement et de la distance VIH est réactivée et se pose avec (plus ?) d'acuité dans le cas de l'affection et de l'infection au VIH. Par ailleurs, comme le rappelle S. Musso (2008 :53) à la suite de nombreux chercheurs, travailler sur le sida pose la question de l'implication du chercheur que d'aucuns considèrent, à juste titre, comme « incontournable » (Benoist et Desclaux, 1996 ; Dozon, 1997, Fassin, 2006). Certes, mais avec qui, et pour faire quoi, et surtout dans quel but ? Car, ma propre expérience de terrain m'a placée face à la dangerosité d'une implication qui pour « juste » qu'elle soit n'en a pas moins des conséquences très éloignées des raisons premières de l'engagement. Cette question toutefois, dissimule, des pièges anthropologiques, éthiques voire philosophiques pour le moins épineux. Que dire aux personnes qui ne souhaitent pas se soigner par des moyens biomédicaux ? A-t-on le droit de forcer des personnes, des groupes, l'Autre à adopter son propre point de vue sur la maladie, la mort et sur ce que signifie vivre ? Inversement, dans quelle mesure ces postures désireuses de respecter les conceptions des autres ne s'apparentent-elles pas à un relativisme culturel de mauvais aloi faisant le lit du populisme méthodologique (Olivier de Sardans, 1996) ? Quelle est alors la juste posture ? Ces questions ne peuvent trouver de réponses uniques, et à mon sens, l'anthropologie seule ne peut y répondre. Mais de fait, l'anthropologie impliquée ou faisant face à la nécessité de s'impliquer, participe du et au débat.

I.3.b. Une position de métissage religieux

Le croisement des champs opéré ici devrait théoriquement (ou normalement) me voir relativement « neutre » et distanciée face au christianisme éthiopien et plus concernée humainement ou émotionnellement par l'épidémie au VIH. Si tel fut le cas, quelques précisions préalables sont toutefois nécessaires. D'abord, sur le terrain choisi - les sites d'eau bénite - christianisme et sida sont totalement imbriqués : Ent'ot'o Maryam existe à cause du sida et les fidèles se rendent sur les sites d'eau bénite parce qu'ils sont séropositifs. Par ailleurs, mon rapport au christianisme éthiopien n'est pas « classique » au sens où, la posture adoptée et le terrain effectué ont été conditionnés et/ou rendus possibles par mes appartenances et filiations culturelles et religieuses.

Étant franco-éthiopienne, c'est d'une posture ambivalente, de laquelle je pars pour produire la

distance et l'altérité nécessaire à l'analyse anthropologique. En effet, je côtoie cette culture et cette société depuis trop longtemps pour me considérer et être considérée comme totalement « *outsider* » en Ethiopie. Pour J. Copans, « l'anthropologie ne doit pas être une science sociale de l'altérité » (2007 : 35), mes origines me placent directement dans la position de contre-pied face à cette notion d' "altérité". Ainsi, quoique n'ayant pas grandi en Ethiopie, la figure de l'altérité m'est, dans ce contexte, relativement étrangère. Par contre, il est évident que je ne partage pas tous les codes culturels et sociaux éthiopiens, je ne lis qu'avec difficulté l'amharique et ne maîtrise que le langage courant si bien que pour les entretiens approfondis, je sollicite un interprète. Mon niveau d'amharique m'a tout de même permis de passer plusieurs mois au sein de la communauté vivant à Ent'ot'o Maryam, d'interagir avec plusieurs de ses membres et de nouer des liens parfois forts avec plusieurs personnes. Lors de ce séjour prolongé, un interprète venait deux à trois fois par semaine sur le site pour m'aider à mener des entretiens approfondis avec des membres moins proches de ma communauté de vie ainsi qu'avec le *bahetawi* ayant découvert la source, le leader religieux charismatique du lieu. Cette position de métisse (et le métissage ne se réduit certainement pas à la bi-culturalité, mais est fait de multiples positionnements réajustements, recombinaisons, voire recompositions identitaires à géométrie contextuelle variable), a conditionné l'approche et la posture sur le terrain. Par ailleurs, je suis ce qu'on pourrait qualifier de « fidèle » de l'Eglise éthiopienne (les guillemets sont utilisés ici car en dehors du territoire éthiopien, la pratique religieuse ne constitue pas un *habitus*), et donc baptisée. Ce baptême n'a pas eu lieu de manière réglementaire durant la prime enfance soit 80 jours après la naissance comme il aurait pu étant née sur le sol éthiopien, mais plus tardivement à la suite d'un choix personnel. Il me faut préciser que le baptême fut totalement indépendant de cette étude puisqu'il est advenu plusieurs années auparavant.

Cette adhésion au christianisme éthiopien m'a permise de l'observer depuis longtemps et de « l'intérieur », de ne pas mentir sur mon appartenance religieuse lors des rencontres avec les clercs et les fidèles les plus pieux, sensibles à ce type d'argument. C'est au titre de fidèle de l'Eglise éthiopienne que j'ai pu accéder à des comptes de paroisse, et poser des questions à des moniales à Zeq^wala qui ne désiraient d'abord pas me répondre. C'est, à mon sens parce que je suis chrétienne éthiopienne que plusieurs prêtres après une entrevue demandaient à s'entretenir à nouveau avec moi. S'il est évidemment possible de rencontrer et de parler avec ces personnages sans être soi-même orthodoxe, il me semble que cette adhésion a grandement favorisé les communications et les échanges.

De plus, et mon appartenance religieuse n'est pas fortuite, ma famille éthiopienne est chrétienne, et ce sont ses traces que j'ai suivies sur les sites d'eau bénite, parfois sans même le savoir. Ainsi l'intérêt pour le christianisme éthiopien n'est absolument pas le fruit du hasard, mais est guidé par une volonté de comprendre « intellectuellement » et « subjectivement », ce christianisme dans sa richesse et sa complexité ainsi que dans son affiliation aux autres christianismes. Du côté français, ma famille a également une forte inscription religieuse, protestant depuis plusieurs générations, plusieurs de ses membres étaient théologiens, pasteurs et/ou pasteurs missionnaires en Afrique. Enfin, j'ai grandi et été en partie élevée en Arabie Saoudite, où l'Islam est prégnant dans de nombreux aspects de l'existence. Cet assemblage de connaissance ou de proximité avec différentes formes de religiosités m'a permis d'abord une certaine distance avec les religions (que choisir entre deux religiosités si

différentes ?) et puis surtout j'ai pu sentir de l'intérieur leurs différences et leurs ressemblances.

C'est donc d'abord et au-delà de l'évidence, il est à mon sens important de le préciser, avec respect et même une certaine admiration que j'ai pénétré le monde du religieux en général puis de l'eau bénite, des pèlerinages et de la grande dévotion, même si cette grande religiosité et dévotion m'était aussi relativement étrangère, de part ma culture laïque, rationnelle et scientifique occidentale de chercheur en sciences sociales. En outre, je dois à ma grand-mère une grande partie de la définition de l'objet de cette étude. En effet, comme il a été indiqué en introduction, c'est elle qui m'a envoyée à Ent'ot'o Maryam, c'est elle qui a insisté pour que j'aie vu ce site d'eau bénite. C'est aussi auprès de ma famille que j'ai pu observer les variations de pratiques, de profondeurs de la foi, de son vécu, etc. C'est avec eux qu'il m'a été possible de discuter de certains points peu clairs, c'est aussi auprès d'eux et auprès d'amis que des hypothèses incertaines ont été précisées ou retravaillées. C'est par leur intermédiaire que certains personnages ont été rencontrés. Bref, c'est avec leur aide que j'ai tenté de comprendre le christianisme éthiopien, mais plus généralement, la culture éthiopienne.

Par contre, je n'ai mené aucun entretien compréhensif, approfondi, ou directif, avec aucun des membres de ma famille. Ils ont été des informateurs, des guides, des aides très précieux à la « traduction » en termes occidentaux de la religiosité éthiopienne, mais n'ont pas été régulièrement interrogés dans le cadre de cette étude, sur quelque aspect que ce soit. Il s'agissait de poser une limite « éthique » et de séparer également le travail, de la vie personnelle et familiale. Cette immersion ou semi-proximité m'a donc été précieuse et peut être envisagée comme le gage d'une certaine « compétence culturelle ».

Mais cette médaille a un revers, elle implique un attachement affectif et émotionnel dont il s'agit de se distancier lors de la production de l'analyse. La question de la production de la distance en anthropologie doit composer, je pense, avec deux exigences : d'abord avec l'exigence scientifique et analytique qui nécessite de chercher à comprendre et à expliquer (Weber, 1995) ; d'autre part, avec la sensibilité personnelle voire intime de l'enquêteur. La(es) position(s) personnelle(s) se compose(nt) donc entre différents éléments : la place que l'enquêteur cherche à occuper sur le terrain, ou qu'il parvient à occuper, dans les outils employés, dans la manière de vivre le terrain, voire de le sentir pour ensuite en produire une analyse anthropologique. Mais pour de nombreux enquêteurs se pose la question de la production de l'objet scientifique puis de son analyse (Vidal, 2004 : 175). De quelle manière cette distance est produite, générée ; à quel moment ; pendant le terrain même, au retour dans la vie « courante », durant la phase d'analyse des données ou encore à l'occasion de l'écriture ? Et surtout de quoi au juste doit-on se distancier ? Des émotions, des affects, d'une trop grande connivence avec son terrain ? Ne doit-on pas également apprendre à considérer le monde avec les yeux des personnes qui nous entourent, et donc éventuellement se laisser pétrir par ces émotions qui peuvent pour certains d'entre nous, nous transformer ? Ne peut-on pas essayer d'adopter le point de vue de l'Autre, au moins temporairement voire dans certains cas définitivement ? Cette posture en retour ne conduit-elle pas à retourner la question et à s'interroger sur ce dont on doit se dégager ? L'enquête anthropologique n'amène-t-elle pas à se départir de l'ethnocentrisme ? Des philosophes comme H. Arendt (1963, 1981), et C. Castoriadis (1986) ont « utilisé » certaines de ces émotions comme des moteurs pour comprendre, pour analyser justement. Dans ces conditions, il me semble que la question

demeure en suspens et finalement que chacun doit selon ses propres dispositions personnelles trouver sa manière propre d'atteindre la posture permettant de construire un objet scientifique, de le comprendre et de l'expliquer.

La dernière section de ce chapitre sera l'occasion d'indiquer la manière dont partant des émotions et en les traitant spécifiquement, j'ai tenté d'adopter cette posture et de construire l'objet de cette étude. J'aborderai alors la question de la distance, de l'empathie « neutre » qui est, à mon sens dans de nombreux cas, illusoire voire contre-productive, car souvent, les chercheurs sur le terrain sont traversés d'émotions, d'affects qui participent pleinement à la construction de la recherche, qui doivent à un moment donné être objectivés (Bourdieu, 1978 ; Kleimann, Coop, 1993 ; Ghasarian, 1997, 2002), ou plutôt, et c'est là mon hypothèse, peuvent être transformés en connaissance comme M. Griaule l'avait soulevé en son temps (1957). Si la dimension réflexive de la recherche anthropologique développée depuis quelques années met l'accent sur l'explicitation des conditions de production des données, de leur collecte, la question de l'émotion du chercheur n'a que peu été abordée (Bernard, 2007, Fernandez et al. 2008). Mais pour l'heure, et avant d'en venir à des considérations épistémologiques, il est nécessaire de présenter les conditions de l'enquête et la manière dont les données ont été collectées sur le terrain.

II. Les techniques d'enquêtes

Cette étude étant une recherche anthropologique, elle implique le recours à des méthodes de collecte de données propres à la discipline soit entre autres différentes formes d'observations, allant de l'immersion à l'observation simple avec ou sans autorisation institutionnelle, des entretiens dans leurs diverses variantes (informels, compréhensifs, non-directifs, semi-directifs, directifs à visée informative) et enfin concernant les politiques mises en œuvre, la collecte de la littérature grise produite par les différentes instances soit les instances internationales, les organismes d'aide bilatérales américains, les organes gouvernementaux éthiopiens et enfin, l'EOTC. Par ailleurs, des entretiens ont été menés avec des représentants de ces différents organismes.

II.1. Des sites d'eau bénite à la vie courante : immersion et/ou observation participante ?

Dans la mesure où ma famille et moi-même sommes de confession chrétienne éthiopienne, il est difficile de faire la part entre l'immersion, l'observation plus ou moins participante, les entretiens informels et la simple vie courante, qui n'est pas à proprement parler du terrain. Si je n'ai jamais interviewé les membres de ma famille sur leur conception de l'eau bénite et les pratiques qui l'entouraient, c'est avec eux et plus généralement avec l'entourage plus ou moins proche, qu'il m'a été donné de comprendre la prégnance du rituel de guérison par l'eau bénite dans la culture éthiopienne et les variations de conception des différents types d'eau bénite. Comment dès lors qualifier cette posture ?

J.-P. Olivier de Sardan définit l'observation participante essentiellement comme un séjour prolongé au sein du groupe qu'il observe :

« Par un séjour prolongé chez ceux auprès de qui il enquête (et par l'apprentissage de la langue locale si celle-ci lui est inconnue), l'anthropologue se frotte en chair et en os à la réalité qu'il entend étudier. Il peut ainsi l'observer, sinon « de l'intérieur » au sens strict, du moins au plus près de ceux qui la vivent, et en interaction permanente avec eux. On peut décomposer analytiquement (et donc artificiellement) cette situation de base en deux types de situations distinctes : celles qui relèvent de l'observation (le chercheur est témoin) et celles qui relèvent de l'interaction (le chercheur est coacteur). Les situations ordinaires combinent selon des dosages divers l'une et l'autre composantes. Dans tous les cas, les informations et connaissances acquises peuvent soit être consignées plus ou moins systématiquement par le chercheur, soit rester informelles ou latentes. Si les observations et interactions sont consignées, elles se transforment en *données* et *corpus*. Sinon, elles n'en jouent pas moins un rôle, qui est de l'ordre de l'*imprégnation*. » (1995 : 75)

Une partie des observations participantes ont été consignées dans des carnets de terrain, et d'autres non, car justement la frontière entre observations participantes, imprégnations et vie personnelle est ténue.

Ainsi, en me rendant au baptême du nouveau né d'un membre de ma famille, dans quelle situation dois-je/puis-je me considérer ? En tant que chrétienne et membre de cette famille, je dois apprendre les gestes attendus d'un fidèle assistant à un baptême. Ayant été moi-même baptisée, je connais déjà le rôle que doit endosser un catéchumène. Ce nouvel événement me permet de parfaire ma compréhension et ma connaissance de ce sacrement, de mieux comprendre à titre individuel, ce que signifie être un fidèle de cette Eglise, et d'endosser mon statut, mon rôle de membre d'une famille chrétienne éthiopienne. Pour l'enquêtrice que je suis également, cette situation est particulièrement intéressante, dès lors comment transcrire en terme « technique » cette situation : s'agit-il d'imprégnation, d'une observation participative ou participante ou de vie personnelle ?

G. Lapassade (2008) rapporte la typologie des rôles du chercheur dans l'observation participante proposée par P.A Adler et P. Adler (1987). Ces derniers établissent trois rôles entre lesquels les positions sont susceptibles de varier. L'« observation participante périphérique » désigne la posture adoptée par des chercheurs qui considèrent l'implication comme « bloquant chez eux toute possibilité d'analyse » (Lapassade, 2008 : 5), l'« observation participante active » qualifie le fait qu'un chercheur va « s'efforcer de jouer un rôle et d'acquérir un statut à l'intérieur du groupe ou de l'institution qu'il étudie » (*ibid* : 6), enfin, l'« observation participante complète » comporte deux sous-catégories, la « “participation complète par opportunité” où le chercheur met à profit l'“opportunité” qui lui est donnée par son statut déjà acquis dans la situation et la “participation complète par conversion” » le cas type étant celui de C. Castaneda qui endosse le rôle d'élève du maître/gourou Don Juan et de B. Jules-Rosette, qui se convertit à la religion du groupe qu'elle observe (*ibid* : 7-8). L'observation complète par opportunité est souvent « adoptée » par les personnes travaillant déjà dans le milieu, les enseignants, médecins, infirmières, etc. G. Lapassade distingue les observateurs participants externes (OPE) et les observateurs participants internes (OPI) (2008 : 34), ces derniers appartiennent à l'institution avant de l'étudier tandis que les premiers y sont d'abord extérieurs et deviennent observateurs.

En allant sur les sites d'eau bénite, je me situe à mi-chemin entre les deux postures décrites, je suis extérieure aux communautés vivant sur les sites d'eau bénite, mais fidèle de l'Eglise au

sens le plus large du terme. Mais c'est à partir de cette appartenance confessionnelle que j'ai vécue sur les sites d'eau bénite, que j'ai mené la vie de *tsäbältägna*.

II.2. Enquêtes sur les sites d'eau bénite

Durant les 18 mois de terrains effectués, douze sites d'eau bénite ont été visités. Quatre sont situés dans et aux alentours d'Addis Ababa : Ent'ot'o Maryam, Kidanä Meherät, Shenquru Mikaél, 'Uraél. Les autres se trouvent en province, en milieu rural ou péri-rubain : Abba Yohänes, Bähshét Maryam, Giyorgis Lalibela, Zeq^wala, Wänqeshét Gabréel, Shenq^wara Yohänes, Gäräma Gädam, Abuna Hara (cf. Annexe 5.1).

II.2.a. Des observations participantes et parfois non participantes.

Les observations participantes

Le site de Ent'ot'o Maryam fut le lieu d'enquête principal, celui à partir duquel le lien entre religion et sida a été pensé, et sur lequel l'articulation s'est donnée le plus à voir. La source de Ent'ot'o Maryam est, à ma connaissance la première sinon la seule source d'eau bénite à avoir pour but premier et essentiel la guérison du sida. Le *bahetawi* y a été envoyé par la Vierge pour « guérir les Ethiopiens de la maladie de ce siècle » expression qui pour de nombreux prêtres et religieux désigne le VIH. C'est donc dès le premier terrain « annexe » que le site de Ent'ot'o Maryam a été visité, et j'y suis retournée à chaque terrain, pour y observer les évolutions et y rencontrer les personnes préalablement interviewées. Lors de la première enquête de terrain spécifique de la thèse, j'ai choisi d'y mener une observation participante quelque peu conséquente, de décembre 2005 à février 2006 soit un peu moins de trois mois. Cette observation peut s'apparenter à une immersion, au sens propre comme au sens figuré puisqu'il s'agissait de se soumettre au rituel de l'eau bénite à visée curative pendant cette période, ce qui implique de se faire doucher tous les matins à l'eau bénite, d'en boire des quantités variables et de suivre les différentes règles de l'Eglise, l'agenda religieux et d'endosser les codes culturels et sociétaux y ayant cours. Durant cette immersion au sein de la communauté des *tsäbältägnas* de Ent'ot'o Maryam, j'ai participé à un pèlerinage à Lalibela pour Gänet, ou Noël. Dans ce cadre, une dizaine d'églises et trois sites d'eau bénite ont été visités : Abba Yohänes, Bähshét Maryam et Giyorgis Lalibela. Sur le premier, la communauté est demeurée une journée complète. Le deuxième, Bähshét Maryam, situé entre Dessié et Lalibela, était une étape du pèlerinage. La communauté est restée trois jours pleins à Lalibela et plusieurs de ses membres (dont moi-même) avons été "baptisés" à la source de Giyorgis Lalibela, une des douze églises du site. Dans ce cadre, aucune autorisation aux autorités religieuses n'a été demandée.

Au monastère de Zeq^wala situé sur le mont éponyme, à 200 kms au sud d'Addis Ababa, j'ai effectué, avec deux interprètes différents deux courts séjours de quatre et cinq jours, durant lesquels la méthode de collecte des données choisie fut l'observation participante. Le premier séjour eu lieu au mois d'avril 2008 et le deuxième au mois de juillet de la même année. Outre un accès peu aisé (selon le chemin choisi entre trois et cinq heures de marche sur un chemin escarpé de montagne sont nécessaires pour atteindre le sommet) les conditions de vie y étaient

assez rudes. Là-haut, nul point d'eau potable n'existe en dehors du lac d'eau bénite, que l'on ne boit pas « régulièrement » ; il n'y a évidemment pas d'électricité et la nourriture est tellement rare qu'il est même délicat d'en acheter, il faut donc compter sur la générosité des moines et moniales, des autres *tsäbältägnas* ou des paysans qui y vivent. Le premier séjour a été effectué sans les autorisations du patriarcat, c'est en tant que fidèle que je m'y suis rendue. Si certains moines ont répondu à mes questions, beaucoup ont refusé arguant de l'absence d'autorisation. Lors du deuxième séjour, j'avais demandé et obtenu ces autorisations, mais l'interprète m'accompagnant s'étant montré plus convaincant que le précédent, usant notamment de mon statut de fidèle de l'Eglise, et d'ancienne *tsäbältägna*, je n'ai pas eu besoin de ces fameuses autorisations pour interviewer moines, moniales, responsables de l'Eglise, paysans et laïcs et s'étant dédiés au monastère.

Au mois d'août 2008, une dernière observation participante de quatre jours, précédant l'assomption soit en période de retraite et de carême pour les chrétiens éthiopiens, a été menée sur le site nouvellement connu de Wänqeshét Gabréel situé à environ six km des chutes du Nil Bleu dans la région de Bahar Dar, en province Amhara.

Les observations simples

Des observations « simples » ont été menées sur trois sites de la capitale et aux alentours. J'emploie l'expression « observations simples » car quoique présente en qualité de fidèle de l'Eglise, j'y ai surtout endossé le rôle d'observatrice ce qui impliquait de ne pas prendre de « douche » d'eau bénite et de rester en retrait pour observer les fidèles, les prêtres et les responsables religieux, l'organisation des sites et prêter une oreille « discrète » aux discussions entre les fidèles. Les observations participantes sont celles durant lesquelles j'ai endossé pleinement le statut de fidèle, impliquant le suivi des différents rituels et la participation aux liturgies. Sur ces trois sites, Kidanä Meherät, 'Uraél, et Shenquru Mikaél, outre les observations simples, des prêtres, des diacres, des laïcs encadrant, des commerçants et bien entendu des *tsäbältägnas* ont été interviewés, de manière plus ou moins formelle selon les cas.

Les autres sites d'eau bénite ont fait l'objet d'observations simples et pour certaines rapides. Sur, le site de Shenq^wara Yohänes situé à environ 300 km au sud d'Addis Ababa, et à 70 km d'une ville d'importance moyenne, Mojo de la province Oromo, des observations simples mais répétées pendant trois jours y ont été entreprises. Ensuite, les sites de Gärima Gädam, Abuna Hara, de par leur difficulté d'accès, ont fait l'objet de courtes visites d'une demie à une journée complète. A chaque fois des fidèles et des clercs (prêtres, diacres, moines et moniales) ont été interviewés, le type d'entretien variant selon le temps disponible et les caractéristiques de la personne interrogée (séropositive au VIH ou pas, commerçant, habitant, membre d'une association de PVVIH, etc.) et de son désir de s'exprimer.

II.2 b. Des entretiens informels aux entretiens semi-directifs

Au début de mes enquêtes en Ethiopie dans le cadre notamment du mémoire de maîtrise, j'ai employé l'enregistrement des entretiens, suivis de leur transcription et traduction sur ordinateur avec l'aide de l'interprète. De nombreux déboires m'ont incitée à préférer le

recours au carnet de note et au stylo, ou dans le cas des entretiens informels, à retranscrire ensuite les échanges.

Aucune méthode n'est parfaite, et toutes présentent avantages et inconvénients. Dans mon cas, le choix du carnet a été motivé par la variété des entretiens menés ainsi que par des déconvenues précédentes concrètes et répétées (absence de pile ou leur mauvaise qualité, conditions de terrain abîmant le matériel, disparition de cassette durant les séjours, surcroît de travail engendré par la retranscription avec des interprètes très régulièrement réticents ou très peu motivés par ce type d'exercice), qui, au bout de la troisième enquête de terrain m'ont décidée à préférer la prise de note directe, et à n'utiliser les enregistrements que sporadiquement et quand la situation l'exigeait (suivi d'une caravane des évêques, liturgie, sermon/enseignement du soir).

Durant le premier terrain « annexe », les entretiens étaient très ouverts, les questions le plus large possible : cinq personnes ont été interrogées, deux jeunes femmes *tsäbältägnas*, une femme un peu plus âgée et deux hommes entre 30 et 40 ans, l'un *tsäbältägna*, l'autre loueur de maison et habitant à l'année de Ent'ot'o Maryam.

Lors du premier séjour de terrain dans le cadre spécifique de cette étude, des entretiens et observations non participantes ont d'abord été menés sur le site de 'Uraél, situé en plein cœur de la capitale. Ces premiers entretiens étaient également ouverts et larges, il s'agissait de comprendre la situation générale, et aussi de s'adapter le plus possible aux personnes interviewées, tout en essayant de parvenir à une vision d'ensemble. Dans le même temps, des entretiens et observations ont été menés à Ent'ot'o Maryam. La comparaison entre les deux sites a confirmé le choix de Ent'ot'o Maryam pour la tenue d'une observation participante d'une durée assez conséquente. Les personnes séropositives y constituent un groupe établi, visible et important, tandis qu'à 'Uraél, s'ils étaient visibles, ils tentaient dans une certaine mesure de contrôler les informations échangées sur les raisons de leur présence sur le site. Si bien que le VIH ne constituait pas la spécialité du site. La comparaison a également permis d'établir et de comprendre la spécificité de Ent'ot'o Maryam.

A Ent'ot'o Maryam, dans la première semaine de l'observation participante, je n'ai pas mené d'entretien, soit d'interview avec un interprète et équipée d'un magnétophone ou plus exactement d'un carnet de note (et d'un stylo !). Les échanges avec mon entourage avaient pour but de connaître et de me faire connaître des personnes avec lesquelles je vivais. Il est donc même délicat de les qualifier d'informels car la plupart n'ont pas été consignés. Seules certaines réponses ou assertions ont été consignées dans mon carnet de terrain ; le but étant alors de m'« intégrer ». Il s'agissait d'abord d'observer et de m'adapter, d'écouter et de comprendre ce qui se passait au sein de la communauté. Je me suis présentée aux différents membres de la communauté rencontrée telle que j'étais, à savoir une franco-éthiopienne fidèle de l'Eglise qui venait mener une enquête scientifique à Ent'ot'o Maryam, sur la manière dont l'Eglise traitait le sida. Je précisais également afin d'endosser au mieux le rôle de *tsäbältägna* que je venais également ici « pour ma foi », expression souvent employée par les fidèles lorsqu'ils effectuent des retraites spirituelles. Comme il a été explicité en introduction, les personnes à qui j'expliquais ma position se montrèrent pour la plupart ravies à deux titres. D'abord parce qu'ainsi je pourrais raconter en France, les miracles ayant cours ici et ensuite, et dans une sorte de boucle, le fait qu'une « française », une autre étrangère vienne ici,

renforçait la gloire du site, son aura et d'une certaine manière confirmait et entretenait la foi des fidèles en la capacité de l'eau bénite à les guérir.

Je ne suis pas la seule à avoir fait l'objet d'un tel traitement, les fidèles et les prêtres de nombreux sites d'eau bénite rapportent la présence d' « étrangers », sur leurs espaces. Mais ces affirmations sont à replacer dans leur contexte et constituent un « fait » à analyser. En effet, d'abord, il s'avère que la plupart, sinon tous, les étrangers dont parlent les fidèles et les prêtres, sont des Ethiopiens vivant à l'étranger, donc d'une « étrangeté » toute relative. Il apparaît donc que la figure de l' « étranger » pour reprendre une formule simmélienne, est dans ce cas loin d'être une figure du rejet, mais constitue au contraire une catégorie construite permettant d'attester la présence de personnes venant là de très loin, prouvant ainsi que la réputation de l'eau bénite du site est importante corrélativement à sa puissance. Ma présence, loin de transformer ou de modifier en quoique ce soit les personnes et l'espace, était totalement « absorbée », dans tous ses aspects, par le site et les personnes présentes.

Lors de la préparation de mon installation, le *bahetawi* avec lequel je m'étais déjà entretenue plusieurs fois, apprit que je cherchais un logement et m'offrit en attendant qu'une chambre en construction soit terminée, un espace dans son propre « compound ». J'acceptais avec enthousiasme, car vivre dans le même espace que lui m'offrait la possibilité d'observer ses activités et de mieux le connaître. Les premiers jours, on confia à une *tsäbältägna*, une éthiopienne vivant aux USA et donc parlant l'anglais et l'amharique la charge de me montrer le déroulement du rituel. Je rencontrais progressivement d'autres personnes sur le site et tissais des liens amicaux avec plusieurs d'entre eux. A partir de la deuxième semaine, je commençais à interroger les habitants, des prêtres, des *tsäbältägnas*, des chauffeurs de taxi, enfin, presque tous les types d'acteurs présents en ces lieux, avec l'aide d'un interprète. Les premiers entretiens étaient ouverts, la grille d'entretien était la plus sommaire possible et je me contentais de rebondir ou de demander des précisions quand un point m'interpellaient particulièrement. Au fil des semaines, les questions se firent plus précises et aussi diverses, j'alternais alors entre entretien non directif, discussions à bâtons rompus et entretiens compréhensifs, selon les personnes, leurs disponibilités, les liens existants déjà entre nous ou plus simplement selon l'intérêt des réponses ou encore en fonction de la qualité de l'échange. En somme, une grande part d'intuition et une attention à la qualité du contact humain ont guidé la forme d'entretien mené. Les dernières semaines, j'ai établi un questionnaire semi-ouvert et comprenant des questions fermées qui a été soumis à une quinzaine de personnes vivant à Ent'ot'o Maryam. Ce questionnaire avait, en outre, pour but de vérifier que la plupart des personnes présentes sur le site venaient dans l'intention d'y guérir du VIH.

J'ai également tenté d'évaluer le nombre de personnes vivant à Ent'ot'o Maryam et aux alentours ainsi que la proportion des PVVIH. Pour ce faire, j'établis un plan du site et notais l'emplacement des maisons. Mon interprète et moi-même, nous sommes rendus ensemble dans divers quartiers du site et avons effectué un recensement dans quelques maisons par quartier. Il s'agissait d'établir, très grossièrement, une moyenne du nombre de personnes vivant dans un compound et parmi elles du nombre de PVVIH. Dans chaque maison, le bailleur ou propriétaire fut interrogé quant au nombre de personne y vivant et aux maladies pour lesquelles les personnes venaient. Cette opération nous a également permis de vérifier le degré d'ouverture quant à l'infection au VIH. Toutes les personnes interviewées connaissaient l'affection pour laquelle leurs locataires vivaient là. Au total, nous avons établi qu'au début de

l'année 2006, entre 4500 et 5000 personnes vivaient à Ent'ot'o Maryam et entre 70 et 80% d'entre elles étaient séropositives, faisant de Ent'ot'o Maryam un village de PVVIH.

Il m'apparut ensuite que ce site est un des plus gros sites d'eau bénite visités. Les plus petits, comme Zeq^wala, et Gärima Gädam n'hébergent en temps normal (en dehors des périodes de pèlerinages) que quelques *tsäbältägnas*, au grand maximum une dizaine, les autres *tsäbältägna* vivent éventuellement à proximité, et ne sont qu'exceptionnellement hébergés par les moines ou les moniales, ces deux espaces étant des monastères. Par contre sur ces sites, il est impossible de mentionner l'existence même du sida tant il réfère à la sexualité hautement profane et souillante aux oreilles pieuses des moines. Ainsi, un *tsäbältägna* venu là pour prendre de l'eau bénite pour se soigner de diverses addictions, nous expliqua qu'il ne se confiait pas aux moines et qu'il était difficile de parler avec eux de choses « profanes » ou selon sa formulation « de choses du monde ».

Deux sites accueillait, en 2008, autant ou plus de fidèles que Ent'ot'o Maryam, il s'agit de Shenquru Mikaél, et de Shenq^wara Yohänes. Nous avons évalué avec mes interprètes que respectivement autour de 5 000 et 7 000 personnes y vivaient, ce sont aussi les deux sites où se trouvent les plus grandes communautés de PVVIH. Les autres sites sont de tailles variables, entre ces deux extrêmes, que représentent les monastères et les sites comme Shenq^wara Yohänes, divers facteurs influençant le nombre de personne y vivant, parmi ceux-ci, leur réputation est prépondérante.

En fonction du temps disponible et de l'importance du site, divers types d'entretiens ont été réalisés. Ainsi, sur les sites de Ent'ot'o Maryam, 'Uraél, Kidanä Mehret, Shenkuru Mikaél, Shenq^wara Yohänes, Wänqeshét Gabré, Gärima Gädam et Zeq^wala, des prêtres, des diacres et des moines, quand il y en avait, ont été interviewés selon des modes non-directif ou semi-directif, en fonction de la quantité d'information devant être obtenue. La qualité de la relation et le désir de communiquer de l'informateur a également conditionné la durée de l'entretien sinon sa qualité. Quand il me semblait que le prêtre était peu désireux de communiquer, les questions étaient les plus directes et les plus courtes possibles ; je m'attardais ou demandais des développements quand le clerc était loquace. La plupart une fois la première barrière passée, étaient assez volubiles et certains ont même demandé à me revoir pour poursuivre les échanges, ce qui m'a parfois surprise au regard de la réputation des prêtres en Ethiopie et des difficultés rencontrées par certains collègues avec ces personnages.

J'ai opéré de la même manière avec les commerçants, les chauffeurs de taxi et les habitants des sites d'eau bénite : plusieurs entretiens étaient toutefois dans ce cas informels et je les retranscrivais dès que possible sur mon carnet de note. Enfin, avec les PVVIH-*tsäbältägnas*, toutes les techniques d'entretiens possibles ont été employées : individuels, à deux ou à trois, ou en petit groupe, de manière informelle, non-directive, compréhensive, semi-directive, et enfin « quasi »-directive.

II.2.c. Des questionnaires soumis par des assistants de recherche

Plusieurs raisons ont motivé l'usage d'un questionnaire administré par plusieurs personnes autres que l'enquêteur principal. Cette dernière forme a été utilisée lors de la dernière enquête de terrain de janvier à août 2008.

L'objectif premier de ce questionnaire était d'obtenir un grand nombre de réponses pour une même question. La deuxième raison est plus « subjective ». Lors de mes précédentes enquêtes, j'avais été confrontée dans certains cas à une grande souffrance qui m'a souvent laissée bouleversée et triste, me rendant incapable de travailler et de poursuivre les entretiens. La solitude du terrain et de l'enquête m'a parfois accablée. Bien qu'un interprète puisse être présent, ce n'est pas toujours le même, et même si des collègues vous entourent, le fait d'être seule à vivre ces expériences douloureuses a pesé. Recueillir des récits de vies brisées par des événements douloureux et tragiques fut une expérience pénible. Ainsi, une jeune fille de quinze ans nous raconta qu'à la suite d'un viol par son cousin, elle fut exclue de son domicile, et fut détectée porteuse du VIH. Je rencontrai également une grand-mère, qui élevait l'enfant âgé de trois ou quatre ans séropositif de sa fille décédée du sida et qui refusait les ARV pour cet enfant, au motif que le *bahetawi* les interdisait. Ou encore cette jeune femme renvoyée de chez elle à douze ans, par sa belle-mère suite au décès de son père, et qui avait été travailleuse du sexe. Atteinte de la tuberculose, elle était soignée au Saint Petros Hospital et devait reprendre son activité à sa sortie car elle expliquait n'avoir pas d'autre solution qu'exercer ce métier et plus de famille pour la soutenir.

Le recours à deux assistants de recherche m'a permis de trouver une alternative à cette solitude contre-productive, à ne plus « encaisser » seule, la souffrance de mes « compatriotes ». En constituant ce groupe de travail, nous étions dès lors trois à pouvoir partager, à s'épauler et à « absorber » les déchirements suscités par des rencontres avec de grandes douleurs, et pas uniquement, loin s'en faut, suscitées par la proximité de la mort.

Le recours à des « assistants » de recherche a nécessité l'établissement d'un questionnaire adapté à la situation, plutôt semi-directif. J'avais d'abord travaillé avec chacun d'eux pour de l'interprétariat pur, ce qui nous a permis de nous connaître, d'établir la direction et la manière dont nous pouvions procéder ensemble et pour également les sensibiliser au « terrain », aux entretiens avec des personnes des vivant avec le VIH.

Hannah, est une jeune femme de 28 ans, ayant travaillé pour un centre d'étude en sciences sociales allemand. Elle parle anglais très correctement et possède un master 1 d'anthropologie : elle était donc la plus formée pour mener des entretiens « sensibles ». Ashenafi est un étudiant en français de 24 ans, il maîtrise également l'anglais, ayant suivi quelques temps un cursus de sciences sociales, il était mon interprète depuis plusieurs mois et sa sensibilité et sa rigueur m'ont conduit à lui déléguer l'administration du questionnaire. Je sus plus tard, lors d'une discussion avec Hannah, que l'interprétariat préalable lui avait été « bénéfique », car elle appréhendait beaucoup ces rencontres. Cet échange lui permit de dépasser ses appréhensions, de rencontrer les personnes, et également d'être sensibilisée à la stigmatisation que les PVVIH vivaient pour ne plus la reproduire. Elle se montra très fine, pris des initiatives dans les questions, y ajouta des remarques et des impressions qui me furent d'une grande utilité. Elle me sembla également parfois très affectée par les rencontres qu'elle faisait, l'existence du groupe et de deux interlocuteurs avec qui échanger, lui permit, il m'a semblé, de ne pas être trop bouleversée. Avec Ashenafi, la situation fut quelque peu différente. Quand il m'accompagnait sur le terrain et traduisait les entretiens, je lisais son attitude comme une certaine distance, une non-implication, il restait « en dehors ». Mais dès lors qu'il fut seul à administrer le questionnaire et à rencontrer des PVVIH sur les sites d'eau bénite, son attitude changea, de distant il se montra impliqué, nouant lui-même des liens avec

les personnes interviewées, les rencontrant en dehors, me demandant même de trouver du travail pour certains. Ainsi, ce travail de groupe eut des effets et des conséquences individuelles bien plus larges que le seul travail d'administration du questionnaire et fit appel à la subjectivité des « intervieweurs ».

L'élaboration du questionnaire a pris un peu moins d'un mois, nous avons ensemble préparé le questionnaire en anglais, puis traduit en amharique. Nous l'avons ensuite testé ensemble auprès de 5 personnes. Puis, ils l'ont administré et au bout de quelques semaines, nous avons repris le questionnaire, et apporté quelques modifications, notamment, des questions ont été ajoutées, précisées ou supprimées. Une fois le questionnaire établi, les deux assistants de recherche les ont soumis aux trois catégories de personnes suivantes : les clercs, les habitants/commerçants, les *tsäbältägnas* vivant avec le VIH. Quatre sites d'eau bénite de la capitale ont été sélectionnés : Ent'ot'o Maryam, Shenquru Mikaél, Kidänä Meherät, et 'Uraél. Le plus grand nombre de questionnaires a été administré à Ent'ot'o Maryam et à Shenquru Mikaél, d'abord parce que ces sites abritent le plus de *tsäbältägna*, et ensuite parce que sur ces deux sites, il est plus facile de rencontrer des PVVIH, pour des raisons qui seront explicitées dans la troisième partie de cette étude. A ces questionnaires, ont été ajoutés les commentaires personnels ainsi que les impressions des assistants.

D'après les canons de la méthode de collecte de données en anthropologie, un entretien se mène personnellement, et il est délicat de déléguer cette tâche. Certes, mais un des autres éléments m'ayant incité à employer cette technique était que je voulais déterminer la mesure dans laquelle certaines questions obtenaient des réponses plus claires et précises quand elles étaient posées par un Ethiopien, et surtout de même sexe. Il s'est avéré que les questions ayant trait à la sexualité obtenaient des réponses plus directes quand c'était une personne d'un âge proche, pour le reste, les réponses obtenues ne présentaient pas de différences majeures.

II.3. Enquêter en ville et auprès des institutions : une démarche classique

Les enquêtes en dehors des sites d'eau bénite ne présentaient aucune difficulté particulière, des contraintes et des adaptations inhérentes à la pratique du terrain se sont avérées nécessaires, et sont présentées ici.

II.3.a. La sexualité : une question inabordable de front !

Le VIH, en tant qu'infection sexuellement transmissible appelle naturellement les sciences sociales à interroger le rapport à la sexualité, et les évolutions des représentations de la sexualité et les pratiques que la perspective d'une infection lors d'un rapport sexuel non protégé peuvent générer. En Ethiopie, le terme/notion sexualité, n'a pas d'équivalent en amharique, ce point fera l'objet d'une discussion dans le prochain chapitre. Outre son absence linguistique, les rapports sexuels, les comportements ayant trait à la sexualité font l'objet traditionnellement d'une pudeur attestant du caractère tabou de cet aspect de l'existence. Les pratiques individuelles et les normes afférentes sont donc essentiellement tues ou au mieux formulées de manière allégorique. Dans ces conditions, mener une enquête sur les pratiques sexuelles est quelque peu complexe voire délicat et nécessite une approche propre et

spécifique. Getnet Tadele a pu enquêter à Bahar Dar auprès de jeunes hommes non scolarisés et vivant pour certains dans la rue (2006), Laketch Dirasse (1991) a enquêté auprès des travailleuses du sexe à Addis Ababa. Dès lors, il apparaît que la sexualité des femmes non qualifiées de « travailleuses du sexe » n'est guère connue en Ethiopie et elles sont les catégories les plus difficiles à interroger eu égard aux poids de la vertu et du silence qui pèsent sur leurs pratiques. Si les hommes parlent de sexe, les femmes très peu, voire pas du tout ou dans un cercle très intime.

J'ai tout de même tenté dans le cadre des entretiens aux PVVIH et avec d'autres personnes plus ou moins proches d'interroger des jeunes femmes sur ce point. Les réponses étaient évasives, et concernaient plutôt - quand elles répondaient - leurs rapports aux hommes et non leurs pratiques et comportements. Pour obtenir des données sur les représentations du sexe des jeunes femmes, j'ai donc essentiellement eu recours aux entretiens informels, mis à profit mes « compétences » culturelles et observé les situations lors de sorties entre amis. Pour les femmes plus âgées, l'écart d'âge et le respect que les plus jeunes observent envers leurs aînés m'ont interdit d'envisager de formuler la moindre allusion, ce domaine relevant de la plus stricte intimité. Pour les hommes, exceptés les plus âgés, ce fut bien plus aisé. La société éthiopienne attribue des rôles masculins et féminins très précis, mais elle autorise des discussions autour de cette question avec des hommes pour une femme. Il a donc été beaucoup plus simple de les interroger de manière informelle la plupart du temps, les questions directes ou trop formelles obtenant des réponses évasives. Ainsi, pour le thème de la sexualité en Ethiopie, c'est une enquête par « la petite porte », de « biais » ou principalement « indirecte » qui a été menée.

II.3.b. Les institutions : entretiens et documents

Dans le cadre de cette étude, trois institutions sont en présence : le gouvernement éthiopien et plus précisément le HIV/AIDS Prevention and Control Office (HAPCO), organe étatique en charge de la lutte contre le sida, l'Eglise Ethiopienne Orthodoxe Täwahedo, soit l'EOTC et plus spécifiquement le EOTC HAPCO, et enfin les organismes d'aide américains soit USAID, PEPFAR, et les instances mandatées par lui auprès des autorités éthiopiennes, dans le cas présent IOCC, International Orthodox Christian Charities.

Dès la première enquête de terrain, entre la fin de l'année 2005 et le début de 2006, les premiers contacts furent pris avec l'antenne d'Addis Ababa de HAPCO (AA-HAPCO), le directeur du département fu rencontré et interviewé plusieurs fois. D'autres personnes du cabinet furent rencontrées mais c'est avec le secrétaire général du département que les entretiens ont été les plus fréquents. Par contre, signe de la forte mobilité au sein de ce département, à chaque séjour, les directeurs étaient différents. Il fut fait de même au bureau national de HAPCO. Lors de la deuxième enquête de terrain, le directeur de AA-HAPCO exigea avant de répondre à toute question, que je lui présente l'autorisation du « National Scientific and Technic Commission », équivalent du bureau d'éthique. Je préparai le dossier mais dus, pour des raisons de santé interrompre l'enquête de terrain et ne reçus jamais la réponse. Toutefois, je pus rencontrer d'autres membres de l'équipe et échanger plusieurs fois avec une jeune anglaise, volontaire en Ethiopie et affectée au bureau AA-HAPCO, je

reviendrai sur ce point. Pour la dernière enquête, le directeur avait encore changé et celui-ci ne demanda pas d'autorisation pour répondre aux questions et je me suis abstenue de lui soumettre la question. Malgré mes demandes, je n'ai jamais pu participer à une réunion de travail, à aucun échelon que ce soit. Différentes personnes interviewées me donnèrent quelques uns des documents produits par la structure, je complétais en allant au *AIDS Ressource Center* limitrophe du bureau national HAPCO.

Les entretiens et les conditions d'enquête furent similaires avec le bureau de l'EOTC chargé de la politique de lutte contre le sida. Les directeurs étaient à chaque fois différents. Comme pour AAHAPCO, les relations avec le deuxième directeur étaient plus tendues et empreintes de méfiance. Par contre, avec le troisième et dernier directeur rencontré et interviewé à plusieurs reprises ; une session de restitution auprès de prêtres et des membres de l'organe avait été projetée, mais pour des raisons diverses, elle n'eut jamais lieu.

Je ne rencontrai les responsables de IOCC en Ethiopie qu'une seule fois, durant la deuxième enquête de terrain, en décembre 2006, j'y reviendrai dans la section suivante. Dans la foulée de cette première entrevue avec l'IOCC mandaté par USAID, je pu interviewer le coordinateur du programme PEPFAR-Hopkins Université en Ethiopie, un Ethio-américain qui prenait son rôle de distributeur et de « sauveur » des Ethiopiens très au sérieux. Il me dit après quelques minutes d'entretien : « je suis ici depuis peu pour mes compatriotes et je n'ai pas le droit d'échouer ». Il me donna de nombreux documents officiels émanant entre autre de l'Episcopat de l'EOTC, et des documents de travail internes.

Lors de la dernière enquête de terrain, le coordinateur du programme ayant été muté dans une autre région, j'ai donc tenté d'obtenir un autre entretien avec d'autres personnes travaillant pour USAID et PEPFAR en Ethiopie. La tâche fut ardue, j'essayais d'activer mes connaissances, d'appeler USAID et PEPFAR en Ethiopie, et même de suivre la procédure consistant en un envoi par courriel de demande de rendez-vous, ou des questions à poser, en vain. Les instances américaines ne répondaient pas à mes courriels et m'envoyaient vers leur mail quand je les appelais. Finalement, je dus jouer de ruse. Un ami occupant un poste à responsabilité au FNUAP obtint un rendez-vous avec la responsable USAID/PEPFAR en Ethiopie pour sa « collaboratrice du FNUAP » dans le but de préparer une réunion de travail. Il m'y envoya et j'endossais le rôle de collaboratrice du FNUAP. J'obtenais ainsi l'entretien tant convoité. La rencontre dura environ 40 minutes durant lesquelles formée (voire « échaudée ») par des précédents entretiens avec certaines instances américaines, je me gardais de révéler ou de partager des informations collectées sur le terrain remettant potentiellement en cause les succès de leur programme d'aide. J'obtins les informations désirées et fut même invitée à assister à la rencontre entre tous les partenaires PEPFAR/USAID quelques jours plus tard. De là, je pus rencontrer de nombreux représentants d'ONG, de membres du gouvernement, de responsables d'associations et même de personnes travaillant en consultance dans le cadre de la lutte contre le sida. Outre ces rencontres, le fonctionnement du PEPFAR s'éclaircissait un peu, et les actions mises en œuvre par USAID et PEPFAR en Ethiopie étaient rassemblées sous mes yeux.

Les entretiens avec les différents membres des institutions furent au début très ouverts et non directifs, et je m'attachais à collecter le plus de documents émanant des diverses instances à chaque rendez-vous. Au fur et à mesure que l'enquête avançait des questions plus précises étaient posées et des documents plus circonstanciés et précis étaient collectés.

III. De dilemmes éthiques en décalages émotionnels : des apports heuristiques ?

« Comment gérer ce problème particulier que pose le rôle de la subjectivité du chercheur dans la production des données de terrain ? [...] Devereux apparaît à ce niveau comme un précurseur, puisque, dès 1967, il invitait à « accepter et exploiter la subjectivité de l'observateur » (1980, p. 30) » (Olivier de Sardan, 2000 : 425)

Le terrain composé également d'observation participante ne va pas sans une implication réelle de l' « ethnographe » ou de l'enquêteur :

« Idéalement, tout “bon terrain” combine les points de vue de l'*insider* et de l'*outsider* et les ethnographes vont et viennent entre l'observation et la participation, selon les situations. En tant qu'*insider*, l'ethnographe est celui qui doit être capable de vivre en lui la tendance principale du milieu étudié et de s'imprégner des thèmes dominants. Moins la relation est médiatisée, plus il peut apprendre ce que le comportement observé signifie pour les individus eux-mêmes. Sa solitude sur le terrain, à la fois inéluctable et objet d'un choix méthodologique pour développer une distanciation avec son propre univers culturel, ne l'empêche pas de véhiculer avec lui des pans entiers de sa culture (le plus souvent) occidentale, avec tout ce que cela représente. En tant qu'*outsider*, il peut aussi voir des choses, faire des comparaisons et avoir des expériences différentes des *insiders*. » (Ghasarian, 2002 :10)

Outre cette tension entre dedans et dehors, entre distanciation et immersion (voire implication) est le propre du terrain, impliquant entièrement la subjectivité du chercheur, propre et intime, mais également socialement et culturellement déterminée. Le courant réflexif en anthropologie tend à la prendre en compte car :

« A trop vouloir ignorer sa subjectivité, l'ethnologue risque de fausser ses résultats. Son effet pour analyser les réactions des autres ne suffit pas s'il oublie d'analyser ses propres réactions aux autres. « Si la colère, l'ennui, la confusion, le dégoût, la honte, la dépression, la frustration, et l'embarras sont assez souvent associées au terrain, ces sentiments sont très peu traités – du moins dans les écrits – car ils dérogent au “principe de plaisir” implicitement associé à la “pratique modèle” »⁶². Or, les résultats ne doivent pas négliger l'interaction du chercheur avec ceux qu'il étudie car la prise en considération des faits subjectifs, favorise, au lieu d'anéantir, l'objectivité du travail. » (*ibid* : 11)

Deux raisons m'amènent à relater ici mon expérience personnelle, d' « apprentie » chercheur et à analyser les émotions suscitées par les événements ayant eu lieu sur le terrain. D'abord, parce qu'au-delà de leur pénibilité, elles m'ont appris, elles m'ont « servi de leçon » et mise face à la distance existant entre ma propre subjectivité et les autres, me rendant incapable de « comprendre de l'intérieur » ce que j'observais et m'empêchant finalement d'aboutir l'observation et partant de là, l'analyse qui en découle. La remise en cause et la réévaluation de ces émotions et de cette subjectivité m'ont permis de réajuster ma position et d'effectuer une dernière enquête de terrain, d'abord plus sereine et qui de plus m'a ouvert des portes analytiques qui seront développées dans la suite de cette thèse.

⁶² (Van Maanen, Manning, Miller, 1993 : vii)

Ensuite, il me semble que si la subjectivité du chercheur est appelée en anthropologie réflexive à être analysée, présentée pour être objectivée, la manière dont cette objectivation peut ou doit avoir lieu n'est que rarement explicitée. Pourtant l'analyse des émotions, de ses propres émotions et l'observation, dans la mesure où elle est possible – et c'est une question importante développée récemment par les anthropologues et les sociologues (Fernandez, Lézé, Marche, 2008) – de celles des autres sont effectivement un gage de scientificité mais aussi, sont porteuses, et je vais tenter de le montrer, d'une valeur heuristique non négligeable pour l'analyse même.

S. Kleinman et M. Copp, dans un petit livre mi-méthodologique, mi-analytique montrent que les émotions ressenties par le chercheur le renseigne sur sa position, sur ce qui se joue autour de lui (1993 : 59-62), mais ont également une portée analytique puisque leur décryptage va permettre de mieux comprendre les acteurs observés. J. Bernard (2007) relate son expérience avec les « croque-mort » et rend compte du travail émotionnel effectué par ceux-ci pour se situer au mieux à l'interface entre les personnes endeuillées et leur propre groupe de collègues. S. Mulot dans son travail sur les usagers de drogues aux Antilles (2010) montre que son implication et les émotions vécues lors de son terrain lui ont aussi donné des clefs de compréhension du travail effectué par les soignants, un des groupes qu'elle étudiait. C'est en suivant leurs traces que je me suis résolue à relater ma propre expérience et à tenter de mettre en lumière sa possible portée heuristique.

La proposition suivante n'a pas vocation à être appliquée par tous, car bien évidemment, chacun s'engage sur « son » terrain de manière personnelle et selon le type de terrain et les conditions environnementales existantes. Durant mes enquêtes, et au retour, j'ai cherché dans la littérature des indications, des propositions pour faire face et pour endiguer le flot d'émotions dont je ne parvenais qu'à grand peine à me défaire. C'est aux termes de ces investigations bibliographiques que la nécessité de penser, de produire des outils intellectuels pour non seulement transcender ces émotions, mais également pour les « transmuier » en faits objectivables et utilisables dans une étude scientifique s'est fait jour. Cette proposition est donc née de ma propre expérience et de la nécessité de « l'objectiver » ; elle n'a pas de valeur « absolue » et se veut être une simple proposition sur laquelle d'éventuels enquêteurs atteints d'une forme particulière de mal à l'âme pourront s'appuyer pour s'inventer à leur tour.

III.1. D'expériences en déconvenues : l'émotivité du chercheur

La première enquête de terrain fut placée sous le sceau de l'étonnement, de la surprise et parfois du décontenancement. En effet, le recours à l'eau bénite en cas de maladie est très courant et le rituel encadrant sa prise est très populaire. Deux situations rendirent concrètes - ou me placèrent - devant les conséquences de la prise d'eau bénite notamment à Ent'ot'o Maryam où du fait de l'encadrement par un personnage charismatique très populaire, le rituel de l'eau bénite était strict et suivi avec rigueur par les fidèles.

Un aspect de l'économie générale du rituel m'interloqua, généra des émotions très contradictoires, qui créèrent un écran à sa compréhension. Il s'agit de la compatibilité entre l'eau bénite et toutes les autres formes de traitements. Sur cet aspect, je suis une occidentale qui a « foi » en l'efficacité de la biomédecine et de ses traitements ; je ne comprenais

absolument pas pourquoi les malades refusaient tout autre type de thérapie, et quand je demandais : « mais si elle ne guérit pas ? Si la personne meure ? » à quoi on me répondait parfois sèchement : « alors cela veut dire qu'elle n'avait pas assez la foi ». Ma voisine éthio-américaine était venue des USA à Ent'ot'o Maryam pour des « problèmes d'humeur » que le *bahetawi* traduit par de la possession. De fait, dès qu'elle était aspergée d'eau bénite, elle hurlait, se débattait, etc. signe d'une possession par un esprit malin. Elle était étonnée et émerveillée par les « miracles » et toutes les choses merveilleuses qui advenaient à Ent'ot'o Maryam et elle-même fut guérie par le *bahetawi*. Elle pensa alors à sa sœur épileptique depuis son jeune âge. Elle convint ses frères et sœurs d'amener leur sœur épileptique à Ent'ot'o Maryam pour la « guérir ». Comme il se doit, celle-ci rencontra le *bahetawi* et arrêta son traitement prévenant les crises. Elle resta trois semaines sur le site et décéda d'une crise d'épilepsie de trop. Sur le site on me dit que sa foi n'était pas assez grande, d'autres disaient qu'il s'agissait de la volonté divine. Ma camarade éthio-américaine était choquée, frustrée et en colère contre le *bahetawi*. J'étais pour ma part trop choquée pour penser quoique ce soit.

L'arrivée des ARV en Ethiopie et leur distribution par le PEPFAR constitua un événement important qui bouleversa l'équilibre trouvé avant leur apparition sur les sites d'eau bénite. Les instances américaines et AA-HAPCO furent très impliquées et actives dans la lutte contre l'eau bénite comme nous allons le voir. Les situations dont je fus témoin me placèrent face à des dilemmes éthiques épineux et sérieux. Comment se positionner face à un leader religieux qui prône l'exclusivité du traitement ? Devais-je intervenir auprès des autorités pour les alerter sur la prégnance de l'incompatibilité entre les traitements ? Quelle position adopter alors, s'impliquer ou laisser faire et observer ? Qui défendre, le *bahetawi* qui avait le mérite d'offrir de l'espoir et un refuge aux PVVIH stigmatisés ou vivant mal leur affection ou l'accessibilité des ARV ? Avais-je seulement le « droit » moralement parlant de mettre à mal une foi aussi forte au nom de la liberté de choix entre ARV et eau bénite ? Ne risquai-je pas de bouleverser l'espace et les communautés observées ? N'était-ce pas une forme de trahison risquant de me fermer la porte de certains sites d'eau bénite ? Mais alors quelles valeurs défendre, doit-on même en défendre, comment et plus généralement que penser, et que faire, dans une situation aussi critique ? Comment se positionner face à cette incompatibilité ? Ces interrogations vont être à présent exposées plus en détail et une tentative de conceptualisation sera proposée.

Lors de la deuxième enquête de terrain, les ARV étaient distribués largement et gratuitement et surtout à Addis Ababa ; notamment, ils étaient accessibles depuis l'hôpital d'état Samba Nekersa, ou Saint Petros Hospital, situé à peine un kilomètre de Ent'ot'o Maryam. Pourtant, lors d'une première interview avec le *bahetawi* ainsi qu'avec des fidèles que j'avais rencontrés auparavant, leur prise n'était pas autorisée par le leader du lieu. Il considérait et prévenait ses fidèles que cela les ferait grossir artificiellement, que ces médicaments les tueraient et les fidèles me répétaient le proverbe tant entendu, « un homme ne peut grimper à deux arbres en même temps » ; les deux formes de thérapies étaient incompatibles, inexorablement. Au cours de mes entretiens et observations à Ent'ot'o Maryam, je rencontrai une grand-mère venue amener son tout jeune petit-fils âgé d'environ quatre ans, suivre le rituel de l'eau bénite. Ses deux parents étaient décédés du sida et sa grand-mère en avait la charge ; elle croyait en la Vierge, elle lui demandait de guérir cet enfant qu'elle aimait sincèrement de la « maladie » (le sida). Je revis également un homme et la personne avec

laquelle il vivait, lui avait été tellement malade, qu'à l'hôpital, on lui donna des traitements contre le sida, mais, il les prenait en cachette, car c'était très mal vu et compris par la communauté comme un signe de doute risquant de mettre en péril la puissance même du lieu. La vue de ce petit enfant soumis à un tel traitement et dans une bien moindre mesure, les « cachotteries » de cet homme, qui simplement ne voulait pas mourir, m'alerta et suscita une profonde colère assortie d'un sentiment d'urgence, et de grande injustice. J'étais en colère contre ceux qui ne faisait rien pour arrêter ce que je considérais alors être « un massacre », un « crime ».

C'est dans ces dispositions d'esprit que j'entrepris la tournée des instances impliquées dans la lutte contre le sida en Ethiopie et à cette occasion que je rencontrais les organismes américains. Je me tournais d'abord vers les instances gouvernementales éthiopiennes. AA-HAPCO et HAPCO m'opposèrent une absence d'autorisation pour répondre à mes questions. Je sus plus tard que ces autorités éthiopiennes étaient toutes au fait de l'incompatibilité entre eau bénite et ARV et du problème que cela posait.

Je pris également rendez-vous à l'EOTC-HAPCO ; le directeur me reçut et m'envoya directement chez le coordinateur de l'association mandataire de USAID, l'International Orthodox Christian Charities, IOCC. Cette première rencontre fut placée sous le signe de la discorde et de la mésentente. Après quelques minutes durant lesquelles je me présentais, mon interlocuteur se montra ostensiblement agacé, regardant constamment sa montre. Vinrent ensuite les questions d'usage face à un agent représentant un organisme nouvellement arrivé sur la scène de la lutte contre le sida en Ethiopie. Je l'interrogeais sur les activités de son ONG, leurs programmes, la manière dont ils travaillaient avec l'EOTC. Il m'expliqua le partenariat avec USAID, insistant à plusieurs reprises sur l'ancienne tradition d'aide de l'IOCC, sur son excellente réputation mondiale. Suite à cette diatribe sur la compétence et le sérieux de son ONG, il me narra avec moins de détails, les actions accomplies par l'IOCC et l'EOTC (prévention de la stigmatisation, soutien spirituel aux PVVIH, aide aux OEV – orphelins et enfants vulnérables). Il s'abstint de toute mention de la promotion de la fidélité et de l'abstinence par les prêtres, mais évoqua la formation en cascade des prêtres quant à l'accompagnement des PVVIH et autour de la prévention de la stigmatisation.

Je lui ai ensuite relaté mon expérience de terrain, et mes rencontres avec un diacre et un prêtre qui avaient bénéficié de cette formation en cascade. Je me permis de leur rapporter les propos du diacre quant à cette formation :

« On nous a dit que le sida n'est pas une punition divine, et nous a dit ne de plus en parler ainsi, mais moi, même si je ne dis plus rien, je continue de penser que le sida est une punition de Dieu » (un diacre de l'EOTC œuvrant à Ent'ot'o Maryiam, décembre 2005).

J'évoquais également le fait que l'eau bénite et les ARV alors disponibles étaient incompatibles dogmatiquement et que sur les sites d'eau bénite que j'avais visitées, les PVVIH, suite aux injonctions des chefs religieux choisissaient l'eau bénite contre les ARV, ce qui à mon sens posait de graves et sérieux problèmes. La réaction de mon interlocuteur fut véhémement, il m'accusa de voir le mal partout, de tout voir en noir. Il me rapporta que quand lui se déplaçait dans les provinces où IOCC était présente, les fidèles venaient le remercier chaleureusement et il ne comprenait donc pas mes propos. Nous nous quittâmes froidement et je ne devais plus jamais le revoir. Avant de me congédier, ayant à cœur de me convaincre des

bons résultats obtenus, il me donna le contact du coordinateur du programme PEPFAR en Ethiopie.

Je le rencontrai donc les jours suivants, l'entrevue fut très cordiale et chaleureuse, nos origines communes nous plaçaient dans une position proche. Il faut bien admettre que nous étions tous deux mus par le même désir de « faire quelque chose » pour nos compatriotes, pour notre terre natale. Après une brève présentation respective, nous parlâmes de l'eau bénite et des ARV. Il me rapporta bien connaître le problème, et en avoir discuté avec les différentes instances nationales, auxquelles il avait suggéré d'aller rencontrer l'Abuna Pawlos, le patriarche de l'EOTC pour discuter et le convaincre de la compatibilité entre les traitements. Ses compatriotes et collègues étaient sceptiques, arguant que l'Eglise étant ce qu'elle est, il remettrait ainsi en cause la foi éthiopienne. Sourd à ces arguments, il rencontra au début de l'année 2006, l'Abuna Pawlos et le convainquit de la compatibilité entre les traitements spirituels et biomédicaux. Le coordinateur du programme PEPFAR se rendit quelque temps plus tard à Ent'ot'o Maryam pour faire de même avec le *bahetawi*. Ce dernier, selon les dires du coordinateur, fit un accueil des plus chaleureux à l'existence d'un centre de distribution des ARV non loin de là, lui expliquant qu'il en avait assez d'enterrer des gens. Je le félicitai d'avoir convaincu le Pope, et j'ajoutai qu'à Ent'ot'o Maryam, et à mon avis sur d'autres sites d'eau bénite, le problème restait entier. Je lui rapportai donc mes observations et le contenu de l'entretien mené avec le *bahetawi* et donc son double jeu, puisque face au coordinateur il avait acquiescé, mais aux fidèles il tenait un autre discours.

Le coordinateur ne me crut d'abord pas, mais j'insistais et appuyais mes propos par la narration de mon expérience sur les sites et avec les fidèles vivant avec le VIH ; je lui expliquais ce en quoi les fidèles avaient foi et comment à Ent'ot'o Maryam, plus que sur d'autres sites, l'eau bénite était exclusive des autres formes de traitement. Ces échanges le laissèrent songeur. Il ne me dit rien des actions à venir et je ne le revis plus.

Lors de cet entretien, j'ai laissé de côté la « neutralité » anthropologique pour prendre parti, pour m'impliquer. C'est autant les conséquences générales de l'interdiction posée par le *bahetawi* que le souvenir de cet enfant à qui l'on ne voulait pas donner des ARV qui me poussèrent à changer de posture. Il m'a semblé à ce moment là que je ne devais pas agir en avec des outils intellectuel, l'urgence de la situation me paraissait en requérir d'autres, et notamment le témoignage. Cependant cette posture est délicate et trouble à tenir, car j'avais alors perçu (ou projeté) l'attachement au miracle des fidèles éthiopiens et la manière dont leur advenue était construite. La combinaison des traitements pouvait potentiellement remettre en cause ce phénomène. Par ailleurs, moralement parlant, il m'était pénible de « dénoncer » le *bahetawi* qui d'une certaine façon, voulait également sauver ces personnes. La question était épineuse, et éthiquement, ne rien faire et ne rien dire m'eut été odieux et faire (en « dénonçant ») me coûtait. Dès lors, je décidai, mais « trahissais » à mes propres yeux le temps que j'avais passé chez eux, avec eux... je « prenais partie pour la biomédecine », contre leur foi. Avais-je seulement le « droit » de faire cela ?

Loin de m'arrêter au silence du coordinateur, je continuais à vouloir alerter les instances nationales. Je retournais alors à AA-HAPCO dont Ent'ot'o Maryam dépend administrativement. Là, le directeur me mit en contact avec une jeune volontaire anglaise. Mue par une certaine détresse, je lui fis part de mes observations, de la manière dont les PVVIH vivaient sur le site, d'à quel point aussi ils s'entraidaient et fuyaient la stigmatisation

en ce lieu. Nous nous rencontrâmes trois fois et la dernière fois, elle m'expliqua que le Gouvernement éthiopien en accord avec le PEPFAR formait le projet de mettre certaines personnes, les plus malades, sous ARV puis de les « renvoyer chez elles pour travailler ». Elle m'expliqua être en contact avec le responsable de l'association de PVVIH de Ent'ot'o Maryam qui lui fournissait des informations sur les différents cas de figures rencontrés. L'objectif annoncé me laissa pantoise : je sus encore moins que penser. Pour moi, il était évident qu'il fallait uniquement mettre un frein au pouvoir exubérant du *bahetawi* et remettre en cause sa posture rigide afin que les PVVIH puissent effectivement prendre l'eau bénite et les ARV ou uniquement les ARV selon leur choix. Je n'avais pas imaginé que le Gouvernement puisse forcer les fidèles à renoncer à la possibilité de rester sur le site, et à s'entraider. Je savais que beaucoup d'entre ceux que j'avais rencontrés n'avaient pas divulgué leur statut à leur famille, comment dès lors pouvaient-ils rentrer chez eux en prenant un traitement aussi lourd ? Un accompagnement me semblait nécessaire et cette jeune femme n'en fit jamais mention. La position des différentes instances dont HAPCO fut une surprise de taille. Dès lors, je ne parvins plus à rencontrer aucun des acteurs sur le terrain, la situation m'affectait trop, une pneumonie non encore diagnostiquée et d'autres soucis de santé plus sérieux achevèrent de « manger » mes forces. Naïf et triste Don Quichotte partit en croisade contre des moulins à eau bénite et à ARV... et finit sa bataille sur un lit d'hôpital. Je rentrais en France, profondément attristée et rongée par un sentiment d'impuissance et de « trahison » inutile.

J'appris alors à cette occasion, que l'engagement, l'implication pour « noble » et « valable » qu'ils soient peuvent avoir des effets pervers, et surtout, la leçon peut sembler évidente et le signe d'une grande naïveté, je compris qu'il vaut sans doute mieux d'abord tenter de comprendre vraiment une situation avant de s'engager, même si des « vies » paraissent être en jeu. Le rôle de l'anthropologue est alors celui-ci : afin de comprendre, il s'agit de prendre de la distance face à des émotions pourtant (ou parce que d'autant plus ?) puissantes suscitées par des enjeux de vie et de mort aussi cruciaux, du moins (et ce « du moins » contient beaucoup) au regard occidental voire plus spécifiquement « biomédical ».

III.2. L'émotion : un révélateur de valeur, de norme et de jugement

Comment prendre de la distance, comment prendre du recul alors que des émotions puissantes vous pétrissent ? Comment les « objectiver » et les transformer en outils « intellectuels » ? Si la nécessité de les mettre à distance, ne serait-ce que pour l'humain qu'est le chercheur, est nécessaire, jusqu'où doit-on se distancier et dans quelle mesure le faut-il seulement ? De nombreux philosophes et anthropologues, parmi lesquels H. Arendt, C. Castoriadis et C. Guillaumin, ont montré que la colère pouvait dans certaines conditions devenir « puissance créatrice » (Castoriadis, 1986 : 241-327), que liée à la pensée, elle devenait un moyen de gagner en liberté (Arendt, 1963 ; 1981) ou encore être théorisée et servir l'analyse sociétale (Guillaumin, 1992 : 219-239). Quant aux manières de faire, il n'y a évidemment pas de réponse unique et toutes sortes de « chemins » existent d'autant qu'ils dépendent également de circonstances extérieures. A mon sens, et je rejoins à ce sujet S.

Kleimnan et M. Copp (1993), une des premières opérations à mener est de déterminer ce qui suscite cette émotion.

III.2.a. La confrontation des valeurs : jeu de miroir et recul émotionnel

Les émotions suscitées, générées par le « terrain » ont trouvé une réponse, un apaisement qui m'ont permis d'opérer un changement de positionnement presque radical quelques mois après le retour de l'enquête par un biais totalement inattendu.

Au début du mois de juin 2007, une jeune journaliste me contactait pour prendre des renseignements sur l'eau bénite et le sida en Ethiopie, dans le cadre de la préparation d'une émission radiophonique sur ce thème. Nous nous sommes rencontrées quelques jours plus tard. Elle revenait d'Ethiopie où elle avait assisté, le 25 mai 2007 à Ent'ot'o Maryam, au discours du Patriarche de l'EOTC accompagné de l'ambassadeur des USA, aux fidèles vivant là, prônant la compatibilité entre l'eau bénite et les ARV. Cette information était fondamentale et elle devint un informateur précieux pour mon enquête ; en échange, je répondais à toutes ses questions. Elle m'informa également de l'existence d'un film tourné, autour des mois de mars et avril 2007, par une équipe américaine à Ent'ot'o Maryam et intitulé *desperate and devote* ("désespéré et dévots"). Il relatait les faits ayant cours à Ent'ot'o Maryam, présentant le rituel de l'eau bénite et la foi des fidèles de l'Eglise comme les tentatives désespérées de ces hommes et de ces femmes pour trouver une solution au VIH, risquant ainsi leur vie en refusant de prendre des ARV. Ce film avait été diffusé en France sur la chaîne M6 au mois de mai 2007. Outre les implications politiques, religieuses et médicales de ces événements qui seront présentés et traités ultérieurement, ce film m'a conduit à repenser et modifier ma manière d'envisager le problème. Je le visionnais rapidement après la rencontre avec cette jeune femme et fis face à un discours qui me mettait face à mes propres conceptions, certes caricaturées dans ce film, de ce rituel et des choix des PVVIH. Il était un miroir grossissant de ma propre lecture des faits.

Son visionnage m'offrit donc la possibilité de reconsidérer les événements et d'adopter une position plus compréhensive quant à l'eau bénite et aux ARV. Puis, je participais à l'émission radiophonique pour laquelle je fus contactée. Si mes interlocuteurs étaient moins caricaturaux que les américains, ils demeuraient non seulement étonnés mais se positionnaient en laïcs radicaux pour qui la religion est souvent synonyme d'obscurantisme. Les journalistes savent, à l'instar des anthropologues, poser des questions, quoique leurs buts puissent être fort différents. Je me retrouvais non pas tant à expliquer ce qui se passait à Ent'ot'o Maryam qu'à tenter de défendre la foi des Ethiopiens, et leur manière de la vivre. A la fin de l'émission, j'eus un échange avec une Ethiopienne proche qui me dit : « la mort ce n'est pas toujours ce qu'on croit ». Je restais sans voix... j'argumentais sur les enfants qui ne sont pas en position de choisir, mais cette phrase me resta en mémoire, faisant son chemin vers et dans « mon cerveau » et transformant finalement la manière d'envisager toutes ces questions.

Ces interactions, ces jeux de miroir et de renvoi m'ont donné l'occasion de me repositionner. En quelques minutes je fus le témoin de deux types totalement différents d'émotions, de réactions rendant compte de valeurs sinon opposées du moins divergentes. Le film et mes interlocuteurs radiophoniques « jugeaient », « envisageaient » ce qui se passe sur les sites d'eau bénite à l'aune de leur propre valeur, de leur « foi » en la médecine plutôt qu'en une

guérison par le divin. Inversement, devant ce jugement, la réaction d'une croyante éthiopienne était de défendre la conception du monde, les valeurs qui étaient les siennes et de me les rappeler, ou plutôt de me les expliciter puisque je ne l'avais pas encore compris, submergée que j'étais par mes propres émotions. C'est ainsi qu'à partir de ce moment, et progressivement, j'ai pu me détacher de ce que j'avais perçu et le considérer justement comme une perception conditionnée par les valeurs auxquelles j'adhérais pour ensuite, non pas tant relativiser ces valeurs, mais les considérer comme définitivement inscrites dans une culture, une société, une période de l'histoire particulière.

Cette situation a permis de donner corps à une nécessité particulière de la recherche, celle d'éviter de juger, et nos émotions nous y conduisent parfois malgré nous. Cette mise en perspective, voire en abîme, de mes propres émotions, m'a permis de penser parce qu'expérimentée de l'intérieur ce que J. Bernard travaillant sur les émotions met en lumière :

« Sur le terrain, il est parfois difficile de comprendre les émotions qui se donnent à voir, et nous sommes, souvent, de plus, confrontés à nos propres émotions dont nous soupçonnons, à juste titre, leur effet de déformation du réel perçu » (2007 : 109)

Si je n'ai pas cherché à déterminer les émotions des personnes « observées » sur les sites d'eau bénite, il m'est apparu clairement à la suite de cet épisode que nous n'avions évidemment pas (toujours ?) les mêmes. Il ne s'agit pas ici de chercher à lire les émotions des personnes « observées », ni même d'analyser la manière dont elles se donnent à voir dans l'espace social et constituent le socle d'interaction (Bernard, 2007), mais bien plutôt de partir du constat posé par l'auteur précité et en s'appuyant sur les travaux de philosophes des émotions pour proposer une manière de les « utiliser » en tant que chercheur sur le terrain plutôt que de chercher à s'en défaire ou à les masquer. Il s'agit donc de les dépasser en les prenant totalement en compte.

III.2.b. L'émotion comme levier pour appréhender les normes des « autres ».

Je considère d'abord à la suite des travaux des philosophes des émotions que celles-ci nous renvoient pour une large part à nos valeurs qui sont culturellement et socialement construites. L'immersion et l'observation participante de par l'adoption des codes et des valeurs des personnes avec lesquelles on vit, suscitent nécessairement des émotions. Ne serait-ce que parce que les valeurs des « observés » sont différentes de celles de l'observateur, du moins le plus souvent. Et même quand il travaille dans sa propre culture, les valeurs auxquelles le chercheur adhère sont pour partie celles du milieu intellectuel qui l'a formé et modelé. L. Fleck rappelait que les émotions dans les communautés scientifiques ne sont plus qualifiées et considérées comme telles car elles sont partagées par le plus grand nombre, elles en deviennent normales et en conséquence « invisibles » et donc extraites du champ de l'émotion et de l'affect. Certaines valeurs étant partagées par tous, elles semblent ne plus susciter d'émotions (2008).

Le rapport du chercheur à ses émotions est ambivalent dans la littérature anthropologique. M. Griaule (1957, cité par Debaene, 2006 :32) suggérait de prendre en compte les émotions de l'enquêteur, mais sans autre précision, d'autres ont des positions plus radicales qui font de l'analyse de l'émotion du chercheur un « danger », par la « dérive auto-référentielle » à

laquelle elle peut conduire (Bernard, 2007:111). Ainsi, bien que plusieurs auteurs s'accordent à dire que le terrain implique une dimension affective, ou une expérience mettant en jeu la subjectivité du chercheur, la prise en compte des émotions liées à cette expérience, sa narration et surtout la manière dont on peut éventuellement en faire un objet de connaissance, non pas de soi, mais de l'« objet » observé ne sont que rarement explicitées. Pourtant, l'émotion est inhérente à la pratique de terrain. Mais au-delà de ce constat d'évidence, il me semble utile d'en rappeler l'utilité, non seulement scientifique mais également épistémologique et par là même de prendre en compte une question problématique: l'émotivité du chercheur. Il n'est dans ce paragraphe nullement question d'analyser les émotions du chercheur pour atteindre ce que G. Devereux appelle « la voie royale vers une objectivité authentique » (1980 :16). Mon but ici est bien plus modeste. Il s'agit, dans le cadre de la démarche réflexive, de faire un « pas de côté » et de partir de ma propre expérience de terrain, pour tenter de rendre plus explicites certains pans de la pratique de terrain.

Les émotions selon P. Livet « nous révèlent nos valeurs » (2002 :2). Celui-ci les étudie dans leur

« Dynamique, dans leur déroulement, y compris dans leurs répétitions, et [...] cette dynamique affective a des relations avec une dynamique cognitive. La notion la plus opératoire pour définir cette dynamique cognitive est elle de “révision”. Face à une nouvelle information qui contredit les conclusions tirées de nos croyances, nous sommes incités à réviser certaines de ces croyances. [...] Une situation qui produit en nous, répétitivement, une émotion, et qui la produit parce qu'elle contredit nos attentes, est donc une incitation à révision. Les émotions apparaissent ainsi comme une sorte de système d'alarme qui nous incite à réviser et qui nous rappelle que certaines révisions n'ont pas été réellement accomplies. » (2002 :3-4)⁶³

L'auteur met également en évidence le lien entre émotion, règles morales, normes et valeurs. Il considère que les émotions sont des « sondes qui ont pour fonctions de nous révéler des aspects de nos valeurs que nous n'apercevons pas sans elles » (*ibid* : 8). Les émotions constituent des leviers pour distinguer « nos préférences réelles de l'instant » en terme de norme et/ou de valeurs, nous signifiant par là ce qui est, pour soi, le plus important et fondamental :

« Les valeurs, semble-t-il, sont des qualités ou des propriétés que nous n'atteignons pas seulement par une perception directe, mais par ces coups de sondes que sont nos essais de jugements de valeurs, coups de sondes ou ondes de choc qui déclenchent des échos radars que sont des émotions. Nos jugements de valeurs ne sont pas d'abord l'affirmation de valeurs assurées, mais bien d'avantages des moyens d'explorer le terrain de notre sensibilité aux valeurs grâce aux échos radars des réactions émotionnelles » (*ibid* : 9)

Ainsi, les émotions, loin d'être un obstacle à l'observation et la vie avec les « Autres » ou les « observés », peuvent constituer un levier pour rappeler l'écart, la différence entre soi et l'Autre. Ces émotions peuvent (ce n'est valable ni pour tous, ni tout le temps) constituer des portes d'accès à soi-même, elles nous alertent sur la profondeur de nos valeurs, des normes et

⁶³ Le lien entre révision et émotion n'est pas toujours immédiat ni systématique, certain élément vont bloquer la révision, la différer, des biais peuvent apparaître. (Livet, 2002 : 4-7)

les croyances qui sont les nôtres, et qui sont largement véhiculées par la culture, dont nous sommes issus et partant de là, de les suspendre ou de les « retravailler » en toute conscience. En effet, les observations (toutes dénominations confondues) impliquent le chercheur, il s'inscrit physiquement dans une culture, une société un groupe qu'il s'est chargé de (tenter de) comprendre. Cette vie, cette immersion consiste à partager le quotidien, les expériences, à être confronté aux mêmes évènements ; ceux-ci sont susceptibles de susciter des émotions (la peur, la colère, la surprise, l'étonnement, la honte, etc.).

Comme l'exprime P. Livet, ces affects/émotions sont des radars, des échos de valeurs, de normes dans certains cas profondément ancrés en nous, de manière parfois totalement inconsciente. Ainsi, ayant fait face à deux réactions impliquant des émotions fort différentes pendant l'émission radiophonique et après, il m'est apparu que la valeur à laquelle je souscrivais était plus proche de celle de mes interlocuteurs radiophoniques que de celle des personnes vivant sur les sites d'eau bénite. C'était (c'est ?) celle d'un grand prix de la vie au sens biologique du terme, c'est-à-dire que dans mon système de valeur, la vie elle-même doit être défendue, au détriment sans doute de la vie spirituelle, ou de quelque chose que je ne peux guère définir, mais qui semble différent de ma propre conception. Les émotions ont donc été fortes parce que je ne n'avais guère conscience de cette différence. Je n'ai pas le même rapport à la vie et à la mort que les personnes vivant sur les sites d'eau bénite et qui adhèrent pleinement (mais peut-être pas constamment) aux conceptions que ce rituel véhicule et suppose. Il n'est pas sûr que tous ressentent la même chose, bien évidemment, et il n'est sans doute pas possible de le déterminer, mais au moins, je sais maintenant que nous n'avons pas les mêmes valeurs et conceptions de ce qu'est la vie. Cette prise de conscience m'a en retour permise de voir que ces émotions suscitées par les terrains se logeaient dans ce rapport à la vie différent. D'autres personnes auraient tout aussi bien pu le voir sans en être bouleversée, mais dans mon cas, ces émotions et le détour par cette théorie m'ont donné à voir cet écart. Dès lors, les différences de valeurs étaient plus claires, et je pouvais commencer à chercher à comprendre les leurs.

De manière générale, un chercheur se rendant sur le terrain, que ce soit par des observations participantes ou par une « immersion prolongée » se place potentiellement dans la situation de révision de ses normes, de ses valeurs et donc dans la situation où des émotions peuvent apparaître.

« Les émotions ne nous permettent pas simplement de participer à une collectivité, et de vivre ses tensions avec d'autres collectivités, elles nous permettent d'en apprendre les normes » (Livet, 2002 : 147)

Il est donc, à mon sens, dommage de vouloir gommer ces émotions ou ne pas en tenir compte, car elles sont, dans certains cas, constitutives de l'enquête de terrain. Les questions suivantes se posent alors : que faire de ces émotions ? Peut-on, doit-on et de quelle manière en parler ? Je propose ici quelques réponses quant à ce qu'on pourrait en faire. On pourra ultérieurement s'interroger sur ce que l'on peut ou doit en dire et sur les circonstances de leur énonciation.

C. Lévi-Strauss entérinera la nécessité de mener des observations directes en 1950 en établissant que « la compréhension du fait social réclame que l'observateur soit affecté, et cet impératif est imposé par la nature même du social » (Debeane, 2006 : 38 citant Lévi-Strauss,

1950 : XXVI). Dès lors, ces émotions, inhérentes à l'observation de ce fait social, seront plus ou moins fortes et répétées selon d'abord, la sensibilité du chercheur ses émotions, mais aussi sa capacité à réviser ses jugements, ses valeurs ou du moins à les reconnaître. La valence émotionnelle est au cœur du processus cognitif conscient ou inconscient d'adaptation personnelle au milieu environnant. Cette adaptation peut justement déboucher sur l'intériorisation de nouvelles normes et de nouveaux comportements qui eux sauront susciter une émotion moins forte puis aucune émotion.

Rappelons que cette adaptation n'est ni obligatoire, ni toujours nécessaire, ce que l'observateur « en fait » varie autant en fonction des circonstances, que du terrain lui-même (nul doute qu'une personne travaillant sur le Front National ou la Cosa Nostra n'est pas tenue de changer ses valeurs), que de la personnalité de l' « observateur » ou même de celle des « observés ». Au moins, ces émotions renvoient-elles à une norme, à une valeur qui appelle à la révision. Ou encore l'émotion ressentie indique, donne une mesure de l'écart normatif et de valeur existant entre le soi du chercheur et son environnement à ce titre, elles constituent des boussoles qu'il peut être précieux ou au moins intéressent « d'écouter ». Inversement, la répétition de l'émotion signifie que la révision n'a pas été faite (ou ne peut l'être) et qu'alors, il s'agit d'une valeur ou d'une norme profondément inscrite en soi, il peut alors être intéressant de la détecter, pour là encore sinon la suspendre, du moins limiter le biais qu'elle peut constituer pour aborder et surtout comprendre l' « Autre », sans se laisser envahir par la norme ou la valeur personnelle. Comme certains chercheurs le font, il est également possible de partir de cette émotion pour comprendre l'autre, mais finalement quelque soit la manière dont ces émotions sont « traitées ou « canalisées », elles sont présentes durant l'enquête de terrain et jouent un rôle incontestable tant dans la construction de l'objet, dans la compréhension ou même dans l'analyse parce qu'elles se situent au cœur du processus cognitif d'interaction aux « autres », et nous fournissent un accès à leurs normes et leurs valeurs.

La lecture et l'analyse des « expériences » de terrain de quatre chercheurs montre que ceux-ci utilisent leurs émotions soit directement pour comprendre les faits, ou les « observés », soit comme boussole dans la définition et la construction de l'objet d'étude. Ces quatre auteurs adoptent des postures variables et différentes face aux émotions, mais pour tous, elles ont constitué une porte à travers laquelle le terrain s'est donné à voir, à lire et à comprendre.

Ainsi, S. Mulot relate son expérience de terrain dans l'univers hospitalier prenant en charge des usagers de crack séropositifs au VIH. Elle a rencontré dans ce cadre et côtoyé ces usagers de drogue et s'est trouvée endosser des rôles multiples tant face à ces usagers que face aux soignants qui les prenaient en charge. Elle a gagné la confiance de l'un de ces usagers et rapporte cette expérience comme ayant suscité des émotions fortes, ambivalentes faites de confiances et de doutes quant aux usagers, mais, justement, il me semble intéressant de noter que ces émotions l'ont mise dans la disposition de comprendre certaines des positions (et les émotions) que les soignants adoptaient face à ces patients :

« Cette confiance était-elle nécessaire pour mon travail ? Je me suis finalement rendu compte qu'elle n'était pas indispensable, malgré le fait qu'elle me rassurait sur mon travail, car il s'agissait plutôt d'analyser comment les soignants géraient leurs propres

doutes et incertitudes face aux patients. Cependant, le fait de mettre moi-même en doute cette confiance me permettait de percevoir les difficultés rencontrées dans leurs interactions avec les patients. Je touchais du doigt la difficulté à garder une constance dans les appréciations de patients inconstants, dits difficiles et imprévisibles. » (Mulot, 2010 : 89)

Ainsi, la découverte d'émotions particulières face aux usagers a donné à S. Mulot la possibilité de comprendre les valeurs, les normes auxquelles adhéraient les soignants. Tout son terrain, son objet d'étude n'a pas été guidé par l'analyse de ces émotions, mais elles ont participé à son observation, à sa compréhension et partant à son analyse.

E. Demange (2010) a travaillé, dans le cadre de sa thèse en science politique sur la « transnationalisation de la politique de prévention du VIH/Sida en Ouganda » ; elle interroge la promotion de l'abstinence comme technique de prévention la plus socialement valorisée en Ouganda. L'auteur annonce qu'elle « n'aime pas “ses” acteurs » (2010 : 46), les valeurs qu'ils prônent sont trop éloignées des siennes. Elle explique que c'est en partie cet écart de valeurs qui l'a conduite à se pencher sur la manière dont les pasteurs Ougandais prêchaient l'abstinence. A la fin du terrain, il ne semble guère que ses enquêtés lui aient été « plus sympathiques », mais c'est l'émotion et la valeur qui la sous-tendait qui ont amené l'auteur à construire une partie de son objet d'étude et de là, à tenter de le comprendre en rentrant dans la « peau » d'une potentielle convertie (*ibid* : 46-48)

Le travail de J. Bernard sur le métier d'agent des pompes funèbres est un « modèle du genre », sa recherche consistant en l'analyse de « la manière dont les émotions sont socialement définies dans le cadre des normes et des valeurs en vigueur dans la situation » (2007 :110). Dans ce cadre, son objet d'étude est intrinsèquement lié aux émotions de ceux qu'il observe autant que des siennes, puisqu'il a recours aussi à l'auto-analyse (2006 : 38).

Enfin, S. Musso construit son objet d'étude dans le cadre de sa thèse à partir d'une activité militante antérieure, militantisme qui est une forme déjà politisée d'un type de « colère » (Arendt, 1981 ; Guillaumin, 1992) :

« C'est sur cette “toile de fond” et à l'issue de cet itinéraire que j'abordais ma “thèse de doctorat”, l'anthropologie ayant à mes yeux une vertu majeure : celle de faire de sa subjectivité un outil et un instrument de travail. Elle en avait également une autre : donner la parole aux sans-voix. J'avais alors une représentation que l'on pourrait qualifier de naïve voire romantique de la “fonction tribunicienne” de la discipline. » (2008 : 58)

C'est donc à partir d'un engagement « émotionnel » fort que l'auteur construit son objet mais, en cours de route, l'analyse même a suscité des émotions qui ont ensuite conduit à la réévaluation des valeurs et des positionnements de la chercheuse :

« En exergue à l'un de ses livres, Annie Ernaux note que la possibilité d'écrire était liée pour elle au sentiment d'avoir trahi, et en était en quelque sorte la condition sine qua non (Ernaux, 2006 : 23). Et c'est bien ce sentiment de trahison auquel m'ont confronté la restitution de certaines des expériences ayant constitué une partie de mon “terrain”, voir parfois le seul fait d'avoir pu songer à occuper une position d' “observateur” sur de telles questions. » (Musso, 2008 : 27)

Ainsi, quelque soit le contexte, et le fait de travailler sur le VIH n'est qu'un « révélateur » d'une situation plus générale, à un moment où à un autre de la recherche, les émotions

mettront en jeu les valeurs, les normes et les jugements du chercheur, et celles-ci constituent une occasion de les mettre à jour soit pour les réviser, soit les conserver, soit les faire évoluer. Et ce « travail », cette opération cognitive fait intégralement partie du processus de la recherche, en tant que l'observation nécessite, appelle en anthropologie au moins à une immersion, une interaction avec une « collectivité » dont il faut sinon « apprendre » du moins comprendre les normes (Livet, 2002 :147). Les émotions nous mettent en contact avec les normes que nous nous sommes fixées pour objectif de comprendre, ou du moins de détecter, c'est aussi parce qu'elles sont différentes qu'elles suscitent des émotions, des sentiments qui sont, d'après P. Livet, des formes stabilisées d'émotions (2002 : 8-9). Et si cette collectivité est celle de l'appartenance originelle du chercheur, celle dont on provient, alors, comme dans le cas de S. Musso, c'est l'activité même de la recherche, et ici « l'observation » qui nécessite la suspension de l'action, qui va susciter l'émotion et de là, la révision des valeurs.

Il me semble qu'en étant plus « conscients » du fait que les émotions sont « inhérentes » à la pratique de l'observation participante en anthropologie mais plus généralement en sciences sociales, les chercheurs sont mieux à même de les « contrôler », ou du moins d'en limiter l'effet « contre-productif » voire même « dévastateur » sur le plan intime et humain. Sur le plan épistémologique, leur surgissement émotionnel a la vertu de nous mettre en face de ce que nous cherchons à comprendre, les normes et valeurs des « observés », pour peu que l'on se donne la peine de considérer l'émotivité du chercheur non pas comme un biais, un obstacle ou un « problème » à juguler, mais comme la sonde, le levier qui lui permet de se rendre disponible et ouvert à l'observation et partant à l'analyse.

Textes, acteurs et contextes de l'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida étant posés, il s'agit d'interroger la manière dont les différents acteurs se rencontrent ou s'opposent sur le front de cet engagement. La deuxième partie sera l'occasion de présenter les normes de prévention des nouvelles infections au VIH ayant cours en Ethiopie. La transmission du VIH en Ethiopie étant principalement hétérosexuelle, nous nous intéresserons aux différents organes intervenant dans l'encadrement des pratiques sexuelles. Nous verrons que chacun des acteurs présentés dans le chapitre 2 et 3 interviennent de manière différente mais les valeurs prônées finalement se rencontrent et présentent certaines similarités.

DEUXIÈME PARTIE

Morale religieuse et morale sanitaire

En tant que maladie essentiellement sexuellement transmissible, le sida suscite l'encadrement des comportements sexuels (port du préservatif, réduction de la promiscuité sexuelle, etc.) afin de prévenir les nouvelles infections au VIH. Dès les débuts de l'épidémie cet encadrement a été considéré comme un des axes centraux autour duquel les politiques sanitaires internationales et gouvernementales devaient être articulées. Comme le rappelle, entre autre, D. Fassin la transmission principalement sexuelle de l'épidémie du sida

« Implique des mesures et des messages visant à modifier des pratiques qui appartiennent à la sphère privée et même l'intimité la plus secrète. On a beaucoup dit que cette nouvelle pathologie avait largement contribué à transformer - à « libérer - le discours sur le sexe » (1994 : 746)

Cette partie a pour objet de produire un (autre, au sens de supplémentaire) discours sur les relations sexuelles dans la société éthiopienne.

Pour l'Etat comme pour l'Eglise, il s'agit d'un investissement nouveau. Ainsi, le chapitre 5 est dévolu à la présentation des règles et des normes encadrant traditionnellement les relations sexuelles et les alliances. Nous montrerons que si ces deux institutions avaient produit des textes écrits, les groupes et les individus n'y recourent guère. Le chapitre (chapitre 6) suivant est l'occasion de présenter les normes internationales en matière de sexualité en temps de sida. La notion de risque y sera discutée tant dans ses dimensions analytiques que descriptives. Ces normes éditées ou préconisées par les instances internationales (ONUSIDA, OMS, Fonds Mondial), sont retravaillées ou « reformalisées » au niveau national par le gouvernement et les autorités scientifiques. Nous nous pencherons sur la manière dont ces normes rencontrent celles préexistant dans la société et qui sont portées par la communauté au sens large ainsi que par le christianisme éthiopien. Dans le dernier chapitre, nous verrons comment les Ethiopiens sur les sites d'eau bénite considèrent la cause de leur infection donnant par là, à lire, par la négative, une partie des comportements « sexuels » ayant cours effectivement.

CHAPITRE V

La sexualité et les règles religieuses de comportements

En Ethiopie, comme en de nombreux contextes, les relations sexuelles sont tues, cachées par le voile de la pudeur, de l'intime et de la discrétion. Et contrairement l' « image d'une sexualité [africaine] dépourvue de tout contrôle et de toute limite » qu'ont véhiculé tant des anthropologues du début du XX^e siècle que certaines des instances internationales (Vidal, 2000 : 51-54), elles y sont l'objet d'un encadrement normatif, social et culturel, certain.

En accord avec les constats posés par certains auteurs (Nyblade et al., 2003), les entretiens menés, dans le cadre de cette étude, avec des personnes infectées et des personnes non infectées autour des représentations et des conceptions du VIH, rendent compte d'une forte stigmatisation des PVVIH dans les années 1990 et jusqu'au début des années 2000. Durant cette période, l'infection au VIH était assimilée à une sanction pour des comportements non conformes aux règles sociales et, dans une moindre mesure, religieuses. Les fautes bien que pouvant être de nature diverses ont fréquemment un lien avec les relations sexuelles. Et parmi les représentations du VIH, en Ethiopie, l'idée qu'une infection est la conséquence d'une incapacité à contrôler ses pulsions sexuelles et à se comporter comme un animal est prégnante. Ce qu'atteste l'usage des termes *awurewu*, “animal sauvage”, et *cheraku*, “monstre”, à l'endroit des personnes infectées. Outre que l'on ait affaire ici à un processus de labellisation destiné à tenir à l'écart les stigmatisés et à protéger le groupe (Link, Phelan, 2001), ces représentations renvoient évidemment en contrepoint aux normes sociales et religieuses en matière de comportements sexuels. Il s'agit donc dans ce chapitre de préciser l'évidence et tenter de dessiner ces normes, « traditionnelles » en matière de comportement sexuel.

Par ailleurs, l'implication des congrégations religieuses aux programmes de lutte contre l'épidémie, et notamment sur le volet prévention, amorcée aux milieux des années 1990 à l'échelle mondiale nécessite d'interroger de plus près les normes sexuelles (ou les morales) religieuses susceptibles d'être convoquées. C'est l'objet principal de ce chapitre : déterminer le rôle et la place de cette institution nationale qu'est l'Eglise Tawahedo Orthodoxe Ethiopienne dans l'édition des normes sexuelles ainsi que ses outils ou techniques de contrôle de leur respect. Organisé en quatre temps, ce « discours sur le sexe » pour reprendre, à la suite de D. Fassin, l'expression foucauldienne, débutera par un cadre théorique succinct sur les notions sociologique et anthropologique de sexualité et de norme. Puis, seront présentées les normes écrites en la matière : les règles religieuses et les articles du code civil ayant trait au mariage. Dans un troisième temps, sera proposée, ce que nous avons

choisi d'appeler 'convention' selon la définition proposée par M. Weber (nous y reviendrons), en tant que corpus de règles tacites et explicites régissant les comportements sexuels. Enfin, nous reviendrons sur le thème central du chapitre à savoir le rôle de l'EOTC dans l'édition et le contrôle de leur respect des normes sexuelles.

I. Sexualité et normes : cadre théorique

De nombreux chercheurs de toutes les disciplines afférentes aux sciences sociales notent que même avec l'apparition de l'épidémie du sida et la nécessité de prévenir sa transmission sexuelle, la sexualité n'a que peu fait l'objet d'investigations. Pour M.A. Loyola,

« La sexualité, en tant que telle constitue encore un champ à délimiter, un objet en plein processus de construction » (1999 : 12).

Certains auteurs (Loyola, 1999 ; Lyons & Lyons, 2004) attribuent les premières études sur la sexualité humaine à B. Malinoswki (2000 ; 2002) ainsi qu'à M. Mead (1966). Par ailleurs, M.A. Loyola (1999 :28) rappelle que M. Mauss dans *Sociologie et Anthropologie* (1950) avait attiré l'attention sur la nécessité d'étudier les techniques et pratiques sexuelles.

I.1 La sexualité : un domaine socialement normé en Europe, mais difficilement « modélisable »

Toutefois, une interrogation demeure. En effet, le terme « sexualité » n'existe guère voire pas dans de nombreuses langues, à l'instar de l'amharique. D'après les discussions informelles et les observations menées, il apparaît que les Ethiopiens n'emploient pas de terme désignant l'ensemble des pratiques sexuelles et des discours autour du sexe, telle que recouvre le terme français "sexualité". L'amharique n'a pas de terme équivalent pour désigner la sexualité. Un des termes employés est *fota*, il signifie "sexe" et désigne plutôt le sexe anatomique, les jeunes gens n'y recourent guère. Le terme *wäsib* est plus souvent utilisé pour qualifier ce qui se rapproche de l'activité sexuelle, mettant en jeu un couple. Outre les expressions argotiques et les jeux de mots existants, ces dernières années, les Ethiopiens emploient préférentiellement pour parler de sexualité ou même directement de sexe, le terme anglais *sex*. Nos interlocuteurs nous expliquaient avoir ainsi l'impression d'être « moins grossiers » et plus modernes. Comme il a été explicité dans le chapitre précédent, la question de la sexualité est en Ethiopie délicate à aborder avec une femme, la pudeur et le silence, le secret entourent les relations sexuelles. Dès lors, traiter une thématique pour lesquels les écarts de langue et de conception sont aussi importants, nécessite au préalable quelques prolégomènes théoriques.

L'inexistence émique d'un terme aussi marqué culturellement et historiquement⁶⁴ pose donc le problème de son appréhension, de sa délimitation en tant qu'objet des sciences sociales. Doit-on partir de ce que les cultures ou les sociétés entendent ou incluent dans les pratiques sexuelles ou le sexe voire le mot/concept émique correspondant ou doit-on plutôt prendre

⁶⁴ A titre de rappel, *Le Petit Robert* indique que le mot « sexualité » n'est employé tel quel qu'à partir de 1886.

pour support ce que l'acception sociologique et anthropologique de la notion de « sexualité » désigne dans toute sa multiplicité ?

Le concept de « sexualité » tel que mis en lumière par M. Foucault soit en tant qu'ensemble de pratiques, de comportements, de conduites, de sensations, de plaisirs liés au sexe (Foucault, 1976 : 204) est donc culturellement marqué. Selon M. Jaspard, qui présente une synthèse de l'histoire de la sexualité, celle-ci « est l'histoire de l'intime, du caché, du non-dit » (2005 : 6). Il apparaît que

« Les pratiques sexuelles ont varié dans le temps, mais de façon discontinue et sans aucune synchronisation entre les groupes sociaux, les régions, le milieu urbain ou rural. » (*ibidem*)

Il revient au philosophe M. Foucault d'avoir impulsé une nouvelle dynamique aux études historiques sur les comportements sexuels au milieu des années 1970. Il a montré que la sexualité, la *scientia sexualis*, comme il la nomme, est exclusive à l'Occident et trouve son origine dans les modifications conjointes de l'aveu et du rapport au sexe. Il situe les prémices de la transformation de l'aveu dans le concile de Latran en 1215 puis à l'occasion de la Réforme et de la Contre Réforme au XVI^e siècle (1976). Son fondement est donc religieux. Ce n'est qu'à partir du XVIII^e et de manière plus marquée du XIX^e siècle que les techniques de l'aveu croisées avec la « discursivité scientifique » (1976: 91) qui donnera naissance à la psychanalyse (Jaspard, 2005) aboutissent à l'émergence de la « sexualité » en tant que savoir-pouvoir.

La première transformation des représentations du sexe est contemporaine de l'évolution des régimes de la confession, de la pastorale catholique et du sacrement de pénitence institués par le Concile de Trente en réaction à la Réforme. Si les protagonistes, confesseurs et fidèles, évitent « d'entrer dans les détails » (1976:27), « l'extension de l'aveu, et de l'aveu de chair ne cesse de croître » (1976: *ibid.*). La Contre Réforme « accorde de plus en plus d'importance dans la pénitence – et aux dépens, peut-être, de certains autres péchés – à toutes les insinuations de la chair » (1976: 28). Les racines de cette production discursive plongent dans la tradition monastique et ascétique (1976: 29) et

« Le XVII^e siècle en a fait une règle pour tous. [...] l'important sans doute, c'est que cette obligation ait été fixée au moins comme point idéal, pour tout bon chrétien » (1976:29-30).

La pastorale chrétienne

« En faisant du sexe ce qui, par excellence, devait être avoué, l'a toujours présenté comme l'inquiétante énigme : non pas ce qui se montre obstinément, mais ce qui se cache partout, l'insidieuse présence à laquelle on risque de rester sourd tant elle parle d'une voie basse et souvent déguisée. » (1976:48)

Puis avec l'avènement de la société bourgeoise, capitaliste ou industrielle, comme il choisit de ne pas préciser, le rapport au sexe connaît une autre évolution :

« La société qui se développe au XVIII^e siècle - qu'on appellera comme on voudra bourgeoise, capitaliste ou industrielle - n'a pas opposé au sexe un refus fondamental de le reconnaître. Elle a au contraire mis en œuvre tout un appareil pour produire sur lui des discours vrais. [...] Comme si elle suspectait en lui un secret capital. [...] Ainsi, il est devenu peu à peu l'objet du grand soupçon [...]. Signification générale, secret universel, cause omniprésente, peur qui ne cesse pas. Si bien que dans cette

« question » du sexe [...] deux processus se développent, renvoyant toujours l'un à l'autre : nous lui demandons de dire la vérité [...] ; et nous lui demandons de nous dire notre vérité, ou plutôt nous lui demandons de dire la vérité profondément enfouie de cette vérité de nous-mêmes que nous croyons posséder en conscience immédiate. Nous lui disons sa vérité, en déchiffrant ce qu'il nous en dit ; il nous dit la nôtre en libérant ce qu'il dérobe. » (1976: 92-3)

Parallèlement durant ces trois siècles, les techniques de l'aveu évoluent. En 1215, le Concile de Latran institue une réglementation du sacrement de la pénitence (1976 :78). Il constitue le premier pas du développement des techniques de confession qui diffusent dans l'administration royale et la justice criminelle (*ibidem*) pour aboutir à la production d'un « discours de vérité » par l'individu, discours qui le définit alors (*ibidem*) : « l'aveu est devenu en Occident, une des techniques les plus hautement valorisées pour produire le vrai » (1976 : 79). Alors que la Réforme et la Contre-Réforme envisagent le sexe comme une « inquiétante énigme » (1976 :48), l'aveu, longtemps :

« Etait resté solidement encastré dans la pratique de la pénitence. Mais, peu à peu, depuis le protestantisme, la Contre-Réforme, la pédagogie du XVIII^e siècle et la médecine du XIX^e siècle, il a perdu sa localisation rituelle et exclusive ; il a diffusé ; on l'a utilisé dans toute une série de rapports. [...] Dissémination, donc, des procédures d'aveu, localisation multiple de leur contrainte, extension de leur domaine : il s'est constitué peu à peu une grande archive des plaisirs du sexe. » (1976 : 85)

Et dans son lien avec la *scientia sexualis*, l'aveu est combiné à la « discoursivité scientifique », transformé en une machine à produire un discours scientifique :

« La *scientia sexualis*, développée à partir du XIX^e siècle, garde paradoxalement pour noyau le rite singulier de la confession obligatoire et exhaustive, qui fut dans l'Occident chrétien la première technique pour produire la vérité sur le sexe. Ce rite depuis le XVI^e siècle, s'était peu à peu détaché du sacrement de pénitence, et par l'intermédiaire de la conduction des âmes et de la direction des consciences [...] il a émigré vers la pédagogie, vers les rapports des adultes et des enfants, vers les relations familiales, vers la médecine et la psychiatrie » (1976 : 91)

Les techniques de l'aveu ont donc constitué une base qui a permis l'apparition, l'émergence des sciences de la sexualité qui en retour a participé à la conception, à la construction de la notion actuelle occidentale de la sexualité. Ce concept de « sexualité », tel que présenté ici, n'a donc évidemment pas d'équivalent strict dans la langue culturellement dominante éthiopienne, l'amharique. Il n'existe pas de mot désignant l'ensemble des pratiques et des savoirs autour du sexe. En conséquence, le terme « sexualité » ne sera donc que très rarement employé dans ce chapitre. Le concept ou expression désignant les activités sexuelles *yägeberä sega genegnut* est issue du ge'ez et correspond à l'expression française religieusement connotée "les besoins de la chair". A notre connaissance, peu d'études de type sociologique ou anthropologique ont été produites sur le rapport au sexe en Ethiopie. Certaines pratiques ont été mises en lumière et décrites dans la littérature grise éthiopienne, notamment le mariage « précoce » (Hailé Gabriel Dagne, 1994 ; Pathfinder, 2006 ; UNFPA and Population Council, 2007 : 9-10), la prostitution en milieu urbain a fait l'objet de diverses études (Laketch Dirasse, 1991 ; Reminick, 2006) et enfin, Getnet Tadele a étudié la « sexualité » chez les jeunes éthiopiens vivant en milieu urbain (2006). Cependant, nous

n'avons trouvé aucune recherche portant sur les normes et les pratiques sexuelles éthiopiennes à un niveau plus général ou encore en relation avec le christianisme éthiopien. Nous nous sommes donc basée sur nos propres données de terrain (obtenues essentiellement par des techniques indirectes et simplement en vivant en Ethiopie, au milieu d'Ethiopien, lors de discussion que l'on peut à peine qualifier d'informelles), recoupés par des lectures sur ce thème.

I.2 Les normes : l'écriture pour l'intériorisation ou l'imprégnation par le social ?

Avant d'entrer plus avant dans le vif du sujet, il nous paraît nécessaire de préciser une notion aussi vaste que celle de norme. La norme en tant que fondement de la vie sociale constitue un objet d'étude pour de nombreuses disciplines : la philosophie, le droit, la psychologie, l'économie, l'histoire, la sociologie, l'anthropologie et d'autres encore. Par ailleurs, à l'intérieur de ces disciplines, des spécialités ont émergé comme la sociologie des mœurs qui traite des coutumes et des lois, en tant qu'émanation des mœurs ou la philosophie morale qui s'intéresse aux normes morales (Livet, 2006 ; Demeulenaere, 2003), si bien qu'il est délicat d'en dégager une définition unique. V. Pillon note que selon une approche sociologique :

« Les normes relèvent, [...] d'un processus de contrôle social. [...] On distingue en effet, le contrôle opéré par les individus sur eux-mêmes dans leurs relations sociales, le contrôle des institutions sur le rôle à tenir et les normes à respecter au sein de ces institutions et le contrôle social qui tient au respect d'un système symbolique dont la signification est partagée. » (2003 :29)

« Les normes ne peuvent garantir l'ordre et la cohérence globale de la société » car elles sont pour partie construites et réactualisées au cours des interactions interindividuelles, dès lors,

« Elles représentent [...] un "guide pour l'action", c'est-à-dire un système qui permet l'interaction et qui indique ce qui est valorisé » (*ibidem*)

Ainsi, les normes et les règles en vigueur dans une société sont multiples et sont diversement employées par les individus pour réguler ou orienter leurs comportements. Si toutes les règles et les normes sont des « guides pour l'action », elles n'ont pas toutes la même valeur ou le même poids dans l'encadrement des conduites humaines ; certaines règles sont assorties de sanctions fortes et d'autres d'une simple réprimande.

Dans la mesure où l'objet de ce chapitre est l'analyse de la place de la religion dans l'édition des normes sexuelles et les techniques de contrôle de leur observance, nous nous référerons aux définitions de la norme de M. Weber et E. Durkheim, il s'agit alors de normes sociales⁶⁵. Le fil conducteur des travaux de ce dernier est en effet le « fait moral ». Quant à M. Weber, il rappelle « le rôle central du concept de « conduite de vie » (*Lebensführung*) » (2004 : 139) dans ses travaux. M. Piras rappelle pour ces deux pères fondateurs :

⁶⁵ Pour des discussions plus poussées sur les concepts de norme et de valeur, on peut se référer à l'ouvrage du philosophe LIVET P., 2006, *Les normes*, Armand Colin, Paris. Pour une présentation des diverses théories sociologiques de la norme et du fait, voir la synthèse de DEMEULENAERE P., 2003, *Les normes sociales. Entre accords et désaccords*, PUF, Paris.

« Le rôle central de la sociologie de la religion dans leur œuvre, et l'analyse qu'on peut y trouver des rapports entre la validité factuelle des normes et la religion. » (2004 :139)

M. Piras dégage la définition de la norme chez E. Durkheim suivante :

« La norme est une règle de conduite socialement sanctionnée, engendrée par une « conscience collective », c'est-à-dire par la croyance, partagée par la moyenne des membres d'une société, que cette norme est obligatoire. » (2004 : 142)

Pour E. Durkheim, la force « contraignante et motivationnelle » (2004 : 143) des normes plonge ses racines dans leur origine « sacrée ». Ce sacré qu'il oppose, selon la théorie bien connue, au profane est « constitutif de tout ordre normatif » (*ibidem*). Le concept de norme chez M. Weber, également adossé à celui de sanction, est, selon M. Piras⁶⁶, plus élaboré mais moins stable théoriquement car il intègre une plus grande variété de possible quant au type de norme et quant à l'existence de sanction ou non. Dans une définition première, la norme selon M. Weber est une régularité dans l'activité humaine (1995 : 61), elle est « l'affirmation d'un devoir-être (logique, éthique, esthétique) » (Piras, 2004 : 151), son contenu est idéal soit « doté de valeur ». Il existe ainsi des règles de conduites diversement sanctionnées, celles-ci allant de l'absence de sanction au maximum de sanction : la conduite par intérêt, la coutume, la convention et le droit. M. Weber sépare ces dernières en deux catégories : l'usage et l'ordre (Weber, 1995 : 61-72; Piras, 2004 : 153-4). L'usage « est une régularité de l'agir qui existe seulement en vertu d'une habitude de *fait* » (Piras, 2004 : 153). Il comprend la conduite par intérêt et la coutume. L'ordre, considéré comme un « devoir-être » garanti par une sanction, rassemble la convention et le droit.

L'usage comprend :

- La conduite par intérêt dans laquelle la règle de conduite est guidée par les « moyens à utiliser pour réaliser ses intérêts (...) en cas de violation, il n'y a pas de sanction, mais un résultat non conforme aux attentes » (Piras, 2004 :153)
- La coutume « est le produit de l'habitude que l'on suit de manière irréfléchie » (*ibidem*), librement et plus ou moins consciemment. Leur non-respect n'induit pas de sanction mais des « incommodités », une forme de désapprobation.

L'ordre comprend :

- La convention qui est une « règle de conduite considérée comme « valable » (dans le sens d'idéal normatif) dans une communauté et garantit extérieurement par l'approbation ou la désapprobation » (*ibidem*). En cas d'infraction, la sanction « s'exprime de manière diverse (...) mais toujours sous un mode diffus et non organisé. La conséquence de cette désapprobation est la perte du respect de la part des autres et souvent aussi de soi-même » (*ibidem*)
- Le droit qui est la même chose que la convention mais pour lequel la sanction est « administrée par un appareil coercitif stable » (*ibidem*)

En sociologie, la norme est approchée selon deux points de vues. Selon un premier point de vue, les sociologues visent à « caractériser les normes effectivement présentes dans le cadre de la vie sociale » (Demeulenaere, 2003 :1). Selon le deuxième angle d'approche, la

⁶⁶ Tous les chercheurs travaillant sur ce thème n'adhèrent pas à ce constat et notamment les auteurs cités à la note précédente.

sociologie se donne pour but d'expliquer leur émergence, leur variation et les raisons de leur respect ou de leur non-respect (*ibidem*). Dans ce chapitre, la norme est envisagée selon la première approche, considérée sous l'angle de son rôle dans la « régulation globale de la société » (Pillon, 2003 : 29). Les normes éthiopiennes en matière de comportement sexuel seront donc décrites et caractérisées au niveau local, dans ce chapitre. Dans le chapitre suivant, ce sont les normes institutionnelles, étatiques et scientifiques, qui seront exposées et discutées. Le dernier chapitre de cette partie sera l'occasion d'une présentation des règles effectivement suivies par les personnes.

La distinction faite ici entre normes écrites et non écrites renvoie à la confrontation entre les théories de H. Duerr (1998) et de N. Elias (1973 ; 1975) quant au mode d'intériorisation des règles ou normes de convenance. N. Elias défend l'idée que le processus de civilisation est conjoint avec l'explicitation de normes à travers l'édition de manuels de savoir vivre. Celles-ci étaient demeurées jusque-là implicites, leur exposé clair permettant alors à l'individu de les intérioriser et donc de se civiliser. H. Duerr récuse l'idée que la pudeur soit un résultat de la civilisation. Selon lui,

« Le sens de la pudeur n'est pas une invention de la Renaissance, mais une disposition élémentaire présente dans chaque culture [...] Qu'il relève du domaine du non-écrit et même du non-dit ne rend pas ce code approximatif ou permissif, mais au contraire plus contraignant. » (Burguière, 1998 : XVI)

La démonstration de H. Duerr s'appuie sur les règles de convenance autour de la pudeur et de la nudité. Elles ne concernent pas à proprement parler les relations et les pulsions sexuelles. Cependant, les premières appartiennent à une catégorie similaire qui autorise dans une première approche, à étendre la théorie à ces dernières. Par ailleurs dans une perspective foucauldienne, sera envisagée la question des modes de contrôle du respect des normes. L'origines des normes, pour laquelle de nombreuses théories existent et se confrontent (Demeulenaere, 2003 : Livet, 2006), ainsi que les motivations des acteurs à se conformer à une règle ne seront donc pas interrogées dans le cadre de cette étude.

II. Les normes écrites religieuses

Les règles écrites régissant les rapports sexuels dans un couple émanent principalement de l'Eglise Ethiopienne Täwahedo Orthodoxe et du *Fetha Nägast*, la "Loi des Rois" dont le code civil éthiopien s'inspire pour une partie l'édition des lois ayant trait à la tenue du foyer et aux rôles des époux (Brietzke, 1974). Les règles posées par l'EOTC en matière de mariage, de relations sexuelles entre époux sont très restrictives. En outre, les relations sexuelles sont taboues et entourées d'un silence pudique, elles sont ainsi de l'ordre de la sphère privée et doivent le demeurer.

II.1 L'ascèse extra-mondaine comme idéal de la vie sexuelle

Les nombreuses hagiographies relatant la vie des saints éthiopiens montrent que la plupart, si ce n'est l'ensemble de ces saints étaient des moines⁶⁷. Cette littérature pléthorique dans le christianisme éthiopien rend patent l'importance d'un monachisme hérité de la tradition copte de Saint Antoine et de Saint Pacôme et par là même la prégnance d'une conception du salut par la fuite du monde, de la nécessité d'une ascèse extra-mondaine pour reprendre la terminologie wébérienne (Weber, 1996 : 196-7). Le christianisme éthiopien est une religion de type ascétique extra-mondaine sotériologique et eschatologique, si bien que le salut ne peut advenir qu'en refusant le monde. Afin de sauver son âme, le corps doit également être purifié. Car la "chair est faible, elle nous conduit vers l'iniquité" (Asrès, 2007), elle doit être contrôlée :

« Pensez que la chair conduit à la mort, par contre l'Esprit est la vie éternelle. Lorsqu'on dit « tuer » par l'Esprit la volonté de la chair, cela signifie soumettre la volonté de la chair à la volonté de l'Esprit. » (Asrès, 2007).

L'ascèse prend donc la forme d'une lutte contre le corps traduisant le désir de sortir du monde pour échapper à sa corruption, car le corps appartient au monde réel.

Pour autant, l'Eglise investit le monde réel qu'elle considère comme saint et béni puisque d'origine divine. Dans ce cadre, selon le credo apostolique de l'EOTC, la société humaine, ses dimensions sociales, économiques et politiques sont d'ordres divins et l'Eglise a pour mission de participer à son organisation selon le plan divin (EOC, 1970 : 53). Le mariage, un des sept sacrements de l'Eglise (cf. chapitre 3 section III.3) a pour fonction de régler et de sanctifier une union toute terrestre. Il prend sa source sur le commandement fait à Adam et Eve de croître et de se multiplier pour remplir la surface de la terre :

« Le mariage est pur et l'accouchement est unique car Dieu a créé Adam et Eve pour se multiplier.⁶⁸ » (EOC, 1970 a: 52)

« Le mariage a été institué par le Tout Puissant, qui à la création, a dit à Adam et Eve d'être fidèles, de se multiplier et de peupler la terre. Le Christ nous a enseigné qu'un homme doit s'attacher à sa femme. (Matt. 19 : 4-6) » (EOC, 1970 b: 39)

Le mariage est donc selon l'EOTC une loi donnée par Dieu aux hommes afin qu'ils demeurent sous son ombre. (Kessis Kefyalew Mehari, 2004 : 3).

II.2 La vie sexuelle maritale très encadrée religieusement

Le christianisme éthiopien est riche de rites et de dogmes vétéro-testamentaires lui conférant "une teinte judaïsante" (Derat, 2010 : 1), selon une assertion désormais entendue, notée et argumentée par de nombreux chercheurs⁶⁹. Le caractère judaïsant est, en outre, sensible à travers les conditions de pureté rituelle codifiant l'accès à l'Eglise et à ses divers

⁶⁷ Voir chapitre 2 section IV.

⁶⁸ Traduit par E.B.

⁶⁹ On pourra notamment se référer aux auteurs suivants sur ce point : Hyatt (1928), Ullendorf (1960), Hammerschmidt (1965), Yaqob Beyene (1994).

espaces⁷⁰, de plus en plus sacrés à mesure de leur proximité avec le saint des saints. Fixées de manière certaine sous le règne de Zära Y'aqob (1434-1468) au XV^e siècle dans le "Livres de la Lumière" (*Mäs'häfe Berhan*), puis dans le *Fetha Nägast* - "La Loi des Rois" ou "La Justice des Rois", ouvrage égyptien copte du XIII^e siècle, introduit en Ethiopie et traduit en *ge'ez* au XV^e siècle (Ullendorf, 1968 : 101) - ces règles font référence à l'Ancien Testament et se rapprochent des lois Hébraïques (Derat, 2010 :2).

Dans ces ouvrages, l'attention est portée sur la pureté rituelle fixant l'accès d'un sacré, d'origine divine ou habité par le divin, donc issu d'un monde non corrompu. L'autre monde, le profane, monde réel, est considéré comme également créé lui par Dieu mais habité par le diable et dont il est nécessaire de se protéger pour sauver son âme. Cette conception aboutit à et rend compte d'une tension permanente entre la nécessité d'organiser la vie terrestre, dans ses aspects sociaux, politiques et économiques tout en sauvant les âmes, en les protégeant du diable ainsi qu'en préservant les espaces et les objets sacrés plus proches du monde spirituel. Cette contradiction apparente se résout en partie dans l'ensemble de règles fixant la vie des laïcs et des prêtres mariés. Ce corpus de règles permettant de sanctifier le mariage a pour objet principal tout ce qui se rapporte aux organes sexuels ainsi qu'à leur rapprochement dans le cadre de la relation sexuelle.

La cause d'impureté la plus redoutée est celle ayant trait aux organes sexuels en activité (expulsion de liquide séminal, les menstrues [Ullendorf, 1968 : 104]) soit tout ce qui rappelle de près ou de moins près la relation sexuelle et le plaisir qui peut en découler. Pour autant cette relation sexuelle aboutissant à la procréation, le christianisme ne peut l'empêcher. L'Eglise qui considère ces relations comme un "besoin personnel de la chair", *yägeberä sega genegnūt*, encadre donc rigoureusement les rencontres sexuelles des époux en les assujettissant à la procréation.

« Que le mariage soit honoré de tous, et le lit conjugal exempt de souillure, car Dieu jugera les impudiques et les adultères. » (Hébreux. 13 : 4 cité par Kessis⁷¹ Kefyalew Mehari, 2004: 4).

Le mariage religieux est dans le christianisme éthiopien doublement sacré dans la mesure où il est associé au sacrement de l'eucharistie (Ancel, 2005 : 287 ; EOC, 1970b : 40). Le divorce est interdit, sauf pour des cas d'adultère, et les contrevenants qu'ils soient ou non à l'origine du divorce, s'exposent à l'excommunication, sanction chrétienne la plus sévère (Ancel, 2006 : 287 ; EOC, 1970b : 40). L'EOTC fait référence au *Fetha Nägast*, la "Loi des Rois", pour fixer l'âge du mariage à 15 ans pour une femme et 25 ans pour un homme (Kessis Kefyalew Mehari, 2004). L'EOTC a un point de vue relativement ambigu quant à la virginité des époux. Elle est explicite pour les jeunes femmes, il est même « le principal cadeau que la fiancée fait à son époux » (*ibidem*). La réciproque ne semble pas avoir le même caractère obligatoire, puisqu'elle est passée sous silence pour le fiancé. Pourtant, le sacrement de l'eucharistie auquel est associé celui du mariage nécessite une pureté rituelle irréprochable, qui implique une posture pénitente et un jeûne préalable pour les deux protagonistes (Ancel, 2006 : 285-288).

⁷⁰ Sur l'organisation tripartite des églises voir le chapitre 3.

⁷¹ Le terme *Kessis* désigne un prêtre.

Le *Fetha Nägäst* énumère également les périodes et les occasions au cours desquelles les relations sexuelles entre époux sont interdites (Ullendorf 1968 : 104). Précisons d'abord que dans l'ensemble, les femmes parce qu'elles représentent la fertilité, l'acte sexuel et donc les tentations de ce monde, sont fortement associées à l'impureté. Ainsi, les femmes en période de menstruation n'ont qu'un accès réduit aux biens de salut et aux espaces sacrés (Wright 2002 : 33-34). Cet ensemble de codes d'accès au sacré le protégeant de l'impureté rend compte de la conception du corps en général (Douglas, 2001; 2004) et celui des femmes en particulier, considérées comme irrémédiablement attachées à ce monde créé par Dieu mais habité par le diable. Ainsi, à l'occasion de leurs menstrues, les femmes sont impures pendant sept jours, durant lesquels les relations sexuelles sont prohibées (Wright 2002 : 33). De même, pendant la grossesse, les époux ne sont pas autorisés à dormir ensemble. Si l'enfant est une fille, l'époux se rendrait coupable d'inceste, si l'enfant est un garçon, le contact serait assimilé à un acte homosexuel (*Fitha Negest* [sic] 24, N° 838 cité par Kessis Kefyalew Mehari, 2004 :87). Après avoir enfanté, les femmes sont impures, jusqu'à ce qu'un prêtre vienne purifier la mère, l'enfant ainsi que l'ensemble de la demeure. Outre le fait que les rencontres sexuelles entre les époux soient interdites pendant cette période, toute personne s'approchant ou rentrant en contact avec l'enfant, la mère ou tout objet ayant été en contact avec eux, se voit interdit l'accès à l'enceinte de l'Eglise (Parkyns 1920 cité par Ullendorf 1968 : 105). Enfin, le *Fetha Nägäst* indique qu' "un homme n'a pas le droit de dormir avec sa femme en période de carême⁷²" (Ullendorf, 1968 : 104 ; Kessis Kefyalew Mehari, 2004 : 88). Les périodes de carême que les laïcs sont tenus de suivre couvrent 180 jours sur l'ensemble de l'année (Kaplan, 1984 ; Wonmagegnehu Aymro, Motovu Joachim 1970), auxquels il faut ajouter le mercredi et le vendredi, qui sont également des jours jeûnés. Enfin, le samedi et le dimanche étant des jours saints, les rencontres sexuelles entre époux font également l'objet d'une interdiction (Entretien avec le *bahetawi* G. M., Ent'ot'o Maryam, janvier 2006). Ainsi, selon les règles religieuses, encore en vigueur si l'on en croit les prêtres et les moines de l'EOTC (et/ou de l'Eglise éthiopienne), en cumulant les périodes frappées de prohibition, les rencontres intimes au sein d'un couple marié ne sont autorisées que soixante jours sur l'ensemble de l'année.

Le fait que dans les années 1950, les règles religieuses en matière de comportement marital et d'âge du mariage contenues dans le *Fetha Nägäst*, aient été reprises comme support du code civil édité en 1960, atteste de leur valeur juridique. Elles constituent donc une norme au sens durkheimien puisque le droit laïc se fonde dans le sacré. Qu'en est-il selon les définitions wébériennes ? Nous avons vu que les règles donnant lieu à une sanction « réelle » étaient réparties entre les conventions pour lesquelles la sanction est diffuse et non organisée et le droit pour lequel la sanction est appliquée par une institution. M. Weber précise toutefois qu'il peut très bien s'agir d'un lignage ou encore d'un censeur mandaté par une Eglise. La condition pour conférer à une règle le statut de « droit » est qu'il existe « une instance dont l'activité serait *spécialement*⁷³ orientée » (1995 :70). Les règlements religieux énumérés précédemment appartiennent donc théoriquement à cette catégorie. En effet, S. Ancel (2006 : 309-310) rappelle que les sanctions afférentes à certains péchés graves et

⁷² A titre de rappel, le carême consiste en un jeûne jusqu'à trois heures de l'après-midi pour les plus observants et au minimum une abstinence de toute nourriture d'origine animale (œuf, lait, viande, beurre, etc.).

⁷³ En italique dans le texte.

notamment ceux ayant trait à la chair, sont consignées par écrit dans divers ouvrages théologiques et entre autres le *māsh'afä anqäs'ä nesseh'a*, recueil de textes canoniques et de formules. Il établit les pénitences pour les péchés les plus courants et par exemple :

- « 1- Celui qui rend hommage aux idoles et aux étoiles, aux arbres et aux pierres : douze *suba^cé* en supplication [*bä-qännona*] et trois années de pénitence [*bä-nessha*].
- 2- Celui qui insulte les prêtres : neuf *suba^cé* en supplication et un an de pénitence.
- 3- Celui qui touche la femme d'un autre : trois ans en supplication et sept ans de pénitence.
- 4- Celui qui se marie avec un membre de sa famille : douze *suba^cé* en supplication et 1 ans de pénitence.
- 5- Celui qui tue son père et sa mère ira à Jérusalem et y restera jusqu'au jour de sa mort.
- 6- Celui qui interroge les magiciens : dix-huit *suba^cé* en supplication et deux ans de pénitence.
- 7- Celui qui désire la santé de son corps : neuf *suba^cé* en supplication et quatre ans de pénitence.
- 8- Celui qui a des relations sexuelles avec une femme le mercredi, le vendredi, le samedi, le dimanche et 9 autres jours : 69 *suba^cé* et 3 ans de pénitence.» (*Anqäs'ä nessh'a*. 2003-2004 : 12-13 cité par Ancel, 2005 : 309-10)

Cet ouvrage est à destination des prêtres et confesseurs. Ils ont donc la charge à travers l'outil de la confession de faire respecter le « droit ». L'Eglise chrétienne éthiopienne est donc dotée en théorie d'un arsenal de règles (ou règlements) explicites, d'agents susceptibles d'en vérifier l'observance, et d'un ensemble de sanctions hiérarchisées préétablies. Toutefois, nous allons voir que la majorité des fidèles suivent d'autres conventions.

III. Les normes sexuelles traditionnelles non écrites

Des éléments historiques et des données actuelles montrent que le sacrement du mariage ou le mariage par le sacrement de l'eucharistie n'a guère la faveur de la population éthiopienne. En effet, le mariage religieux, considéré comme trop contraignant, n'est célébré que par les personnes très pieuses et/ou matures, à partir de 45 ou 50 ans. Le code civil éthiopien de 1960, à l'instar du code de la famille révisé de 2000 confère d'ailleurs une valeur juridique à trois sortes d'alliances : le mariage coutumier, le mariage civil et le mariage religieux (Civil Code, 1960 : 100 art. 606 ; The Revisited Family Code 2000 : 3 art. 4).

III.1 Les règles coutumières priment en matière de mariage et de sexualité

Le mariage religieux appelé également *qurban* que nous avons détaillé jusqu'ici est le moins contracté par les époux qui lui préfèrent les autres types de mariages voire n'institutionnalisent guère leur union. Ainsi, d'après nos observations, il semble que les mariages civils ou même coutumiers ne soient pas toujours utilisés. En effet, les mariages coûtent un certain prix (nous y reviendrons), et de nombreux Ethiopiens vivent simplement

en union, la situation est, dès lors, plus fluide, moins établie. Les unions libres sont fréquentes, tout autant que les séparations et certaines personnes se considèrent mariées sans toujours l'être de fait. Toutefois, il faut noter que parmi toutes ces formes d'unions, sans doute la moins employée par les Ethiopiens est le mariage religieux.

Ces préférences ne sont pas récentes ainsi que l'attestent les récits des voyageurs étrangers ayant séjourné en Ethiopie au XIX^e siècle (Vô Van, 2006 : 517-519). Plus récemment, Tekle-Tsadik Mekouria (1962 : 135-150) détaille la manière dont les alliances sont conclues entre jeunes gens, et explique :

« En tout cas après les fiançailles suivra le mariage par l'entremise de l'Eglise qui légalise trop, ou sans Eglise par le simple contrat du mariage qui facilite le divorce le cas échéant » (Tekle-Tsadik Mekouria 1962 : 139)

Or le divorce est en Ethiopie commun et possible pour tous les mariages sauf comme nous l'avons vu pour l'alliance religieuse. Il existe dans la société éthiopienne de nombreux types de contrats et de types de mariages. B. Taverne rappelle que

« A travers la sexualité "ce que les hommes s'efforcent de reproduire, ce n'est pas leur espèce (...) c'est le groupe social auquel ils appartiennent" (Godelier, 1995 : 119). Dans toutes les sociétés humaines, la reproduction biologique/sociale est inscrite dans un système de parenté, à travers les règles de la filiation et de l'alliance. C'est dans ce domaine que s'exprime de la manière la plus précise la codification de la sexualité et la nature des relations entre les personnes. » (1999 : 509-510)

La présentation des différentes formes de mariages existantes en Ethiopie permet donc de brosser une esquisse des relations sexuelles « autorisées » dans cette culture. Dans la suite du propos seront présentées d'autres pratiques, moins « encadrées » explicitement, qui la complètera et terminera une esquisse finale, et guère plus car en l'état actuel des connaissances sur le sujet, il est délicat de dresser un tableau précis des règles matrimoniales et sexuelles en vigueur en Ethiopie.

Le mariage par contrat est le mariage civil, dénommé en amharique *semanya* ou *balekul*. Il est célébré à la mairie ou devant les autorités administratives légales, si divorce il y a, chacun des époux repart avec ses possessions originelles (Reminick, 2006 : 178) ainsi que la moitié des biens accumulés durant le mariage (Laketch Dirasse, 1991 citée par Tabet, 2004 : 14). Il existe d'autres types d'alliance : le *demoz/gered* que les anglais traduisent par "temporary paid labour marriage", « le mariage pour travail temporaire ». Le terme amharique *demoz* signifie littéralement « salaire ». Ce type de contrat présente les particularités suivantes :

« Le mariage *damoz* [*sic*], le mariage contre compensation ou salaire est temporaire et de durée définie : l'accord le plus fréquent se fait pour un mois, renouvelable éventuellement, mais la durée peut varier d'une semaine à un an ; la rémunération ou salaire de l'épouse y fait l'objet d'une négociation. Le mariage *damoz* se pratique souvent à l'occasion de voyages, de séjours prolongés sur des marchés, ou dans d'autres situations de ce genre. L'homme se trouve avoir à sa disposition une « épouse-auberge » dans ses lieux de séjour ou bien (par le passé surtout) une épouse qui l'accompagne dans ses déplacements. Il s'assure par un contrat à terme, l'ensemble des services sexuels et domestiques d'une épouse : le lit, les repas, le ménage, la maison. Ce mariage étant reconnu par la loi, la femme peut recourir au tribunal si elle n'est pas payée conformément aux accords passés ; l'enfant éventuellement né de

l'union aura droit à une part de l'héritage paternel. Légalement donc, il s'agit d'un vrai mariage, non assimilable en Ethiopie au rapport occasionnel ou au rapport considéré comme prostitutionnel. Le statut de l'épouse *damoz*, inférieur à celui des épouses des autres formes de mariage, est cependant plus élevé que celui des concubines, par exemple des *yacan garad* pour l'usage sexuel et dont les enfants, illégitimes, n'ont pas droit à hériter de leur père. » (*ibidem*)

Ce type d'alliance permet, donc, à des hommes étant pour une longue période loin de chez eux, de vivre avec une femme pendant cet intermède. Il existe également le mariage précédé de « provision of labour », ou *k'ot'assir* et enfin le mariage par abduction ou enlèvement ou *telefa* (Getnet Tadele, 2006 : 76-78). Ce dernier n'est aujourd'hui plus reconnu comme valide toutefois, une des cérémonies précédant le mariage civil ou *semanya*, mime l'enlèvement de la mariée par le futur marié, rendant compte de son empreinte dans la symbolique éthiopienne actuelle du mariage. Pour ce type de mariage, *telefa* ou mariage par abduction, l'homme désirant épouser une jeune femme l'enlève, souvent alors qu'elle se rend à l'école ou pendant qu'elle va chercher de l'eau et la cache pendant quelques temps. Il arrive aussi qu'il ait des relations sexuelles avec elle, provoquant une grossesse qui facilite l'acceptation et la reconnaissance de l'alliance. Les notables et anciens du village seront contactés pour intervenir dans la négociation du prix de la mariée et pour servir d'entremetteur entre les familles des futurs époux. Ce type de mariage est souvent considéré comme violent puisque associé au viol ; cependant, il ne peut être réduit à cela.

En effet, dans les mariages courants, les mariés n'étaient pas consultés par la famille pour choisir leur futur conjoint. Cette pratique semble toujours en vigueur actuellement, quoique dans une moindre mesure. Les entretiens menés sur les sites d'eau bénite auprès des PVVIH témoignent de la prégnance du phénomène qui touche tant des jeunes femmes de 25 ans que personnes d'une quarantaine d'années, ce phénomène semble toutefois plus prégnant en milieu rural. Ainsi le mariage *telefa* ou mariage par abduction advient quand un homme désirant épouser une jeune femme ne peut l'obtenir, soit parce que les parents de la jeune femme convoitée s'opposent à l'union, soit (et cela n'est pas antinomique) parce que l'homme n'est pas en mesure de couvrir les frais de la cérémonie et de subvenir aux besoins de sa potentielle épouse, soit également parce que la jeune femme refuse la proposition. Cependant, il est également des cas, où ce sont les jeunes gens, qui désirent s'unir officiellement, en dépit du refus des parents de la jeune femme. En effet, les mariages étant parfois le fruit d'arrangement entre familles qui négociaient alliances et terres, pouvoir ou bien symbolique, les désirs et sentiments des épousés n'étaient pas pris en compte et n'avaient pas le droit de citer. En milieu urbain les unions « libres » sont par contre plus fréquentes. Dans ces conditions, le mariage par *telefa* représente une possibilité pour les amoureux de s'unir selon leur cœur. Durant une enquête de terrain, sur le chemin de retour d'un site d'eau bénite, notre interprète et nous-même avons été accueillis par de jeunes mariés ayant usés de ce moyen pour s'unir. Leur attachement réciproque et l'amour qu'ils se portaient émanaient de chacun de leurs gestes, si bien qu'il aurait été injuste de remettre en cause la véracité de leur histoire. Par ailleurs, le mime de l'enlèvement durant un mariage civil bénis par les parents des conjoints corrobore cette interprétation. Il n'est toutefois pas douteux que certains mariages par *telefa* aient lieu contre le grès des jeunes femmes, impliquant un cortège de viols et d'abus, et constituant une violence pour la jeune femme.

Enfin, un autre type de relation, cette fois non maritale mais formellement acceptée et reconnue est le *yech'an gered*. R. A. Reminick rapporte que « les aristocrates de la période féodale emmenaient avec eux des servantes, appelées *yech'an gered* (littéralement thigh-servant), notamment durant leurs voyages, pour leur propre plaisir, mais aussi pour initier leurs fils à la vie sexuelle (Laketch Dirasse, 1991 : 6 ; Reminick, 2006 : 178). Au regard des observations menées, mais là encore, les données sont délicates à collecter de manière systématique, il nous semble que telle que décrite par ces deux auteurs, cette pratique ne perdure guère aujourd'hui, à tout le moins, elle n'implique guère d'aristocrates partant en campagne « militaire » avec leur fils. Par contre, les relations sexuelles entre un maître de maison et une servante sont très vraisemblablement fréquentes, qu'elles aient lieu par désir commun ou par jeu de domination. La deuxième option est sans doute plus récurrente que la première. Pourrait-on considérer cette « pratique » comme une sorte d' « héritage », quelque chose qui perdure tout en changeant « vaguement » de forme ? En l'état actuel de nos recherches la question demeure entière.

Enfin, il existe d'autres types d'alliances moins formellement reconnues, que nous développerons prochainement. Ce tour d'horizon des types d'unions matrimoniales appelle à la nuance. L'attention à la diversité des situations quoique complexifiant la description permet de rendre compte de la multiplicité des possibles et de la complexité des relations matrimoniales, de la place de la femme et des jeunes hommes et des pratiques sexuelles dans la société éthiopienne. Toutefois comme le note Laketch Dirasse (1991) et R.A. Reminick (2006), les alliances matrimoniales sont souvent fondées et reproduisent « une forme subtile de réciprocité asymétrique » (Reminick, 2006 : 177), les hommes ayant le pouvoir politique et l'argent, les femmes le pouvoir domestique mais surtout leur corps. De plus, la multiplicité des arrangements matrimoniaux et l'existence des règles écrites tant religieuses que civiles sur ce thème montrent que les relations sexuelles sont dans la société éthiopienne principalement envisagées dans le cadre spécifique du mariage ou du moins de l'union.

Nous avons vu que les textes religieux établissaient la nécessité de virginité pour les femmes, mais aussi pour les hommes quoique ceux-ci étant les aînés de leurs épouses de 10 à 15 ans, la possibilité de leur virginité est, dès lors, remise en cause. Qu'en est-il d'un point de vue de la pratique effective « traditionnelle » ?

III.2 Un témoin de la hiérarchisation des normes : la domination masculine dans le cadre du mariage, du code civil aux pratiques réelles

Ceci est particulièrement vrai pour les femmes, car les hommes ne sont pas tenus d'être vierges le jour de leur mariage qu'il s'agisse d'un mariage religieux ou non. La domination de la femme est assurée par diverses autres mesures que l'on retrouve dans le code civil de 1960. Un des aspects les plus évidents a trait à l'âge minimum des époux lors du mariage. Il est fixé à 15 ans pour les femmes et 18 ans pour les hommes dans le code civil de 1960 encore en vigueur en 1999. Il est aujourd'hui de 18 ans pour les deux protagonistes, signe d'une évolution de la situation. Cependant, les âges fixés par le code civil de 1960 constituent un changement par rapport au code religieux qui, lui, établissait l'âge limite du mariage à 15 ans pour les femmes et 25 ans pour les hommes. Les femmes étant alors tenues d'être vierges pour leur mariage mais non les hommes ce qui signifie implicitement que

l'homme a eu des expériences sexuelles préalables. Par ailleurs, le premier code civil éthiopien stipule que les femmes doivent obéissance à leurs époux et l'époux protection à sa partenaire (code civil, 1960). Cet ordonnancement est établi par le code civil de 1960 comme suit : l'article 635 précise que l'homme est le chef de famille et que sa femme lui doit obéissance en ce qu'il lui ordonne. L'article 643 se fait le pendant de la loi religieuse en statuant sur l'obligation de fidélité réciproque. L'article 644 précise que l'époux se doit de protéger son épouse et d'être attentif à ses fréquentations et de la guider dans la conduite dans l'intérêt du ménage, de manière non arbitraire et abusive (Civil code, 1960 : 106-107). Comme dans de nombreux pays d'Afrique, les femmes n'accèdent à un semblant d'autorité qu'à partir du moment où elles sont mères. L'injonction d'enfanter est donc prégnante (Coquery-Vidrovitch, 1994). La société éthiopienne semble traditionnellement considérer cette question de la reproduction encore plus sérieusement que les textes religieux et civils. En effet, le *Fetah Nägäst* et le code civil de 1960 fixent l'âge des époux à 15 et 25 ou 18 ans selon le texte et le sexe. Mais encore aujourd'hui en milieu rural, et selon une pratique ancienne qui faute de donnée ne peut être datée avec précision, les jeunes filles sont épousées plus précocement que ce qu'indiquent ces prescriptions matrimoniales écrites. Ainsi, parfois dès l'âge de 8 ans, mais plus fréquemment autour de l'âge pubère, entre 10 et 14 ans, les filles sont mariées à des hommes de 10 à 15 ans leurs aînés (UNFPA and Population Council, 2007 : 9-10 ; Pathfinder, 2006). Selon Hailé Gabriel Dagne, (1994 : 37), les familles pratiquant les mariages précoces ne connaissaient pas l'existence de la loi de 1960 fixant les âges des époux à 15 ans pour les filles et 18 ans pour les hommes ni d'ailleurs celle de l'EOTC pourtant réputée pour sa proximité avec ses fidèles en milieu rural. Lors de nos enquêtes de terrain, nous avons pu rencontrer à deux reprises et en milieu rural deux jeunes femmes ayant été mariées très tôt, à 13 et 14 ans, et ayant eu leur premier enfant à 16 ans. Et on nous a rapporté que, dans la région de Gondar, les adultes concluent des alliances en promettant d'unir leurs enfants dès que ceux-ci ont atteint l'âge de huit ans, voire parfois avant cet âge. Ce qui n'implique pas toujours que les enfants promis l'un à l'autre se marient à cet âge, mais uniquement qu'ils sont engagés dans une union. D'après nos interlocuteurs, ils sont ensuite unis effectivement dès qu'ils sont en âge d'avoir des enfants, soit après la puberté.

Quant au corps des femmes, les traditions ou coutumes établissant des pratiques matrimoniales témoignent de représentations similaires à celles livrées par les règles tant de l'Eglise que de l'Etat. Les premières sont cependant plus précises et en règlent les détails. Un auteur éthiopien des années 1960, inquiet de l'eupéanisation des jeunes gens, s'attache à montrer, dans un ouvrage intitulé *Le portrait de l'Ethiopie Chrétienne*, la beauté de la culture éthiopienne et détaille les rapports hommes/femmes et les pratiques matrimoniales :

« Dans le premier contact de la première nuit, la lutte sera forte dans leur chambre entre eux. La jeune fille, comme elle n'a jamais dit « oui », à ses parents pour les fiançailles ou pour le mariage, elle ne se laissera non plus touchée volontairement pas son propre époux. Elle ne donne jamais le feu vert. Il faut qu'elle lutte et qu'on la force au moins. Si pendant cette lutte un grand cri retentit c'est l'annonce de l'existence de la virginité qui cause la joie à tout le monde, particulièrement au marié qui sera fier légitimement d'avoir une épouse qui n'était salie par personne. Il se sent être un alpha omega de son épouse. Les parents sont félicités d'avoir bien contrôlé leur fille jusqu'à ce jour. Certes tous les cris même assourdissants ne signifient pas toujours

l'intactibilité [*sic*] de la jeune, puisque certaines filles peuvent crier pour faire semblant d'être vierges. Il faut par conséquent que le cri soit justifié par le fait, généralement par l'apparition du sang que les témoins du marié peuvent présenter le lendemain matin aux parents de la jeune fille avec les chansons traditionnelles.

Malheur à cette jeune fille qui n'a pas pu résister pour conserver sa virginité jusqu'au jour de son mariage légal. Elle peut causer le déshonneur à son mari, à ses parents et à elle-même. » (Tekle-Tsadik Mekouria 1962 : 142-143)

La pudeur autour des relations intimes entre époux, nous a conduit à opérer en partant de ces informations. Elles ont été proposées aux personnes rencontrées ce qui a permis de les vérifier, les nuancer ou les contredire. Ainsi, les informations citées dans ce paragraphe semblent encore en vigueur en milieu rural chrétien. Les personnes interrogées nous ont précisé que dans certains cas (et encore en milieu rural), le témoin aide le marié à déflorer sa jeune épouse, celui-ci ne sachant parfois pas s'y prendre, ou parce que la jeune fille se débat trop ou encore parce que son hymen est trop résistant.⁷⁴

Le mariage est, comme le notent Paola Tabet (2004) et Coquery-Vidrovitch (1994), une institution destinée à contrôler la fécondité des femmes et à les maintenir dans le cycle de reproduction, naissance/allaitement (Tabet, 1999 : 91). Mais déjà avant le mariage, le corps des femmes est l'objet d'un contrôle accru, et finalement ne leur appartient que de manière parcellaire. Pendant l'enfance, parce que considéré comme pur et non encore entaché par le péché ou le potentiel péché, le corps jouit d'une certaine liberté. Ainsi, d'après nos observations, les petites filles ont une certaine liberté de mouvement, elles peuvent aller visiter leurs amis, se rendre chez un voisin, ou aller faire quelques courses. Cette liberté (relative) est également sensible dans leur accès à l'eucharistie, autorisé jusqu'à la puberté (Ancel, 2005 : 287 ; EOTC 1970a et b). En période pré-pubère, à partir de 10 à 12 ans, les jeunes filles voient leurs déplacements à l'extérieur de la maison retraits et contrôlés. Les sorties autorisées sont l'école, l'église ou la mosquée (Getnet Tadele, 2006 : 176), et éventuellement les courses dans les alentours. Il est, à partir de ce moment là, très mal considéré qu'une jeune fille soit trop souvent dehors, l'entourage de la famille, les voisins jugent alors mal tant la famille de la jeune fille qui est considérée comme « ne tenant pas sa fille » que la jeune fille elle-même. Inversement, les garçons pubères peuvent aller et venir à leur guise, sortir et rentrer de la maison quand ils le désirent et faire dans l'ensemble à peu près tout ce que bon leur semble. Dès cet âge, on ne demandera plus à un garçon des comptes sur ce qu'il a fait et où il s'est rendu, un espace privé et intime lui est accordé, sur lequel, même son père n'aura que peu de droit de regard (Observations, et observations participantes, Addis Ababa, Diré-Dawa, Harar, Lalibela, 2002-2009). On leur enjoint aux jeunes filles de demeurer innocentes et pudiques. Et elles ne doivent rien savoir des attirances sexuelles ni de ce qui concerne les relations sexuelles. Les ONG disent rencontrer des difficultés à les attirer en leur sein dans le cadre notamment des anti-AIDS clubs. Par ailleurs, une jeune femme en sortie tardive, vers 10 heures du soir, est, selon une conception encore en vigueur, susceptible d'être violée et d'ainsi contracter le sida (Nyblade, Pande and al. 2003).

⁷⁴ Entretiens avec Abebe et Tewodros (Addis Ababa, mai 2008).

III.3 Des normes écrites inconnues et des normes communautaires prégnantes

Il ressort donc de cette présentation des différentes règles, normes, conventions en matière de mariage, que les règles écrites ont un poids moindre que les règles non-écrites. Les règles les moins suivies sont les normes religieuses. Le statut du code civil est plus délicat dans la mesure où il a été composé à la fin des années 1950, en prenant appui tant sur les textes religieux (existence et âge du mariage) que sur les pratiques effectives et les règles qui les codifient. Toutefois en l'absence de données sur les sanctions associées à leur non-respect, il est donc impossible, à ce stade, d'évaluer précisément sa pénétration dans les pratiques réelles. Dans une première assertion, nous pouvons noter que la société éthiopienne des années 1950 est majoritairement illettrée, elle n'a donc peu voire pas accès à ces règles. D'autre part, le code civil reconnaît la validité des mariages coutumiers et donc des instances qui en assurent le respect, fixent et mettent en place la sanction. Le mariage par abduction n'est pas explicitement autorisé par le code civil, il est pourtant existant, encore aujourd'hui. Ainsi, malgré le support coutumier du code civil, il semble que celui-ci ait moins de poids que les conventions ou le droit (aux sens wébériens) non écrit portés par d'autres instances sociales. Enfin, il est notable que les règles non explicites et/ou non écrites soient sinon plus précises du moins plus étendues que les règles écrites. En effet, aucun texte n'établit que le témoin du marié puisse assister ce dernier à la défloration de sa femme, ni qu'un enlèvement d'une jeune fille suivi d'une grossesse peut déboucher sur un mariage.

On peut toutefois poser en première hypothèse que tout se passe comme si les règles écrites statuaient sur les grandes lignes de l'organisation sociale, et explicitent les fondements idéologiques de la société. Les coutumes et traditions règlent le détail, assurent la domination quotidienne, elles encadrent les comportements par le menu. Ces règles sont plus ou moins tacites, plus ou moins explicites. Elles ont, comme l'ont montré les sociologues des normes parmi lesquels M. Weber et E. Durkheim, la force de l'impensé et impriment les corps dès l'enfance. En effet, l'éducation de jeunes filles comme celle des garçons est guidée par un ensemble de préceptes qui ne sont pas toujours formulés explicitement mais qui perpétuent la domination masculine et le contrôle des corps des femmes. Au regard de cet état de fait, nous ne pouvons à la suite de H. Duerr (1998) que remettre en cause la théorie de N. Elias (1973 ; 1975) qui conçoit le processus de la civilisation « comme le passage [des règles de conduites] de l'informel au formalisé » (Burguière 1998 : XVI) permettant à l'individu d'intérioriser ces règles et de contrôler ses pulsions. Nous avons vu qu'au contraire, les règles écrites n'étaient guère suivies. Si bien que ce sont les règles non-écrites voire implicites qui guident les comportements des individus. Ainsi, il en va des relations sexuelles et du mariage comme de la pudeur et de la nudité, ce sont les règles non-écrites et non-dites qui sont intériorisées et appliquées.

Parallèlement à cet encadrement des genres, il existe pour les femmes comme pour les hommes des espaces de "liberté" à l'intérieur de cet ensemble de contrainte. Si le contrôle des corps et des comportements amoureux est patent à l'adolescence et jusqu'au mariage pour les jeunes femmes, il perd de sa force, dans cette société hiérarchisée aussi par l'âge, pour les femmes mariées et/ou ayant des enfants. En effet, dans la mesure où le rôle de mère

est valorisé, une fois ce statut atteint et pérennisé, elles jouissent d'une relative autonomie, sont libres de leurs mouvements et sont respectées⁷⁵.

III.4 Des règles explicites aux conventions tacites : le *wushema* et le *qemet'*

Wushema signifie "amant", et *qeme't* "maîtresse" ou encore le fait d'"avoir un amant/une maîtresse". D'après Laketch Dirasse (1991) et R. A. Reminck (2006), ces termes désignent des « relations hétérosexuelles informelles » (Reminck, 2006 : 179), le *wushema* qualifie l'« amant » qui est « vu ouvertement quand la femme est célibataire, et en cachette quand elle est mariée » ; dans les deux cas, et contrairement au mariage, la femme conserve son lieu de résidence et les rencontres entre « amants » y ont lieu (*ibidem*). Dans la majorité des cas, et surtout pour les femmes mariées, ces pratiques (le fait d'avoir un amant/une maîtresse) est secret, caché et doit le demeurer. Cependant, elle semble relativement courante d'après le coordinateur de la lutte contre le sida de UNFPA, et plusieurs informateurs dont certains étaient affiliés à l'EOTC. Cette dernière considère l'adultère comme la principale cause de la prévalence du sida en Ethiopie⁷⁶. Par ailleurs, lors d'une rencontre œcuménique EIFDDA en 2005 (EIFDDA, 2005 :8), l'EOTC admettait être confrontée au non respect de la fidélité chez ses fidèles.

Plusieurs éléments historiques, permettent de penser que cette pratique est relativement ancienne et courante bien qu'encore une fois impossible à dater avec précision par manque de données. En effet, dans une de ses lettres G. Lejean (1824-1871) relate que le Père Joseph, confesseur du Métropolitain Sälama (1841-1867) (chef ou Pope de l'EOTC) exaspéré par sa conduite, aurait dévoilé publiquement que ce dernier "avait neuf maîtresses dont deux nonnes" (Vô Van, 2005 : 42). En outre, Tewodros II même, bien que "bigot plus que religieux" selon G. Lejean (Vô Van, 2005 : 42) avait plusieurs concubines, et devant un noble qui se plaignait de ne pouvoir avoir confiance dans sa femme, lui répondit : "qu'y a-t-il d'étonnant à cela, moi-même je suis roi, et ne peux être sûr de la mienne" (Vô Van, 2005 : 175). Enfin, bien qu'elles soient à considérer avec précaution, tant le ton y est radical et amer, les lettres de Dimétheos, prêtre arménien ayant séjourné 4 ans en Ethiopie, (Vô Van, 2005 : 517-518) relatent les pratiques libres des Ethiopiens, mettant l'emphase sur une coutume empêchant quiconque de dormir seul même en l'absence du conjoint.

Ainsi, bien qu'il faille nuancer le propos de Dimétheos, cette pratique du *wushema* semble ne pas être l'apanage de la cour, de l'aristocratie ou même de la bourgeoisie, mais paraît être

⁷⁵ Les relations entre autonomie, indépendance et statut social des femmes dans les sociétés africaines sont cependant plus complexes. L. Vidal montre que les notions « extrêmement » globalisantes d'"empowerment" et d'"autonomie" des femmes varient localement (2000 : 4). Il en réfère à Giffin (1998 :52) pour rappeler que « plus du quart des familles dans le monde vivent exclusivement des revenus d'une femme » (Vidal, 2000 :4) et invoque F. et E. Van de Walle pour dissocier statut social et autonomie :

« une jeune femme peut acquérir un autonomie (en particulier financière) mais sans bénéficier d'aucun statut alors qu'une mère de famille peut avoir un statut élevé et peu d'autonomie (1993 :62) » (*ibidem*).

En Ethiopie, si les mères jouissent d'un statut plus élevé que les jeunes femmes, ce changement de statut doit être replacé dans le contexte d'une société très hiérarchisée que certains auteurs ont pu qualifier de société de caste.

⁷⁶ Entretiens avec deux jeunes prêtres de l'EOTC, avril 2008. Selon eux la principale cause de la prévalence du sida en Ethiopie est l'adultère. "Si les fidèles respectaient les préceptes de l'Eglise, nous n'aurions pas le sida, c'est à cause de l'adultère que le sida existe. Donc il faut enseigner mieux aux fidèles la fidélité".

un possible pour l'ensemble de la société chrétienne éthiopienne. En effet, selon un adage populaire, "le repas qu'une femme prépare à son *wushema* est meilleur que celui destiné à son époux". Les marchés constituent des occasions de rencontres entre *wushema*, tant pour les amants qui se rencontrent sur le lieu du marché lui-même que pour ceux restés au domicile. Les rendez-vous sont pris à l'arrière des *tej bét* (bar local) avec la complicité des tenanciers (souvent des femmes) et le paiement de ces derniers se fait en nature (grains, légumes, etc.)⁷⁷. Certains prêtres⁷⁸ ou même des ermites pourtant réputés pour leur proximité avec le divin et leurs respects des règles religieuses, et en particulier leur assiduité au carême ont des maîtresses ou des amantes. Ainsi, le leader charismatique du site d'eau bénite de Ent'ot'o Maryam est réputé et respecté au sein de la communauté de personnes vivant avec le VIH pour sa rigueur et son attachement aux règles de l'Eglise. Il a été, au titre de son leadership, un de nos informateurs privilégiés lors des enquêtes sur les sites d'eau bénite. Sachant que nous le fréquentions régulièrement, plusieurs personnes nous ont mise en garde contre ses penchants et son attirance pour les jeunes femmes (Entretiens informels avec deux hommes, Lalibela, Addis Ababa, janvier 2006). Effectivement, quelque temps plus tard, nous le rencontrons dans son bureau et son attitude confirma les dires de ces personnes. Lors de nos dernières enquêtes à Ent'ot'o Maryam, nous abordions le sujet avec un autre informateur qui éclata de rire et répondit que les femmes elles-mêmes cherchaient ce type de contact, que si le *bahetawi* se montrait plus "gentil" avec une autre, elles les jalouaient et tentaient de retrouver ses faveurs.

La pratique ici qualifiée de "*wushema*", semble donc relativement courante, pour autant, étant donné son caractère secret et caché, il est délicat d'en déterminer l'étendue. En outre, les données statistiques du DHS, (Demographic Health Survey) (CRA and OCR Macro, 2006 : 80-81) indiquent qu'un très faible pourcentage de la population mariée aurait plus d'un partenaire. Le faible taux de prévalence du VIH en milieu rural, 1.9 %, tendrait à en confirmer le caractère épisodique et marginal de même que les tabous l'entourant. Nous ne pouvons donc qu'émettre l'hypothèse d'un possible de comportement. Ces pratiques semblent tolérées tant qu'elles ne tombent pas dans le domaine public car toute divulgation entraîne une sanction sociale très forte. Cependant, son existence et son étendue est admise par la plupart des personnes interrogées. En effet, si les personnes questionnées évoquent les infidélités féminines et masculines, elles deviennent plus loquaces dès que l'on les questionne directement sur les *wushema*⁷⁹. Les tenancières des *tej bét*,⁸⁰, seraient souvent témoins, si ce n'est complices de ces escapades. Ainsi, tout se passe comme si la société accordait aux individus une certaine liberté tant que les apparences étaient conformes aux normes du corps social. Le fait que ces pratiques soient cachées et secrètes, tues et protégées de la communauté les rendent difficiles d'accès, mais assure également leur pérennité, ce qui tendrait à prouver que ni les règles écrites, ni les normes explicites socialement sanctionnées ne rendent compte de la pluralité des possibles comportementaux.

⁷⁷ Entretiens avec Tewodros (mai 2008), Ashenafi (avril 2008) et Wuleta (mai 2008).

⁷⁸ Communication personnelle d'Anaïs Wion, janvier 2008. « Certains prêtres avoueraient à demi mots avoir deux femmes. »

⁷⁹ Entretiens avec Abebesh (février 2008), Wuleta, (avril 2008) et Tewodros (avril 2008).

⁸⁰ Entretien avec Salomé ancienne tenancière de tej Bét (mars 2008).

Ainsi, la sanction n'apparaît pas quand l'amant ou la maîtresse existe mais quand son existence est dévoilée. La valeur défendue par la société n'est donc pas tant le respect de la fidélité que le secret et la discrétion entourant les relations intimes, amoureuses et/ou sexuelles. Un membre de l'aristocratie éthiopienne nous rapportait que son père l'avait autorisé à faire ce qu'il voulait à la condition expresse de rester discret ! Cette injonction du secret et de la discrétion, est parfois tournée en dérision par les Ethiopiens eux-mêmes dans des « blagues » ou devient le thème de films dans lesquels le pathos côtoie drame et romance. Nous rapportons ici sommairement la trame du scénario d'un film, car il est à notre sens révélateur de la prégnance d'une thématique fréquemment traitée.

Le film « Gudifetcha », signifiant littéralement "orphelin" est sorti en 2007, et a rapidement connu un succès certain, témoin de la popularité du thème et de son traitement, les Ethiopiens appréciant le caractère dramatique confinant au tragique d'une histoire. L'histoire est dans les grandes lignes la suivante :

« Un couple avait une fille, et avait *en sus* recueilli le fils de leur « bonne ». Ayant sensiblement le même âge⁸¹, ils grandirent ensemble. Devenus de jeunes adultes, ils tombèrent amoureux. Cet amour fut d'abord caché aux parents qui ne s'aperçurent de rien (la discrétion étant de mise). Mais leurs rencontres intimes débouchèrent sur une grossesse. La jeune femme se rendit à l'hôpital vérifier son état et le médecin détecta une malformation. Avec une gravité, empreinte d'empathie, il alerta la jeune femme sur le danger de mort qu'elle encourait si elle choisissait d'avorter. De retour chez elle, elle informa son compagnon à la suite de quoi ils décidèrent de se marier. Ils informèrent leurs parents biologiques et adoptifs. Lors de cette annonce, le père se décomposa, il tenta de faire bonne figure, mais son attitude peu joyeuse alerta sa femme, à qui il donna de fausses raisons.

Il informa discrètement le garçon, son fils adoptif, puis sa fille qu'il était le père biologique du jeune homme, révélation qui unissait dès lors les jeunes gens par le sang. Leurs amours et l'alliance devenaient alors incestueuses et la jeune fille portait en son sein, leur fruit. La jeune femme retourna à l'hôpital et supplia le médecin de pratiquer un avortement, il refusa au motif que cela la tuerait ! La situation prit un caractère hautement tragique lorsque leur mère adoptive et biologique finit par comprendre le drame qui se jouait. Un jour au petit matin, la jeune femme quitta la maison, et partie seule à la campagne auprès d'une avorteuse traditionnelle et mourut quelques jours plus tard, loin des siens. »

Cette histoire tissée de pathos rend compte de l'ethos de la société éthiopienne quant aux infidélités. Elles sont fréquentes, secrètes, cachées par la discrétion mais peuvent avoir des conséquences dramatiques confinant au tragique. On nous a récemment rapporté l'histoire qu'un prêtre de l'EOTC raconta à ses fidèles, ce qui en soi ne manque déjà pas de piment...En substance :

« Un jeune homme habitant dans une petite ville désirait se marier. Afin de respecter les codes de la filiation et des alliances ainsi que ses parents (surtout son père), il leur fit part de son désir. Son père s'enquerra du choix de son fils. Son fils nomma la jeune femme, sur quoi le père répondit que c'était chose impossible. Le fils obtempéra et trouva une autre jeune femme, il désigna la personne et demanda l'avis de son père qui

⁸¹ Cette situation est fréquente en Ethiopie, les enfants des femmes ayant travaillé dans la maison ont alors un statut parfois ambigu. Ils sont traités comme des enfants de la famille, et en même temps comme des serviteurs héritant de la position sociale de leur mère et doivent donc s'acquitter de certaines des tâches dévolues aux servants.

répéta l'impossibilité. Encore une fois, il se détourna et proposa une troisième jeune fille dont la mention du nom aboutit à la même réponse. Dépité et désappointé, il alla voir sa mère et lui raconta la situation :

“Mailé (lit. « maman ») je ne comprends pas, je voulais me marier avec une telle, Aba (lit. « père ») a refusé, puis j'ai parlé de XXX, et à nouveau il a refusé, et pareil pour la troisième. Je ne comprends pas !”

Sa mère répondit : “Mon fils, tu peux bien épouser qui tu veux, il n'est pas ton père !” »

Cette histoire en forme de vaudeville est une version drôle du même thème que le film, les amours illicites sont cachées et personne finalement ne connaît la vérité, ou plutôt celle-ci est diluée entre plusieurs personnes rendant sa révélation parfois délicate, mais également nécessaire. Ces histoires rendent donc également compte des tensions qui traversent la société éthiopienne actuelle, entre conservation du secret et de la discrétion, et volonté de parler, de révéler la vérité avant qu'un drame ne survienne. En contre-point, elles témoignent de la primauté de la valeur du secret et de la discrétion sur la valeur de la fidélité. Qu'elle perdure ou qu'elle soit en transformation, la norme en vigueur diffère donc totalement de la norme religieuse qui, elle, condamne les relations adultères sans distinction.

IV. Les pratiques modernes et les normes actuelles en matière de sexualité

Depuis les années 1960, la pratique du *wushema* a eu tendance chez la jeunesse urbaine “européanisée” puis “occidentalisée” (Tekle-Tsadik Mekouria 1962 : 135-150); à être remise en cause (Kessi Kefyalew Mehari, 2004 :13). Plus généralement, les pratiques et les discours autour de la sexualité tendent avec notamment la politisation de l'épidémie à évoluer.

IV.1 Des signes d'évolution discrets

Il semble que depuis quelques années, le choix des partenaires soit de plus en plus, surtout en milieu urbain, laissé à la discrétion des jeunes gens pour qui le sentiment amoureux a pris une part plus importante dans le choix du conjoint. Les mariages sont désormais moins exclusivement la chasse gardée de la famille. Cependant des éléments obtenus de manières informelles et formelles attestent de la fréquence des divorces et des remariages selon le cœur dès le début du siècle. Les unions étaient donc plus « libres » et les fuites des jeunes femmes (ou même des jeunes hommes) refusant une union imposée ne peuvent être qualifiées de rares à la même époque. Il semble en outre que le premier mariage des jeunes femmes, ou des toutes jeunes filles soit conclut entre familles et sans l'accord de l'intéressée, mais cette première union n'est pas toujours pensée comme devant durer. Par ailleurs, la mainmise des familles sur les décisions quant aux alliances n'était pas systématique, on nous a rapporté un grand nombre d'unions premières choisies et voulues par les conjoints et ce dès les années 1940⁸². Il est donc important là encore de nuancer les situations, notamment en l'absence d'études quelque peu conséquentes sur le sujet. Si de

⁸² Ces informations sont en partie issues de ce que nous savons de l'histoire de notre famille au sens large du terme, c'est-à-dire, étendue, comprenant donc ce qu'en Occident on appelle les cousins éloignés.

grandes tendances peuvent être dégagées, il est nécessaire de garder à l'esprit que la société éthiopienne est, quant à la question des alliances, de la sexualité et des relations hommes-femmes, peut-être plus complexe que différentes études tendent à le laisser entendre (Tekle-Tsadik Mekouria, 1962).

Il semble indéniable que la jeunesse éthiopienne ait acquis une plus grande liberté amoureuse et sexuelle et ce principalement en milieu urbain. Il nous semble, que ce mouvement est concomitant du développement urbain. Les entretiens et les récits collectés témoignent de l'existence d'une certaine liberté pour les femmes dans le choix du conjoint, d'une certaine prégnance des divorces ou des séparations à l'initiative des femmes dans les années 1920-30 (cf. note précédente). Ce qui incite à une certaine prudence quant à l'évolution effective des mœurs.

Toutefois, les données collectées révèlent que l'épidémie du sida et sa médiatisation en Ethiopie au milieu des années 1990, ont mis les comportements sexuels des jeunes sur le devant de la scène, rendant public un sujet jusqu'alors réservé au domaine privé. Comme il a été explicité (cf. chapitre 4 section II.3), les informations sur les pratiques et les comportements sexuels ont été obtenues essentiellement de manière informelle. C'est donc à l'ombre des bars, dans le cadre de discussions entre amis plus ou moins provoquées, plus ou moins alimentées que ces données ont été collectées. Un petit groupe d'amis étaient réunis en un lieu convivial, la discussion en vint à l'attitude des jeunes générations (16-20 ans) face à la sexualité, une personne fit le constat que la jeunesse actuelle était précoce, ce à quoi une autre personne répondit sur un ton quelque peu taquin, « mais, au même âge tu n'étais pas un ange, eux en parlent plus mais nous faisons tout autant » (Carnet de terrain, Addis Ababa, avril-juin 2008).

De plus, et dans une certaine mesure, l'intégration ou la prise en compte des valeurs occidentales et le sida poussent les jeunes générations à désirer adopter des comportements plus transparents où le secret et le mystère prendraient une place moins importante. Ainsi, plusieurs jeunes gens rencontrés cherchaient un compagnon ou une compagne avec le(la)quel(le) le sentiment amoureux serait réel, cherchant à éviter un mariage de convenance. Dans ce cadre, la fidélité, l'attachement et le respect réciproques constituent des valeurs importantes pour ces couples (Carnet de terrain, novembre 2005- février 2006, et Carnet de terrain, février-août 2008). Par ailleurs, les jeunes femmes semblent moins enclines à tolérer les incartades et les infidélités de leur compagnon quand l'attachement réciproque constitue la base de l'union. Et ce, que cette union soit formellement établie par un mariage ou qu'elle soit informelle, l'accord sur la fidélité étant uniquement verbal (Carnet de terrain, entretiens informels avec Ashenafi, Tsägéreda, Hannah, avril-mai 2008, et Entretien avec une PVVIH Shenq^wara Yohänes, juillet 2008).

Il apparaît également que les relations sexuelles bien qu'encore taboues commencent à faire l'objet de discussions, les ouvrages traitant de "sexualité" occupent les étagères de plusieurs librairies⁸³. Dans le cadre de la collecte de données, nous avons acheté dans diverses librairies de la capitale, plusieurs ouvrages en amharique et en anglais traitant de relation amoureuse et sexuelle. Ces ouvrages étaient à disposition de tous à notre domicile et de fait,

⁸³ Nous avons pu observer que depuis deux/trois ans les rayonnages des librairies s'étaient agrémentées d'ouvrages traitant des relations hommes/femmes sur les plans amoureux et sexuels.

plusieurs personnes, toutes Ethiopiennes, les empruntèrent pour les lire, signe manifeste d'un intérêt pour cette thématique. Le commentaire que nous en fit l'une de ces personnes est tout aussi informatif : « Ces livres sont bien, mais je n'ai rien appris de plus, ces ouvrages n'ajoutent rien aux autres. C'est dommage. » (Carnet de terrain, Addis Ababa, juillet-août 2008). En outre, une radio diffuse sur les ondes FM une émission dédiée au sida et à la sexualité⁸⁴. Tout semble se passer comme si les normes et pratiques traditionnelles, avec leurs contraintes, leurs secrets et leurs mystères perdaient de leur validité au profit d'une plus grande transparence. Cette transparence étant semble-t-il accentuée par l'apparition et la médiatisation du sida.

Par ailleurs, les citadines ont gagné en liberté et indépendance. Nous n'avons bien sûr pas pu observer nous-même cette évolution, mais elle se donne à voir dans les statistiques, à travers les ouvrages portant sur l'Ethiopie et dans les discussions, là encore largement informelles que nous avons pu avoir dans des contextes très variés. Traditionnellement, en Ethiopie, les femmes n'ont qu'un accès limité à l'éducation. Les entretiens informels menés auprès de femmes et d'hommes âgés de 60 ans et plus, révèlent que certaines filles bénéficiaient de l'enseignement délivré par les prêtres (ou plus exactement les *däbtära* cf. Velat, 1953) dès le début de la deuxième moitié du XX^e siècle. Ainsi, dans les années 1950- 1960, l'Eglise prenait en charge l'éducation des enfants (garçons et filles) âgés de 6 à 10 ans. Les élèves apprenaient à lire l'amharique et le *ge'ez*, et à compter et recevaient un enseignement religieux ou le catéchisme (Entretiens avec Tsedale Maryam, novembre 2004). A partir du milieu des années 1970, le programme d'alphabétisation des campagnes mis en place par le *därg*, a permis également à certaines femmes d'avoir un accès croissant à l'éducation (Entretiens avec Tsedale Maryam, et Hannah, novembre-décembre 2004). Aujourd'hui, bien qu'encore sous représentées dans les universités ou à des postes hautement qualifiés, les femmes ont un meilleur accès à l'éducation ce qui leur confère une plus grande autonomie. Elles travaillent et accèdent à des postes à responsabilité, sont libres d'épouser selon leur cœur et ont repris partiellement possession de leur corps grâce à l'accès au planning familial et à la pilule (DHSE, 2005).

Ainsi, mais toujours dans le strict cadre de la parole intime, certaines jeunes femmes explicitaient leur propre position quant à la pilule, témoignant de l'intérêt pour cette question et de leur niveau d'information. Toutefois, elles ne pouvaient se prononcer quant au rapport de la plupart de leurs amies même proches sur ce point (Entretien avec Täsfayänesh, Addis Ababa, novembre 2005 et Carnet de terrain, discussion informelle avec Mimi, Addis Ababa, mars 2003⁸⁵). En outre, nous avons pu observer que si en Occident (et surtout en France), les femmes parlent de sexualité entre elles, la situation est très différente en Ethiopie où les jeunes femmes ou même les femmes plus âgées, n'abordent que très rarement ce type de thématique entre elles, ou alors, dans la plus stricte intimité ou encore d'après ce qu'un interlocuteur nous expliquait par périphrases que des personnes non averties ne peuvent guère comprendre (Entretien avec Tewodros, Addis Ababa, mai 2008, Carnet de terrain,

⁸⁴ Voir le site Web : [http:// betengna.etharc.org/](http://betengna.etharc.org/)

⁸⁵ Les données présentées ici ont été collectées au fil de nos enquêtes en Ethiopie, durant la maîtrise, puis le DEA et bien sûr la thèse. Certains événements et données ont pu être obtenus également en dehors du cadre formel de la recherche, par imprégnation, juste en étant là. Pour rappel, le nom de toutes les personnes citées ont été anonymisées.

Addis Ababa, novembre 2005). Ces propos et postures témoignent également du secret et des silences entourant le rapport au corps féminin. Il nous semble important de noter que si cette thématique ne sera guère développée plus avant dans cette thèse, à notre sens, les études sur ce point sont nécessaires, afin de se donner réellement les moyens de lutter contre l'épidémie du sida.

De leur côté, ces mêmes entretiens et les propos recueillis là encore informellement, montrent que les hommes évoluent. Certains jeunes hommes cherchent une partenaire qui dépende moins économiquement et personnellement d'eux et qui "prenne sa vie en main", qu'ils pourront considérer comme leur égal, dont ils pourront tomber amoureux. Ils recherchent également un épanouissement sexuel avec leur partenaire, ainsi qu'une relation où les différences en termes d'éducation, d'âge et de niveau socio-économique seront moins fortes qu'elles ne l'étaient ou ne le sont encore parfois en milieu rural. Ainsi, il semble se dessiner des transformations importantes dans les relations homme/femme avec un recul des normes sociales jusqu'alors en vigueur.

Enfin, Laketch Dirasse (1991) montre que depuis quelques années, notamment durant le régime du *därg*, un processus de « banalisation de la sexualité » s'est mis en place, ayant pour conséquence ou révélé par le développement d'une forme plus ouvertement « marchande » de la « prostitution ». L'appauvrissement des populations rurales, les guerres, les famines ont contribué selon R.A. Reminick à provoquer une migration vers les centres urbains, et ont conduit les femmes à employer leur corps comme outil de travail, les hommes occupant les emplois traditionnellement réservés aux femmes (2006 : 178). Si l'augmentation des « travailleuses du sexe » à Addis Ababa est indéniable (Geremu, 1993 ; Yohannes, 1994 cité par R. A. Reminick, 2006 : 179), d'autres données révèlent une permanence de la valeur virginité avant le mariage.

IV.2 Les jeunes femmes en milieu urbain de la virginité à la prostitution : entre réalité et discours.

Certains auteurs rapportent que les jeunes hommes considèrent que la virginité a disparue (Getnet Tadele, 2006). Toutefois, les chiffres du DHSE édité en 2006, rendent compte d'une permanence de l'entrée dans le mariage pour les femmes en étant vierge, l'âge du premier rapport coïncidant avec celui du premier mariage (2005 : 77).

IV.2.a. La virginité, une valeur encore prégnante d'après les études quantitatives.

Parmi les femmes entre 25 et 49 ans, 66% se sont mariées à 18 ans et 79% à 20 ans. On observe également une élévation de l'âge du mariage. En effet, 38% des femmes entre 45 et 49 ans étaient mariées à l'âge de 15 ans, aujourd'hui, les 15-19 ans ne sont que 13% à être mariées à 15 ans. Pour la tranche des 20-24 ans, l'âge médian du mariage est de 18 ans. Ce qui montre une évolution sensible de l'âge du mariage chez les jeunes générations (DHSE 2005 : 77). Par contre, pour les hommes, on n'observe pas d'évolution majeure entre les différentes classes d'âge. L'âge médian du mariage est de six ans plus tardif que les femmes puisqu'il est de 24 ans pour les 25-29 ans et de 25 ans pour les 50-59 ans (DHSE 2005 : 79).

Les données du dernier CSA DHS éthiopien paru révèlent que l'âge du premier rapport sexuel correspond, pour les femmes à l'âge du mariage soit pour la tranche des 25-49 ans à 16 ans (DHSE, 2005 : 77). Pour les hommes, il existe un écart entre l'âge du premier rapport et l'âge du mariage. En effet, l'âge médian du premier rapport est pour la tranche, 25 et 59 ans, de 21 ans (DHSE, 2005 : 79). L'âge du mariage est quant à lui de 24 ans, ce qui dégage une période de trois années de rapports sexuels pré-maritaux possibles sinon probables. On observe donc une légère tendance à une entrée plus tardive dans le mariage pour les femmes et une permanence pour les hommes. Ainsi, la question des relations sexuelles pré-maritales paraît, d'après les enquêtes statistiques, n'avoir que peu évolué pour les jeunes femmes, tandis que comme nous l'avons vu, elles étaient si ce n'est clairement encouragées du moins plus que tolérées pour les hommes.

Bien que les données quantitatives ne montrent pas de différence notable pour les jeunes femmes, nos propres observations en milieu urbain et les divers documents consultés rendent compte de l'apparition et du développement des relations pré-maritales pour les jeunes femmes. En effet, ces observations corroborent un point mis en lumière par Getnet Tadele (2006) : la virginité des jeunes femmes à leur mariage a perdu de son impératif. Parmi toutes les jeunes femmes qu'il nous a été donné de rencontrer lors de nos différents séjours en Ethiopie, seules quelques unes disaient clairement désirer se garder ou être vierges le jour de leur mariage ou de leur fiançailles. La plupart d'entre elles avaient déjà eu des compagnons ou étaient en couple. Il nous semble que la situation est hétérogène et que là encore, le silence et la pudeur constituent des barrières dans l'appréhension de l'importance de cette valeur pour les femmes.

Plusieurs auteurs notent l'existence et la multiplicité des relations sexuelles trans-générationnelles en milieu urbain principalement. Ces mêmes auteurs prouvent qu'en ce milieu, la virginité des jeunes filles à leur mariage a désormais un poids moindre (Miz-Hasab Research Center, 2005 ; Betemariam Wuleta 2002 ; Getnet Tadele 2006) : « presque tous les lycéens à Dessié envisagent les relations sexuelles pré-maritales comme inévitables »⁸⁶ (Getnet Tadele, 2006 :233). Il est donc délicat de se prononcer sur l'étendue des relations pré-maritales pour les femmes.

IV.2.b. Des discours stigmatisant

Toutefois, il apparaît que les discours des hommes, jeunes et adultes, et des femmes en milieu rural tendent à montrer du doigt les pratiques des jeunes urbaines dont les mœurs seraient plus « libres ». Cette évolution n'est pas sans faire écho au processus de « banalisation de la sexualité » dont les principales responsables d'après une frange certaine de la population seraient les femmes. Comme le note Getnet Tadele (2006), les relations au sein des jeunes générations (20-35 ans) sont marquées par la défiance mutuelle. Les hommes se méfient des femmes et leur reprochent leurs mensonges et leur duplicité. Inversement, les femmes critiquent l'incapacité des hommes à devenir modernes, à les respecter et à "être sérieux" c'est-à-dire à n'avoir qu'une relation et à se marier. Les hommes sont très prolixes

⁸⁶ « Presque tous les étudiants de Dessié considèrent les relations pré-maritales comme inévitables » (Getnet Tadele, 2006 : 233)

quant aux comportements des femmes. D'après plusieurs d'entre eux, toutes les jeunes femmes en milieu urbain sont des prostituées potentielles ou assimilées. Elles profiteraient des hommes pour obtenir ce qu'elles veulent, surtout de l'argent ou des cadeaux, et leur mentent en ayant des relations avec d'autres hommes :

« Il y a deux types de filles, deux types de prostituées, les « légales » que les hommes vont voir car elles ne demandent de l'argent qu'une fois, elles sont dans les bars, les hôtels. Les autres prostituées sont les « indoors » girls. Elles vivent chez leurs parents. Les hommes riches les recherchent comme elles les cherchent aussi pour obtenir de l'argent et des cadeaux. Quant aux hommes, ils préfèrent les prostituées, car pour avoir une copine, il faut avoir de l'argent. Les filles attendent des cadeaux, il faut les emmener en vacances. Il faut avoir beaucoup d'argent pour cela. Avec les prostituées, on utilise la capote, on ne paye qu'une fois, alors qu'avec les « indoors » girls pas forcément car elles ne sont pas séropositives. Donc on risque encore plus d'être contaminé. » (Häylé, 29 ans, assistant de recherche, janv. 2008)

Les jeunes urbaines sont opposées aux jeunes femmes en milieu rural qui elles sont innocentes :

« 85 % des jeunes femmes sont des menteuses, et seules 5 % d'entre elles sont des filles bien, et souvent elles vivent à la campagne, car là-bas elles sont innocentes. J'avais une amie avant, je lui disais qu'elle devait prendre sa vie en main, ne pas toujours compter sur moi, mais elle attendait que je lui paie tout. Elle me disait je t'aime, mais je sais maintenant qu'elle avait dit la même chose à un autre homme et que sur son lieu de travail, elle mangeait avec un autre homme avec qui elle avait des relations. » (Ashenafi, 32 ans, employé d'une agence de tourisme, mars 2008)

Cette conception est d'ailleurs partagée par des femmes en milieu rural qui tiennent les jeunes urbaines pour sinon responsables du moins ayant fortement contribué à la diffusion de l'épidémie, assimilant plus ou moins généralement, de la même manière que les jeunes hommes, les jeunes femmes à des prostituées.

« Le pire blâme et autres formes de stigmatisation sont réservés aux femmes tenues pour responsables du VIH, accusées de comportements sexuels « impropres » et immoraux. Par exemple, les femmes qui s'habillent de façon impudique, particulièrement les urbaines, jeunes et mobiles sont fortement désapprouvées comme l'illustre cette citation d'une rurale éthiopienne : « je ne me sens pas désolée pour ces jeunes filles des villes si elles meurent toutes de cette maladie, tant qu'elles vont ça et là. » De telles « mauvaises » filles sont considérées comme n'ayant pas de honte et tentent les hommes alors considérés comme des victimes. » (Nyblade, Pande, 2003 : 26)

Enfin, bien que la virginité en milieu urbain ait perdu de son importance, certains hommes disent s'"amuser" avec les filles de la ville mais vouloir épouser une fille de la campagne réputée vierge et moins intéressée par l'argent. Ils n'épousent donc pas les jeunes urbaines, leur préférant celles de la "campagne" ou de leur village natal⁸⁷. Ainsi les critères de choix du partenaire ou du conjoint ont été intériorisés par les jeunes générations qui continuent de s'y référer. A savoir que les hommes préfèrent une femme vierge, éduquée de préférence mais pas trop, une femme qui ne soit pas une consommatrice d'alcool et de *khat*.

⁸⁷ Entretiens avec Akililu et Moges vivant sur le site de Ent'ot'o Maryam (janvier 2007)

Les prêtres de l'EOTC font écho à ces discours en accusant les jeunes, mais principalement les jeunes femmes, les femmes du 20^{ième} siècle de se vêtir de manière indécente, de ne pas respecter les valeurs traditionnelles et d'ainsi être à l'origine de l'apparition du sida, la maladie de ce siècle, ou encore d'être une incarnation du diable (Entretiens avec Abba Z, février-mars 2005 ; Entretien avec Tsägäreda novembre 2006 ; Entretiens avec Hannah, mai 2008). Ces propos ne sont toutefois pas nouveaux et dans les années 1960, Tekle-Tsadik Mekouria dénonçait déjà les Ethiopiennes voulant imiter les Européennes et les accusent de ne plus vouloir obéir à leurs époux (1962). Il apparaît donc qu'en temps de sida (mais déjà auparavant), les jeunes urbaines sont souvent associées à des prostituées et font l'objet d'une stigmatisation réelle par la population.

IV.3 Les jeunes et l'« occidentalisation » : un groupe en but à la critique

Durant les enseignements ou les sermons prenant place dans les églises, les prêtres, à l'instar des personnes pieuses, emploient l'expression *Yesement shi beshita*, soit en français, "la maladie du vingtième siècle", pour désigner le sida. La dimension eschatologique est prégnante, car l'expression fait référence aux divers signes qui annoncent la fin des temps. En Ethiopie, cet épisode est un thème religieux central, et certains prêtres assimilent le vingtième siècle à la fin des temps. En effet, le sida est une maladie dont on ne guérit pas et qui conduisait (et encore actuellement) à la mort. Cette maladie est considérée comme une punition au monde pour les péchés dans lesquels l'humanité vit. Le Tsunami, les guerres, le feu et les grosses chaleurs, qui se sont abattues sur l'Europe en 2003, les tremblements de terre représentent et sont des signes de l'imminence de la fin des temps (Entretien avec un prêtre du Collège Théologique de la Trinité, Addis Ababa, février-mars 2005). A cela il faut ajouter que le diable vient par la technologie, les téléphones portables et la Chine, pays que certains prêtres associent au chiffre de la bête 666 (Entretien avec un moine de Zeq^wala, juillet 2008). Cet ensemble constitue le début de la punition pour les fautes que le monde commet, notamment les pratiques des homosexuels que les prêtres appellent "les sodomites" (Entretien avec Abba Z. Addis Ababa, février 2004).

Au niveau local, ce sont les jeunes qui constituent la cible privilégiée des discours eschatologiques. Ils sont appelés, *ysementägnäwu lidgotch*, "les enfants du vingtième siècle" et sont considérés par les religieux essentiellement mais également par de nombreux laïcs, comme en rupture face aux générations précédentes. Le respect du aux aînés n'est plus de mise, les filles s'habillent comme des garçons ou portent des jupes courtes, trop courtes par rapport aux longues jupes de leurs aînées. Ainsi, ces dernières, *ysementägnäwu chi set*, "les filles du 20^{ième} siècle" sont plus visées que leurs homologues masculins par les discours des prêtres. Les prêtres voient également d'un très mauvais œil le port par les filles de pantalons ou de jupes pas assez longue pour se rendre à l'Eglise.

En Ethiopie, la dissolution des mœurs est synonyme d'occidentalisation qui touche habituellement la jeunesse (Kessis Merahi, 1996 :14). Cette accusation n'est toutefois pas neuve et dans les années 1960, Tekle-Tsadik Mekouria vilipende la jeunesse de son époque et l'accuse de se vêtir de blousons noirs, d'avoir des coiffures de « voyous », et de ne pas respecter les valeurs traditionnelles. Sans incriminer directement les femmes occidentales, il

dénonce les Ethiopiennes voulant les imiter et les accusent de ne plus vouloir obéir à leurs époux (Tekle-Tsadik Mekouria, 1962).

IV.4 Entre transparence et tabou : des normes actuelles peu éloignées des normes traditionnelles

La société éthiopienne semble donc en tension entre deux mouvements opposés. D'un côté, la parole autour des relations sexuelles s'est quelque peu libérée, et certaines femmes paraissent acquérir une (relative) autonomie croissante. D'un autre côté pourtant, les religieux et une frange non négligeable de la population considèrent les jeunes et principalement ces jeunes femmes un semblant plus émancipées, comme des « prostituées » potentielles ayant contribué à diffuser l'épidémie du sida en Ethiopie. Les propos d'une jeune femme rendent tout à fait compte de cette ambivalence :

« Les femmes ou jeunes femmes commencent parfois à parler de sexualité, de ce qu'on fait, de ce qui est dangereux, on partage nos expériences, mais ce n'est qu'avec certaines, les plus ouvertes. D'autres femmes, quand on leur demande si elles prennent la pilule, elles répondent que non, alors qu'il est facile de voir que si ! Les hommes pensent que nous ne connaissons rien au sexe. Par exemple, un jour un homme m'a demandé, "est-ce que ça tu connais ?" et je lui ai répondu "mais oui, tu ne m'as pas connue vierge, j'ai connu ça avant avec d'autres hommes" » (Entretien avec une jeune femme, Addis Ababa, janvier 2007)

Il apparaît donc que les si les femmes commencent à parler et à s'intéresser un peu plus à la sexualité, à « s'approprier » leur corps, et leur propre rapport aux relations sexuelles, les hommes en sont surpris. Ils ne s'y attendent pas et peut-être sont-ils gênés, voire en colère comme le suggère les accusations fréquentes de prostitution des jeunes femmes. Alors même qu'ils cherchent une femme plus ouverte, plus autonome et plus éduquée, leur désir et habitude de dominer la relation sexuelle et de la contrôler se trouvent ébranlée, remise en cause, demande à être redéfinie. Cette situation pourrait expliquer les propos des hommes tendant à faire des jeunes femmes des prostituées qui les laissent payer pour avoir des faveurs et vont ensuite chez un homme plus attirant selon leur cœur ou leur envie.

Il est délicat d'englober les comportements des jeunes femmes, forcément variables dans des typifications figées, en l'absence d'études spécifiques sur ce thème. Toutefois, nous avons pu observer à plusieurs reprises, et des interlocutrices nous l'ont clairement explicité, que si des hommes « jouent » comme ils le disent avec les filles de la ville pour ensuite épouser des filles de la campagne, plus innocentes que celles de la ville, certaines femmes « jouent » ou « profitent » également des hommes. Ainsi, à la question que nous posions sur les sentiments d'une jeune femme envers son « compagnon » actuel, elle nous répondit : « tu sais bien ce que je cherche, s'il a de l'argent et qu'il me fait des cadeaux... » (Carnet de terrain, Diré-Dawa, Addis Ababa, octobre-novembre 2002). Cette jeune femme nous expliqua qu'il fallait aussi rendre jaloux le compagnon de temps en temps en faisant mine d'aller voir ailleurs, pour provoquer l'attachement et « jouer le drame » (*sic*). Ainsi, certaines jeunes femmes comparent les cadeaux que leurs compagnons leur ont fait, et disent clairement que si un homme est intéressé, alors il doit savoir se montrer convaincant. (Carnets de terrain, Addis Ababa octobre-décembre 2002 et novembre 2005-février 2006).

Ces accusations rendent compte tant des comportements des femmes qui effectivement d'après nos propres observations profitent d'une tradition solidement établie selon laquelle les hommes doivent faire des cadeaux, entretenir une relation pour obtenir les faveurs d'une femme ce que P. Tabet a montré à plusieurs reprises (1987, 2004) dans de nombreux contextes. Les hommes d'une manière ou d'une autre doivent « payer » pour accéder à une femme. Sauf qu'aujourd'hui en Ethiopie, les femmes ont peut-être pris plus conscience du pouvoir que cette situation leur confère, ainsi, la « banalisation de la sexualité » dont parle Laketsh. Dirasse (1991) pourrait également rendre compte de cette évolution. Nous posons donc l'hypothèse, que ce sont donc tant les circonstances économiques que l'évolution du rapport à leur sexualité qui ont progressivement conduit les femmes à s'approprier leur sexualité, ou plus exactement à changer leur rapport à la sexualité.

Si les femmes, principalement urbaines, sont donc un peu plus libres, elles « paient » cher cette liberté puisqu'elle est assortie du stigmate de la « putain », stigmate qui comme le rappellent G. Pheterson (2001) et P. Tabet (2004) est suspendu au-dessus de la tête de toutes les femmes. Par ailleurs, il leur appartient désormais de trouver un compagnon, mais les règles et les normes qu'elles doivent respecter n'ont pas évolué. Selon une norme socialement établie et que des personnes proches nous ont explicité, elles doivent choisir un époux au minimum autant et de préférence plus riche, et plus éduqué qu'elles, de préférentiellement de même confession religieuse. Les hommes de leur côté doivent également respecter un certain nombre de critères, leur épouse doit être une femme éduquée (mais moins que lui), jolie, et avoir un emploi et être une fille « bien ». Toutefois leur marge de manœuvre est plus importante. Si les relations pré-maritales sont tolérées voire encouragées pour les hommes avec préférentiellement des femmes plus expérimentées incluant des prostituées, celles-ci doivent demeurer discrètes et le plus possible tues. L'injonction au secret est plus pesante pour les femmes. Une personne proche m'expliqua

« Quand tu as 20 ans, la famille ne veut surtout pas savoir que tu as un ami, si tu en parles c'est très mal vu, si bien qu'on ne dit rien. Et puis après 25 ans la famille te demande tout le temps, mais alors quand est-ce que tu te maries ? » (Entretien avec une jeune femme, Addis Abba, novembre 2006)

Cette injonction au silence, à la discrétion, est donc valable pour toutes les catégories de population ; quelque soit la tranche d'âge et le genre, parler de choses aussi intimes que la sexualité ou les relations amoureuses dans le cadre de la famille ne se fait tout simplement pas. Tout le monde sait qu'elles peuvent avoir lieu, mais simplement la parole autour des relations sexuelles commence juste à se délier et est en bute à des valeurs sociales et culturelles très profondes et importantes. Il en va également du respect de la vie privée de la personne, comme un homme nous l'avait dit, son père lui donna ce conseil : « fais ce que tu veux, mais reste discret ! ».

Dans ces conditions, divulguer sa séropositivité signifie symboliquement avouer avoir eu des relations sexuelles, ce qui revient à faire glisser dans le domaine public, un fait qui devait rester secret et privé. De manière plus générale, tout acte rendant explicite une relation sexuelle pose problème, est entouré de honte et fait l'objet de stratégie de contournement. Par exemple, acheter des préservatifs dans un commerce de quartier rend explicite l'acte sexuel, et est associé à la « proximité sexuelle » (Taravella, 2005 : 2). Leur achat est donc l'objet de stratégie de protection. Les jeunes demandent à un enfant dans la rue ou à un ami

d'aller en acheter pour eux. Une autre technique consiste à se rendre dans des quartiers différents de leur quartier habituel, et où ils ne sont donc pas connus pour s'en procurer. Ce qui leur permet de maintenir une certaine intimité et ne pas divulguer leur vie privée dans leur propre quartier. Il en est d'ailleurs de même pour l'alcool et les cigarettes. Les jeunes vivant encore chez leurs parents, ou désirant maintenir une bonne image d'eux dans leur quartier, changent de quartier pour fumer et boire de l'alcool ou pour se procurer des préservatifs.

Les relations sexuelles pré-maritales des jeunes femmes semblent s'être développées et plus généralement des discours sur le sexe tant savant⁸⁸ que « populaire » ont émergé faisant quelque peu reculer les tabous. Cependant, on constate que les normes communautaires, soit portées par la société sont respectées et établissent les règles de comportements des deux sexes. Dès lors, les règles écrites en matière de comportement sexuel, soit le code civil composé par l'Etat et les règles religieuses données par l'Eglise, n'ont toujours pas la primeur sur les règles orales, tacites, édictées par la communauté et le social. Il apparaît enfin, que la discrétion quant aux relations intimes demeure une valeur importante dans la société éthiopienne.

V. Pour quelles raisons les normes sexuelles religieuses ne sont pas celles en vigueur dans la société ? Quelques hypothèses

Il apparaît au terme de cette présentation que les règles et interdits religieux en matière de relations sexuelles n'étaient ni ne sont observées par la majorité des fidèles. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette faible pénétration.

La première hypothèse a trait à la place de l'écriture. L'Ethiopie connaît et a recours à l'écriture depuis le V^e siècle avant J.C (cf. chapitre 3 section II et III) ; cependant, son maniement et son utilisation par une poignée de lettrés sont cantonnés à la sphère religieuse et monarcho-étatique jusqu'au XIX^e siècle. En outre, jusqu'à une date récente (voir chapitre 3 section 1) une fraction non négligeable du clergé tant régulier que séculier était illettré. Cet état de fait n'est d'ailleurs pas sans rappeler la situation française précédant le concile de Latran et la réforme tridentine de l'Eglise Catholique. En effet, durant le haut Moyen-âge et la première partie du Moyen-âge, les coutumes en matière de comportements pré-maritales variaient d'une région à l'autre et n'étaient guère harmonisées par l'Eglise ; une des raisons est justement le faible nombre de prêtre et leur formation sommaire (Jaspard, 2005 : 9-17). Il est donc possible de voir dans cet illettrisme une des causes de la faible diffusion auprès des fidèles des règles fixant les rencontres intimes entre époux établies par les textes théologiques en général et par le *Fetha Nägäst* en particulier. C'est sans doute plus l'esprit de la loi que son détail qui a essaimé au sein de la population.

Les deuxième et troisième hypothèses ont à voir avec l'élaboration d'un savoir-pouvoir quant aux relations sexuelles. Les modalités de l'émergence d'une *scientia sexualis* telles que développées par M. Foucault ont été présentées en début de ce chapitre. Elles reposent

⁸⁸ En effet, nous verrons dans le chapitre suivant que les études, essentiellement épidémiologiques, portant sur les relations sexuelles des jeunes et des femmes sont plus importantes que celles portant sur les hommes adultes (à partir de 25 ans).

sur deux événements conjoints : une mutation du rapport au sexe, d'abord religieuse puis laïque et/ou scientifique d'une part et une évolution des régimes de la confession ou de l'aveu d'autre part. Les rapports au sexe et à la confession dans le christianisme éthiopien bien que présentant quelques similitudes sont loin d'avoir abouti à l'apparition d'un discours sur le sexe donnant naissance au concept de sexualité.

Les représentations religieuses du sexe sont chez les catholiques occidentaux (du moins tels que rapportés par M. Foucault) et les chrétiens éthiopiens *Täwahedo* assez similaires, elles ont du moins la même origine, celle du péché originel et génèrent des questions assez proches quant à son encadrement.

En effet, M. Foucault prend appui, dans sa démonstration, sur la conception augustinienne de la chair et du péché originel. Pour Saint Augustin,

« La chair ne signifiait pas exclusivement le corps ou le sexe (Brown, 1990). Elle était surtout le signe de la faute, de l'orgueil qui avaient amené Adam à préférer sa volonté à la volonté de Dieu. Toutefois, parmi les désirs charnels, le sexe était le plus redouté pour être le plus rebelle et le plus persistant » (Freire Costa, 1998 :149)

Par ailleurs, dans ses *Confessions*, il relate « ses tourments dans la lutte contre la concupiscence » (Freire Costa, 1998 :150). Si bien que

« Ce qu'Augustin appelait libido c'est-à-dire "le principe du mouvement autonome des organes sexuels" devient le signe de l'impuissance de la volonté humaine ». (Freire Costa, 1998 :144)

Asrès, diacre éthiopien, a une conception assez proche de la chair qui doit être contrôlée par la volonté :

« Afin que la chair se soumette à l'âme (à l'Esprit) et que la volonté de l'âme puisse s'imposer à la chair, nous refréons les désirs de la chair, alors la force de l'âme s'intensifie (...) la chair est faible, elle nous conduit vers l'iniquité » (Asrès, 2007)

« Pensez que la chair conduit à la mort, par contre l'Esprit est la vie éternelle. Lorsqu'on dit "tuer" par l'Esprit la volonté de la chair, cela signifie soumettre la volonté de la chair à la volonté de l'Esprit. » (Asrès, 2007).

En Ethiopie, en amharique ou en *ge'ez*, les termes "concupiscence" ou la "libido" n'existent évidemment pas. L'activité particulière des organes sexuels n'est pas une catégorie autonome distincte du concept de « chair ». En témoigne le vocabulaire religieux pour désigner, les relations sexuelles : *mezemut* "prostitution ou luxure", *sega genegnunet* "les besoins de la chair", et *metegnat* "dormir avec". Il ne semble pas qu'il faille voir un défaut de questionnement sur la question du statut de relations sexuelles puisque d'une part le mariage existe et que l'activité sexuelle en son sein y est très encadrée, du moins textuellement, et d'autre part que les religieux du bas clergé, (prêtres, diacres, sous-diacres, et *däbtäras*, cf. Stroffengen-Pederson, 1990), ont le choix entre le mariage ou le célibat qui implique nécessairement la continence sexuelle totale. En outre, le monachisme constitue un idéal sociétal encore très prégnant, en témoigne leur nombre (Stroffengen-Pederson, 1990). Il semblerait donc plus probable que le christianisme éthiopien ait fait le choix de maintenir à distance le sexe, en se gardant d'en faire le détail et d'être par trop explicite. Ainsi, les prêtres, et plus généralement les ecclésiastes, n'emploient jamais de termes désignant plus précisément les relations sexuelles. Ainsi, les termes *sota*, *wasib*, *gebra sega* qui sont des

variations de « relations sexuelles » ou « activité sexuelles » ne font jamais partie du vocabulaire religieux. Ces termes sont trop impurs pour être seulement prononcés par des prêtres. Si seules trois expressions sont employées pour désigner les relations sexuelles alors, il semble peu probable que l'Église puisse établir un savoir et développer un discours prolix sur le sexe.

Parallèlement à cela, la confession dans le christianisme éthiopien n'a pas le poids que l'Église catholique occidentale lui a conféré. À l'instar de nombreux christianismes orientaux et du catholicisme, la confession est pour l'EOTC un des sept sacrements. Comme nous le reverrons au chapitre suivant, la confession est auriculaire, elle est dirigée par le père spirituel du fidèle, appelé père de l'âme, *yänäfs abbat*. Suite à la confession, le prêtre fixe les actes pénitentiels à accomplir pour obtenir l'absolution. Les prêtres actuels peuvent recourir à plusieurs ouvrages pour établir les châtements appropriés : *Sénodos*, *māshafä anqäsä neshä*, *māshafä nuzazé* et *māshafä qédär* (Ancel, 2005 : 304 ; 306). Nous avons vu en début de chapitre que les sanctions sont assez lourdes :

« Celui qui touche la femme d'un autre : trois ans en supplication et sept ans de pénitence (...) Celui qui a des relations sexuelles avec une femme le mercredi, le vendredi, le samedi, le dimanche et 9 autres jours : 69 *suba^cé* et 3 ans de pénitence.» (*Anqäs'ä nesh'a*. 2003-2004 : 12-13 cité par Ancel, 2005 : 309-10) »

La supplication consiste en une retraite près d'un monastère ou d'une église durant laquelle le pénitent devra mendier sa nourriture, et la pénitence, en un jeûne plus sévère que celui des laïcs ainsi qu'en une privation de toute joie. Le *suba^cé* est « une unité de mesure du temps » (Ancel 2005 : 309) qui correspond à peu près à une semaine. La plupart des observateurs et spécialistes du christianisme éthiopien ont noté le faible recours au rituel de la confession (Guidi, 1912 : 221 ; Conti Rossini, 1929 : 82). S. Ancel précise que :

« La pratique de la confession n'a pas vocation dans le christianisme éthiopien à être régulière comme dans le catholicisme. Toutefois, elle est systématique et obligatoire à tous ceux qui veulent avoir accès aux sacrements. Elle est peut-être également circonstancielle. Même s'il existe des périodes jugées plus propices que d'autres pour se confesser, les fidèles ont recouru à ce sacrement lors de circonstances particulières, comme lorsqu'ils ont commis un péché particulièrement grave ou bien, lorsqu'ils vont mourir. » (2005 : 305)

Ainsi, comme le rappelle S. Ancel, une des principales occasions de recourir au sacrement de la confession est l'imminence de la mort et/ou une maladie grave. Il n'existe donc pas dans le christianisme éthiopien de technique de l'aveu telle que développée depuis le Concile de Latran de 1215 par l'Église Catholique. Au contraire, à l'instar des normes sociales en vigueur dans la société éthiopienne, c'est le secret et la pudeur quant aux relations sexuelles qui semble primer au sein même de l'Église. En outre, si l'Église éthiopienne (et/ou l'EOTC) ne s'est pas donnée les moyens de produire un savoir sur les pratiques réelles de ses fidèles, les décisions ou les orientations visant leur encadrement ne peuvent que demeurer générales.

Une quatrième et dernière hypothèse peut être avancée pour expliquer la faible pénétration des règles religieuses écrites en matière de comportements sexuels. Le christianisme éthiopien est d'abord et avant tout une religion de l'ascèse extra-mondaine, voire même du refus du monde. Dans ces conditions, et comme le note M. Weber (1996), l'acquisition de

bien de salut est avant tout l'apanage de personnes très qualifiées religieusement. Le commun des mortels ne peut y accéder qu'en passant par ces personnages hautement charismatiques plus proches du divin. M. Foucault se rapproche de M. Weber en avançant que le "souci de soi" prend la forme dans la spiritualité égyptienne des premiers siècles, d'un affranchissement du mariage (Foucault, 1982 : 7). Par voie de conséquence, ce souci de soi

« Défini essentiellement comme la renonciation à tous les liens terrestres ; c'est la renonciation à tout ce qui peut être amour de soi, attachement au soi terrestre » (Foucault, 1984 : 716) est « devenu une espèce de matrice de l'ascétisme chrétien » (Foucault, 1982 : 7).

Il semblerait qu'en Ethiopie, seuls les moines et les ascètes aient pratiqué cette forme de spiritualité, les laïcs et le clergé séculier, parce qu'en lien avec un monde considéré corrompu, comme il a été précisé au début du chapitre, ne pouvaient accéder à cette forme hautement spécialisée du "souci de soi".

L'Eglise ne cherche donc pas tant à encadrer les comportements sexuels de ses fidèles qu'à protéger ses espaces et ses sacrements de la souillure de l'impureté, elle évite la contagion du profane. En ce sens, elle établit des définitions du pur et de l'impur, du sacré et du profane. L'Eglise s'intéresse au corps en tant qu'objet impur qu'il faut contrôler car par essence corrompu, voué à la mort et au péché. A une des extrémités de l'échelle des pratiques de contrôle du corps, se trouvent les moines, moniales et ermites qui vont jusqu'à nier le corps, à le détruire pour atteindre le royaume des cieux. Ce processus de déni, de purification est au centre des représentations et des pratiques religieuses. Les jeûnes, les tabous et interdits entourant la sexualité, visent à purifier le corps et à le conserver le plus possible dans cet état, afin de faire place à l'âme et lui donner le contrôle sur un corps affaibli. Or, nous savons avec M. Foucault, que ce n'est pas parce qu'il y a interdit et prohibition qu'il y a morale. Ainsi, on peut se demander si l'Eglise éthiopienne orthodoxe n'est pas dans ce cas. En effet, les interdits et les prohibitions concernant le respect de ses espaces sacrés sont connus, mais ces interdits n'ont guère diffusé dans le monde profane. La majorité préconisations des codes ayant pour but l'encadrement des pratiques en dehors de règles d'accès à l'église sont restés lettres mortes. C'est ainsi que les règles concernant les jours pendant lesquels les rencontres sexuelles entre époux étaient interdites n'ont guère été observées⁸⁹. Par contre, les interdits d'accès à l'église après des relations sexuelles, en période de menstrues et après la parturiente sont quant à eux grandement respectés. Ce respect rend compte d'une nette conscience de la pureté et de la sacralité des espaces religieux et des sacrements. Il témoigne de l'intériorisation des séparations entre le pur et l'impur et des mesures à suivre pour éviter la contagion. L'Eglise semble donc plus respectée pour sa pureté que pour son encadrement comportemental qui, lui, est laissé à la communauté.

⁸⁹ Des entretiens détaillés et fins quant aux comportements religieux en période de carême seraient susceptibles de nous amener à nuancer cette hypothèse. En effet, il apparaît que les personnes les plus pieuses observent une abstinence sexuelle durant les périodes jeûnées. Toutefois, eu égard au taux de natalité en Ethiopie et ce quelque soit la confession religieuse envisagée (DHSE 2005 : 72), il est peu probable que la majorité des fidèles soient parfaitement observants quant à ces interdits qui, rappelons-le, mis bout à bout, ne laisse à un couple religieusement marié que soixante jour par an pour vivre des relations intimes.

Outre, ces questions de religiosité, la pratique du *wushema* et du *qemet'* soulèvent également des interrogations sur la validité des normes écrites et tacites et sur la manière dont elles s'imposent ou ne parviennent pas à s'imposer aux individus. En effet, ni les textes fixant des règles des comportements sexuels, ni les coutumes ou traditions fortes qui les encadrent, ne sont finalement rigoureusement observées. Les forces de la coutume et de la tradition semblent, dans le cas des mariages précoces et du contrôle du corps des femmes, primer tant sur les textes juridiques que sur les règles religieuses, qui en l'occurrence ont une base commune, le *Fetha Nagast*. La pratique du *wushema* qui se démarque tant des règles juridiques et religieuses que des coutumes et traditions offre aux sujets une certaine liberté et un autre modèle de comportement que ceux fixés par les normes sociales et les règles religieuses. En cela, il diffère des modèles proposés par Hans Duerr et Norbert Elias.

La théorie de N. Elias, opposée à celle de H. Duerr, en matière de discipline des corps et d'intégrations des règles de civilité ne permet guère de rendre compte et d'analyser l'intégralité de cette juxtaposition de règles, normes et pratiques en Ethiopie. N. Elias (1973, 1975) considère la civilisation et le contrôle des pulsions comme allant de pair avec une explicitation croissante des normes de civilité, et notamment leur fixation par écrit. Dans notre cas, les règles très formalisées et précises de l'EOTC en matière de sexualité et de contrôle des corps n'étaient guère suivies et ce au profit de normes moins explicites imprimées dans les corps dès l'enfance et que le groupe social se chargeaient de faire respecter (Duerr, 1998). Hailé Gabriel Dagne (1994) montre que les parents d'une jeune fille non mariée à l'adolescence encourent les railleries et la stigmatisation de la communauté. Celle-ci contrôle donc elle-même l'intégration des valeurs et des codes comportementaux de ses membres, pourtant moins explicites que les règles religieuses. H. Duerr montre que l'assimilation de ces normes est fondée sur une étroite collaboration de tous, mettant en jeu la proximité et les réseaux sociaux (1998). Cependant, la pratique du *wushema* montre que l'individu peut prendre, d'une certaine façon et avec l'appui de la société puisqu'elle rend possible ce comportement, ses distances avec les normes sociales, cette pratique ne devenant honteuse qu'une fois révélée et mise à jour. La honte qui entoure la révélation de ce qui était caché rend compte de deux phénomènes imbriqués. D'une part, le groupe se protège ainsi de la mise en lumière d'un comportement non conforme à ses attentes tacites et d'autre part, l'individu est puni de ne pas avoir été capable de rester discret, mais pas vraiment d'avoir "fauté", puisque cette pratique n'est pas le fait d'un individu isolé. Ainsi, le *wushema* serait un pratique peut-être intermédiaire, elle rendrait compte de l'intériorisation des signes extérieurs d'appartenance au groupe religieux national et communautaire. Par contre, ce qui resterait du domaine de la sphère strictement privée est lui laissé à la discrétion de chacun. Ainsi, tant qu'il y a conformité aux normes du groupe, l'individu serait libre. L'individualité pourrait alors s'exprimer en dehors du groupe, protégé par le secret et le mystère.

La pratique du *wushema* est dans une certaine mesure liée à l'existence des mariages arrangés, fixés par les familles dans l'intérêt du groupe et de la famille. Les désirs et sentiments des jeunes épousés n'étaient traditionnellement pas pris en compte et n'avaient pas le droit de citer. L'existence des *wushema* et du *qemet'* représente donc une brèche dans le contrôle des alliances. La société reconnaît par ces pratiques l'existence de l'amour et le désir des êtres humains de s'unir selon leur cœur.

Conclusion : Une Eglise peu normative en matière de comportement marital et sexuel

Il apparaît au terme de ce chapitre que si l'Eglise est une des instances éditrices de normes sexuelles, elle n'est pas la seule loin s'en faut. Ses normes visent bien plus la protection de ses espaces sacrés que le contrôle des comportements des individus qui eux sont laissés aux instances de type communautaires, soit la famille, le voisinage et la communauté. Les règles en matière de comportements sexuels sont donc essentiellement non-écrites et plutôt implicites qu'explicites. Enfin, quoique la « modernité » et la médiatisation du sida aient permis l'élaboration de discours sur le sexe, les pratiques demeurent liées à la sphère de l'intime et doivent rester cachées du monde social. Comme dans le cas de la divulgation de l'existence du *wushema*, c'est le passage de la sphère privée à la sphère publique qui est sanctionné lors de la révélation de la séropositivité au VIH. Cette proposition peut être inversée. Si bien que le VIH parce que fortement associé aux relations sexuelles, ne peut être qu'associé à une sanction. Celui qui en est le porteur, en révélant son statut sérologique, parle métaphoriquement de ses relations sexuelles. Cette représentation essentiellement portée par les instances sociales de type communautaire rejoint toutefois en terme de valeur, au sens wébérien, l'injonction religieuse de grande pudeur et d'un grand contrôle quant aux relations sexuelles.

Au regard de ces constatations, il semble évident ou du moins probable que le recours à l'eau bénite pour guérir du sida implique d'adhérer à la conception du sida comme conséquence d'une faute religieuse.

CHAPITRE VI

De la notion de ‘risque’ aux normes nationales éthiopiennes

*« L'excès de précision dans le règne de la quantification
correspond très exactement
à l'excès du pittoresque dans le règne de la qualité. »*
Gaston Bachelard *La formation de l'esprit scientifique* (1938)

« La morale est la faiblesse de la cervelle. »
Une saison en Enfer, Arthur Rimbaud,
(1873, *Délires II : Alchimie du verbe*)

Nous avons vu dans le précédent chapitre que les normes en matière de comportement sexuel étaient plus portées par l’oralité que par l’écriture, plus par la société en tant que communauté que par les textes religieux et/ou le code civil. La publicisation du VIH et la lutte contre la pandémie ont introduit de nouvelles normes, établies par les instances internationales et retraduites au niveau national dans le cadre des programmes de prévention mis en place par le Gouvernement éthiopien, elles sont intrinsèquement liées à la raison sanitaire. Ces normes institutionnelles rencontrent sur le terrain, au niveau national et micro local, des normativités et des moralités plus anciennes. Celles-ci se sont parfois données, et de manière plutôt non explicite, la contamination au VIH pour sanction possible. Ainsi, la rencontre entre ces différents univers normatifs, ces jeux des échelles normatives, la manière dont ces normes s’entremêlent ainsi que la manière dont les acteurs locaux (gouvernement et institutions scientifiques) les interprètent et les mettent éventuellement en œuvre constituent l’objet principal de ce chapitre.

Celui-ci est organisé en quatre sections. Dans les deux premières sections, nous tenterons de déconstruire la notion de risque (section I) et l’acronyme ‘ABC’ (section II). Ces analyses, du risque⁹⁰ et de l’ABC, prolongent celles menées par de nombreux auteurs, elles ne sont donc guère nouvelles. Ces prolégomènes théoriques, seront suivis d’une application au contexte éthiopien, d’abord scientifique (section III) puis gouvernemental (section IV). Les prolégomènes et analyses en situation nous permettront de montrer (section V) en quoi la notion de risque fait constitutivement l’objet, de ce que nous appelons pour paraphraser A. Zemléni (1982), d’un usage social.

⁹⁰ Nous revenons dans le corps du texte. Sur les analyses portant sur la notion de risque on pourra notamment lire : Seidel, Vidal, (1997), Vidal (1999), Dozon et Fassin (2001) Calvez (2004), Peretti-Watel (2010). Quant à l’acronyme ABC et l’ordre dans lequel il est donné, de la même façon nous y revenons sous peu, on pourra consulter : Barnet et Pankhurst (2005), Hardee et al., (2008) et Demange (2011).

I. Les usages moralo-sociaux du sida par les instances internationales

Les instances internationales investies dans la lutte contre le sida (OMS, ONUSIDA, Fond Mondial, etc.) sont par définition éditrices de normes et de standards internationaux. En terme de prévention, si les outils déployés se sont diversifiés (circoncision, préservatif féminin, lutte contre la vulnérabilité, etc...) les discours et préconisations établies par ces organismes, notamment ONUSIDA, demeurent quant à la prévention primaire sur le fond assez identiques : prévention intensive chez les populations à risque (prostituées, usagers de drogues, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes – HSH, chauffeurs), et pour la population générale, abstinence, fidélité et préservatif (dans cet ordre). De nombreux auteurs des sciences sociales⁹¹ ont mis en exergue et alerté ces instances et les différents acteurs de la lutte, des dérives moralisatrices et des impensés qui sous tendent nombre des programmes de prévention et de lutte.

La notion de risque en sciences humaines et sociales est fréquemment utilisée dans la prévention de l'infection au VIH, (comme dans d'autres champs) au Nord comme au Sud. L'année 1985 marque le début des études en sciences sociales sur le risque sida. M. Pollak coordonne la première recherche qui, à partir de 1989, date de création de l'Agence Nationale de Recherche sur Sida, sera suivie de nombreuses autres études (Calvez, 2004 :10). Jusqu'en 1997, en l'absence de traitement pour le VIH et le sida, les préventions primaire et secondaire constituaient le seul moyen d'enrayer le développement de l'épidémie. Quoique les sciences sociales aient enrichi et nuancé la notion de risque, M. Calvez montre que la place de cette notion

« Dans la prévention du sida est donnée pour les sciences sociales. Elle s'impose à elles comme un cadre dans lequel elles sont appelées à produire des connaissances. » (2004 :175).

Cette situation conduit les recherches à tenir essentiellement compte du niveau individuel et, d'après l'auteur, laissent dans l'ombre de nombreuses dimensions du social notamment les solidarités collectives et des interdépendances sociales (Clavez 2004 : 175-6). Il nous semble dès lors pertinent d'interroger ce que contient cette notion de risque, afin de s'en dégager pour proposer ensuite une autre manière d'envisager le « risque sida ». Il est possible d'opérer une « anamnèse » de cette notion à l'instar de ce que J. Pouillon propose pour le verbe « croire » en science des religions (1979 ; 1993). Réflexion et distance permettent de dépasser les cadres dans lesquels cette notion a été forgée, en outre et au minimum dans le but de l'extraire de son substrat assurantiel réceptacle des germes d'une moralisation cauteleuse.

⁹¹ Leur nombre est trop important pour tous les citer ici, mais on pourra notamment se référer aux auteurs désormais classiques : G. Seidel (1993), G. Seidel et L. Vidal (1997), J.P. Dozon et D. Fassin (1988 ; 1989), Delaunay (1999) et L. Vidal (1999).

De nombreux auteurs (Douglas, 1992 ; Peretti-Watel, 2010 ; Peretti-Watel et Moatti 2009 ; Berlivet, 2001 ; Calvez, 2001 ; Dozon et Fassin 2001) mettent en lumière la dimension morale de la prévention et de la notion de risque :

« Comme toute utopie qui se déploie, la prévention est une entreprise morale qui fait des dégâts : la valorisation de la santé et des conduites qui la préservent a pour corrélat la stigmatisation des comportements et des individus malsains ». (Peretti-Watel 2009 :31)

Pour J.P Dozon et D. Fassin « la notion de risque implique toujours une dimension morale » (2001 :14). M. E Gruénais est plus nuancé et considère que la santé publique peut, dans certains cas, être tour à tour, ou conjointement, utopique, idéologique et gouvernée par des choix moraux (2001). L. Berlivet (2001) et P. Peretti-Watel (2010) montrent que cet adossement à la morale abouti à créer une séparation entre le sain et le malsain avant même que ne survienne la maladie, et ainsi conduire à la stigmatisation des personnes « liminales » (Berlivet, 2001 : 101) présentant des facteurs de risques importants. La dérive ultime revient alors à blâmer la victime sans comprendre les conditions sociales, culturelles ou économiques qui sont susceptibles de guider sa conduite (*ibidem*).

Une histoire de mot ou un « archéologisme » (Pouillon, 1993)

Un retour sur l'histoire de la notion de risque et l'analyse du contexte social et culturel dans lequel elle apparaît et évolue, éclaire cet adossement à la morale. Cette notion de risque est culturellement et historiquement déterminée (Douglas, 1992 ; Peretti-Watel, 2010 ; Peretti-Watel et Moatti 2009 ; Berlivet, 2001 ; Calvez, 2001 ; Dozon et Fassin 2001). P. Peretti-Watel rappelle que pour M. Douglas (1990) « l'individualisme contemporain a favorisé la substitution du risque au péché en inversant le sens de l'attribution de responsabilité » (2010 : 48). Comme G. Seidel (1993, 1996) et L. Vidal et G. Seidel (1997) et P. Berlivet (2001), le mettent en exergue, la notion de risque a pour conséquence de « punir » la personne « à risque » à défaut de sanctionner les personnes porteuses, contrairement à ce qui se passe dans les sociétés moins coutumières de la notion de risque occidentale. Cette notion, née au Nord, en Occident, témoigne donc et entérine un rapport au monde particulier.

P. Peretti-Watel rappelle que le terme « risque », issu du latin, est d'abord employé par les Italiens au XIV^e siècle, pour désigner et assurer les dangers auxquels était soumise la marchandise transportée par voie de mer. Désignant essentiellement les tempêtes, ces notions de danger et de risque étaient distinctes de toute « faute » (2010 : 7). Dans la société industrielle du XIX^e siècle, les évolutions de l'assurance, les nouveaux développements du capitalisme puis l'apparition de la société marchande, sont concomitants. Ils induisent et rendent compte des évolutions des représentations de l'accident et du danger. Là où auparavant, les

« Croyances plus anciennes [...] concevaient le mal comme l'expression d'une malveillance humaine ou surnaturelle, et qui interprétaient les catastrophes, les épidémies et les famines comme des signes de damnation [Lagrange, 1993]. Ce mal nouveau, laïque et impersonnel, non intentionnel, c'est justement l'accident : "L'accident renvoie à une expérience du mal où, celui-ci, privé de toute substance ou de toute essence, prend une forme atomistique, individuelle, multiple, discrète et dispersée" [Ewald, 1996 : 53] » (Peretti-Watel, 2010 : 8)

L'apparition de la statistique puis de l'épidémiologie ont conféré à la notion de risque une nouvelle dimension, un nouveau sens (Clavez 2001 : 96-97). Les régularités de survenue des accidents sont mises à jour, et tout au long du XX^e siècle, de plus en plus d'événements ont été « mis en risque » (Peretti-Watel, 2010 : 14). Ce processus a abouti à une prolifération des facteurs de risque (Beck, 1992 ; Berlivet, 2001 ; Clavez 2001) qui

« Résulte aussi des conditions de production particulière du savoir épidémiologique, qui privilégient la significativité statistique au détriment de la compréhension des phénomènes étudiés » (Peretti-Watel, 2010 :17)

Les techniques de détection des facteurs de risque et de leurs récurrences impliquent ou conduisent à une dispersion et à une multiplication des causes. Un détour par l'histoire, la philosophie et la sociologie de la connaissance apporte un éclairage sur les raisons de cette difficulté à comprendre les facteurs de risque. Deux éléments semblent jouer un rôle déterminant, d'abord les conditions de production même de l'épidémiologie et ensuite des facteurs plus « humains » ou « sociétaux ».

Une histoire de technique et de science

L. Daston montre que le « dénominateur commun » des « instances quantitatives », auxquelles l'épidémiologie appartient en tant que science quantitative, ne sont pas même les nombres mais la régularité géométrique et la véracité mathématique au détriment de l'adéquation au réel (1995). Elles n'expliquent donc que partiellement les facteurs de risques et leur cause. Cette auteure, rappelle à la suite de L. Fleck (2008[1935]) que la frontière entre science et morale n'est pas aussi imperméable que les scientifiques aiment à le croire. Prise dans un « style de pensée » et un « collectif de pensée » - concepts forgés par Fleck (*ibidem*) - la science évolue dans un contexte culturel et social (porteur donc d'une morale, d'émotion, etc..) précis dont elle est une composante et donc est influencée par les mêmes préceptes moraux et la même hiérarchie prévalant pour les « non-scientifiques ». Dès lors, une sous-attention à la compréhension des phénomènes pourraient constituer une « boîte noire » pour reprendre une expression de R. Merton (analyse de S. Shapin [1988 : 595] cité par Daston, 2005 :5). Laquelle contiendrait enchevêtrées à des analyses « scientifiques », des valeurs culturelles et morales (et/ou le sens commun ?) ayant cours dans la société « mère », productrice de ces analyses scientifiques. Ainsi, d'une part, la procédure scientifique quantitative n'est pas exempte d'une économie morale. Et d'autre part, sa recherche de la significativité au détriment de la compréhension des phénomènes créent des espaces, des « boîtes noires », dans lesquels une économie morale des faits, ou événements frontières entre le sanitaire et le sociétal qu'elle tend à quantifier, trouverait à se lover, sans doute au corps défendant des chercheurs (Clavez, 2004 : 175-180).

Du risque à la réflexivité : une inscription culturelle spécifique

L'émergence de l'épidémiologie et la mise en risque du monde est née de conceptions culturellement et historiquement situées du risque et du futur. Pour A. Giddens, la notion de risque est constitutive de la modernité, elle est une manière de représenter les incertitudes

futures en un présent réflexif, avec pour toile de fond la survenue potentielle d'une catastrophe :

« La modernité, sans être plus risquée, est une culture du risque. Le concept de risque est devenu le fondement sur lequel tant les acteurs profanes que les spécialistes techniques organisent le monde social. Dans les conditions de la modernité, le futur est continuellement dessiné en terme de présent par des organisations réflexives de la connaissance de l'environnement. » (2001 : 3).

« La modernité est apocalyptique non pas parce qu'elle court vers d'inévitables catastrophes, mais parce qu'elle introduit des risques auxquels les générations précédentes n'avaient pas à faire face. (2001 : 4)

Cette notion, A. Giddens la lie constitutivement à la dimension réflexive de la modernité (2001). L'auteur considère la réflexivité, dans ce qu'il appelle la modernité « tardive », comme une manière d'institutionnaliser

« Le principe du doute radical, non seulement dans les sciences et la conscience philosophique, mais il est une dimension générale et existentielle du monde social contemporain. » (2001 :3).

Dès lors, le soi doit être constitué réflexivement. L'anthropologue américain N. Rose a, pour sa part, interrogé cette réflexivité (1999). Il met en exergue la continuité entre les transformations des techniques de la confession catholique à partir du XIII^e siècle (Foucault 1976), dont le but était d'assurer le salut des hommes, et les formes actuelles de réflexivité et techniques de contrôle de soi (1999 : 217-225). Ces deux notions, risque et réflexivité, sont donc arrimées l'une à l'autre et sont propres à l'Occident moderne.

Si cette notion a progressivement été détachée de la notion de faute, elle a démultiplié dans le même temps, les sources potentielles de danger (Beck, 1992). Ce faisant, la réalité avant l'événement ou l'« infortune » (pour reprendre la terminologie des anthropologues de la maladie) est rendue plus anxiogène ; déplaçant (ou ajoutant) la question du sens (ainsi que des pratiques et des représentations profanes et savantes) de l'événement⁹² de l'après à l'avant. Pour le dire autrement, l'avant maladie, la possibilité de sa survenue devient autant -

voire plus - anxiogène que la maladie même qui elle, se voit prise en charge et traitée grâce à des thérapies de plus en plus efficaces et de plus en plus détachées des imputations causales « traditionnelles » dans lesquelles les valeurs sociales trouvaient à s'exprimer. Ainsi, les évolutions récentes des sociétés occidentales, et notamment l'apparition de la santé publique, induisent un nouveau rapport au risque et à la maladie. Elles ont concouru progressivement à la réassociation du risque à des valeurs morales. Non que ce lien ait disparu auparavant, mais la mise en risque du monde et des maladies a déplacé l'usage social de la maladie à un usage social du risque qui lui se situe avant la maladie.

Il est évident que de nombreuses sociétés ou cultures, autres qu'occidentales (et M. Douglas pose la question au Japon, [1992]), ont pensé l'incertitude, l'anticipation, le danger

⁹² La mise en risque du monde, la conception du danger qui y est associé, crée de « nouveaux objets », appelés communément 'risque'. Toutefois, ce terme est fortement connoté, hors Calvez (2004) note que les sciences sociales n'ont pas réussi à se défaire de la définition épidémiologique de cette notion et conséquemment à penser l'avant maladie en d'autres termes. Ainsi, nous nous interrogeons sur la pertinence de cette notion pour les sciences sociales et nous demandons si une redéfinition ne permettrait pas une approche différente du processus plus général de « mise en risque ».

et autres concepts ou termes afférents à la notion occidentale du risque. Mais à l'issue d'une plongée dans l'histoire de cette notion, et à sa mise en contexte, il nous semble douteux que d'autres cultures en usent de cette manière. À tout le moins, il peut être réducteur de qualifier de « à risque » certains « comportements » sans au préalable s'interroger sur les conceptions émiques afférentes.

II. La prévention des nouvelles infections aux VIH : des normes internationales

Comme l'ont montré de nombreux auteurs, pour les catégories considérées comme à risque ou vulnérables, les directives de prévention internationales comportent une forte dimension moralisatrice qui aboutit à la stigmatisation des populations les plus fragiles (Berlivet, 2001).

« Les réponses au sida ont partout moralisé et stigmatisé [Treichler 1987; Watney 1988, 1989; Patton 1992]. » (Seidel, Vidal, 1996 : 63)

Les considérations morales sont multiples, elles concernent tant les pratiques qualifiées de « à risque » que les groupes considérés comme « à risque ». Parmi les pratiques « à risques », la sexualité est première. L'idée d'une sexualité africaine débridée a longtemps (Dozon, Fassin, 1989 ; Seidel, 1993 ; Vidal 1999) sous-tendue nombre de politique de prévention en Afrique, il semble qu'à l'heure actuelle cette conception soit encore à l'œuvre. Par ailleurs, R. Sabatier montre que le sida est une épidémie raciste (1989).

II.1 L' 'ABC' en prévention : la « fortune morale » d'un acronyme de santé publique

Il en va incidemment de même pour les directives émanant des instances internationales. L'existence, la diffusion et le parcours du fameux ABC (abstinence, be faithful and condoms) rendent compte de la teneur potentiellement (au mieux) moralisatrice des directives en terme de prévention à l'échelle internationale. Notons que cet "ABC" guère employé en France, connaît une fortune (« morale » ?) certaine dans plusieurs pays d'Afrique au rang desquels l'Ouganda (Demange, 2010) mais également l'Ethiopie figurent. Jusqu'au début de l'année 2011, sur le site Internet d'ONUSIDA, un des premiers documents accessible quant à la prévention, intitulé « information express sur le sida »⁹³, indique les moyens d'éviter une contamination :

« **Comment peut-on limiter le risque d'être infecté par le VIH lors de rapports sexuels ?** »⁹⁴

S'abstenir d'avoir des rapports sexuels ;

⁹³ Ce document était alors accessible sur le site d'ONUSIDA en tapant le mot clé « prévention » :

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/brochurepamphlet/2009/20090401_prevention_fast_facts_fr.pdf

Depuis cinq mois, le mot clé « prévention » ne renvoie guère plus à cette page, il faut utiliser le lien dans son ensemble pour retrouver la page. Ce changement n'est pas unique, nous y reviendrons dans la dernière partie de cette étude.

⁹⁴ En rouge dans le texte.

Rester fidèle dans le cadre d'une relation avec un partenaire également fidèle et non infecté n'ayant pas d'autre comportement à risque tel que la consommation de drogues injectables;
Utiliser des préservatifs masculins ou féminins de manière correcte à chaque rapport sexuel. » (2009: 2)

Le PEPFAR et USAID sous le double mandat de Bush étaient accusés d'utiliser cet acronyme en favorisant les deux premiers termes par rapport au troisième, le port du préservatif (Hermann, 2009). Deux faits contredisent la primauté de PEPFAR quant à l'emploi du célèbre acronyme. D'abord, contrairement à l'idée très largement répandue, les « inventeurs » de l'acronyme 'ABC' ne sont ni l'Ouganda, ni le PEPFAR. Dans un article retraçant l'historique de la formule, K. Hardee et ses co-auteurs mettent en lumière le fait qu'il est parvenu à Tasso (The AIDS Support Organization), organisation ougandaise réputée pour sa réponse à l'épidémie du VIH, via l'OMS (Hardee et al., 2008 :1). Il revient à un médecin philippin, le Dr. Flavier de l'avoir créé et employé comme désignant l'abstinence, la fidélité (be faithfull) et l'utilisation de préservatif (use Condom) (*ibid* : 5) en 1992. C'est principalement l'université de John Hopkins aux USA qui participa à sa dissémination à partir de 1996 puis dans les années suivantes, il fut d'abord utilisé en Ouganda puis par le PEPFAR. Toutefois, les auteurs rappellent que diverses instances internationales (PNUD, ONUSIDA) employèrent une formule similaire : abstinence, fidélité, condom/préservatif, dans des ordres variables (*ibid* : 10). Mais, la présence en 2011, sur le site d'ONUSIDA d'une formule renvoyant à l'ABC et dans cet ordre inviterait, à notre sens, à considérer que la fortune de l'idée dépasse celle de l'usage de l'acronyme. En effet, et c'est là le second point, nous avons vu dans le chapitre 2 section 3 présentant l'histoire de la prévention en Ethiopie, que si l'acronyme 'ABC' n'était pas employé en 1987, les directives établies à l'échelle nationale, (au moins suggérées par l'OMS), étaient similaires voire identiques, tant dans leur formulation que dans leur gradation. Ainsi, dans la deuxième moitié des années 1980, les instances nationales éthiopiennes et internationales prônent l'adoption de pratiques à « non risques » définies comme suit :

« On entend par comportement du “non-risque” l'abstinence sexuelle et la mutuelle monogamie à l'intérieur du couple. » (Lehmani, 1991 :38).

A. Lehmani résume les actions de prévention de l'infection au VIH menées par le gouvernement éthiopien en 1990 :

« Les mesures prises à l'heure actuelle par les responsables de la lutte contre le SIDA en Ethiopie sont essentiellement basées sur l'éducation de la population sur la transmission de la maladie, sur la prévention des MST et leur traitement, la réduction des partenaires sexuels dans les groupes à haut risque et sur l'approvisionnement, la distribution et l'utilisation des préservatifs » (*ibid* : 44)

Il apparaît donc que dès les premières années, des programmes de prévention avait été pensés et le triptyque graduel abstinence > fidélité > préservatif avait déjà été posé. Si les instances internationales œuvrant dans la lutte contre le sida distribuent des préservatifs masculins⁹⁵ l'ordre reste le même et plusieurs auteurs ont pointé l'inadéquation de cet

⁹⁵ Dans le cadre de l'écriture d'un article portant sur le préservatif féminin et la pilule masculine, nous nous avons mis en parallèle le nombre de préservatifs féminins et masculins distribués par les instances

acronyme aux pratiques et par là, son contenu moralisateur.

T. Barnet et J. Pankhurst (2005 : 590) et l'équipe de N. Sinding (2004) ont remis en cause l'adéquation de l'ordre dans lequel ces trois options 'ABC' étaient présentées, à la réalité du terrain. En effet, de manière primaire, dans cet ordre 'ABC', est problématique car il laisse entendre que le préservatif est la solution de dernier recours, et qu'il ne doit être utilisé qu'en cas d'incapacité à observer les deux premiers, s'abstenir de relations sexuelles puis rester fidèle, induisant ainsi une assimilation de l'infection au VIH à la promiscuité (Klaits, 2009 :8-9). Ce qu'elle est d'ailleurs déjà dans certains pays africains (Le Palec, Pagezy, 1996 ; Taverne, 1999). En Ouganda, P. Shanti, montre que les messages de prévention 'ABC',

« Conduisent par inadvertance à augmenter les difficultés à reconnaître le risque au VIH et suscitent de nouvelles formes de sexualité plus secrète de la part des hommes mariés » (2007 : 1198).

Ces messages oblitèrent également le fait que les femmes peuvent être contaminées dans le cadre du mariage alors qu'elles respectent le second préceptes, la fidélité et qu'elles sont dans l'incapacité (morale, sociale, culturelle, économique) de négocier le port du préservatif avec leur mari (2007 : 2). Dans un billet aussi court que percutant, T. Barnet et J. Pankhurst le remettent en cause directement :

« Nous soutenons que les pressions actuelles pour persuader les gens que « l'abstinence » est un programme raisonnable, sont basées sur un malentendu. » (2005 : 590)

Selon ces auteurs, le succès de l'ABC doit être replacé dans son contexte et ne suffit pas à lui seul à expliquer la réduction sensible de la séroprévalence en Ouganda (Barnet, Pankhurst, 2005 : 591). A titre de comparaison, ils rappellent qu'aux USA, les jeunes ne qualifient pas le « sexe oral » de sexe, montrant ainsi la variété des conceptions, des pratiques et des représentations liées aux « sexes » (*ibidem*). À la lumière de cette mise en perspective, les auteurs invitent tant les instances internationales que les pouvoirs publics locaux à une plus grande attention au contexte dans lequel les pratiques, les représentations prennent corps.

« Le sexe (dans diverses circonstances) sur le continent Africain n'est pas nécessairement le même acte que dans les sociétés et les communautés politiques qui décident des agendas de prévention à travers leurs programmes de financement » (Barnet, Pankhurst, 2005 : 592)

Enfin, et dans à la suite d'un trop grand nombre d'auteurs pour être tous cités ici (Seidel, 1996 ; Seidel, Vidal 1997 ; Delaunay, 1999 ; Taverne, 1999 ; Dozon, Fassin, 2001 ; Epstein, 2005), T. Barnet et J. Pankhurst énoncent clairement le contenu éminemment moral de l'ordre dans lequel le ABC est présenté :

« Lors de la Conférence Internationale sur le sida de 2004 à Bangkok, un débat a émergé entres partisans de l'approche ABC et ceux qui prônent l'approche CNN: préservatifs, seringues et capacités de négociation [en anglais: Condoms, Needles, Negotiation skills]. Les critiques sur l'ABC font valoir que l'ABC place l'abstinence

internationales, principalement le FNUAP. Il apparaît que seule une proportion dérisoire de préservatifs féminins le sont : 100 préservatifs masculins distribués pour un préservatif féminin (Hermann, soumis à Sciences sociales et santé)

en première solution, imposant un jugement moral plutôt qu'une pratique de prévention. » (Barnet, Pankhurst, 2005 : 590)

Quelques années auparavant, B. Taverne avait montré l'inadéquation de la notion de « fidélité » aux pratiques sexuelles, pré et para-matrimoniales au Burkina Faso et dans le même temps, mis en exergue son fort contenu moralisant (1999). Il rappelle que la fidélité est une valeur morale avant d'être une méthode de prévention des nouvelles infections au VIH, et dans le contexte burkinabé, elle ne s'applique pas à la sexualité, mais au respect que les époux se portent, au soutien mutuel (*ibid* : 517).

Une attention à l'étymologie des termes "abstinence" et "fidélité" rend compte de l'inscription proprement occidentale et religieuse de ces notions et partant d'une moralité toute emprunte de culture. Commençons par le terme abstinence :

« À l'origine *abstinence* possède 2 sens **1.** "Action de s'interdire un acte". Le mot dans ce sens n'a pas survécu au-delà du XVII^e s. et a été supplanté par *abstention*. **2.** "Action de s'interdire l'usage de quelque chose". Dans ce sens qui s'est maintenu jusqu'à nos jours, le mot apparaît d'abord appliqué au domaine de la morale ou de la religion; il s'étend ensuite à d'autres domaines particuliers, comme la médecine et l'histoire naturelle et se trouve également employée comme terme générique » (Dictionnaire étymologique, CNTRL⁹⁶)

Le premier sens apparaît au XII^e siècle pour disparaître ensuite, le deuxième provient directement de la Bible et est employé dans la langue française au XIII^e s., il désigne alors l'« action de se priver de nourriture et en particulier de viande », son substrat religieux ou moral est donc évident. Il renvoie également à la vertu de la continence dans l'Eglise chrétienne occidentale (puisqu'il n'existait pas encore d'Eglise catholique). Son usage médical débute au XVI^e et correspond également à la mesure, à l'« action de s'interdire l'usage de quelque chose » (*ibidem*). Le sens du terme 'abstinence' a donc bien entendu évolué, mais il continue à être, entre autre, usité dans un contexte religieux. Parmi les variations d'usage et de sens, on note que l'action de s'interdire l'usage de quelque chose (ou son absorption) permet soit de conserver ou d'œuvrer pour sa santé, et pour sa vertu religieuse, ou encore pour l'acquérir. Par ailleurs, l'abstinence sexuelle renvoie quant à elle à la vertu morale, à la vie ascétique et monacale, avec l'apparition du sida qu'elle prend une autre teinte, mais ne renvoie-t-elle pas dans une certaine mesure aux premières ?

Le terme 'fidélité' commence à être employé au XII^e siècle. Provenant du latin, *fideltas*, son usage est d'abord religieux et désigne la « qualité qui fait qu'on garde la foi promise », ce n'est que deux siècles plus tard que ce mot sera utilisé pour qualifier « la constance dans les affections, les sentiments », puis, la « qualité d'un serviteur fidèle ». Et plus tard encore, à la fin du XVII^e siècle, il est employé pour des entités « inanimés », et renvoie à « la qualité de ce qui est conforme à la réalité à l'exactitude » (Dictionnaire étymologique, CNTRL)⁹⁷

Les termes 'abstinence' et 'fidélité' ont donc connu des évolutions similaires, appartenant d'abord au domaine religieux, leurs emplois ont progressivement été étendu à d'autres domaines, cependant, leurs usages premiers demeurent et perdurent jusqu'à nos jours. Si tous leurs sens coexistent, le contenu et la référence à des valeurs morales sont indéniables et

⁹⁶ <http://www.cnrtl.fr/definition/abstinence>

⁹⁷ <http://www.cnrtl.fr/etymologie/fidelite>

présents pour chacun d'eux.

L'acronyme ABC n'est guère employé en France et plus généralement en Europe. Il faut rappeler que les « révolutions sexuelle » (Jaspard, 2005) (quoiqu'en conclusion cette auteure invite, à la suite de M. Foucault (1976), à relativiser le mythe de cette révolution, ce en quoi nos propres analyses nous conduisent) et « contraceptives » (Leridon et al., 1987) y ont considérablement modifié (ou entérinée une évolution plus ancienne), le rapport à la sexualité a brisé les carcans moraux dans lesquels la sexualité était maintenue. Si bien qu'aujourd'hui, il ne serait guère possible de prôner auprès des jeunes français le report d'entrée dans la vie sexuelle, alors même que le taux d'infection des jeunes hommes français et éthiopiens est étonnamment proche : 0,2% en France pour les 15-24 ans⁹⁸ et 0,25 % en Ethiopie (DHSE, 2005 : 217-8). Il est évident qu'un écart de 0,05% ne permet pas à lui seul de justifier de telles différences dans les campagnes de prévention. Dans ces conditions, l'absence de référence à l'acronyme ABC dans le contexte français se colore d'une autre teinte. Non que la moralisation soit absente en France, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les usagers de drogue puis les migrants ont clairement été désignés, mais elle ne porte ni sur la limitation de la sexualité, ni incidemment sur l'incitation à la vertu sexuelle par la population générale.

Ainsi, les moralisations dépendent-elles largement du contexte culturel et sociétal, mais il est tout à fait significatif que pour l'Afrique, les valeurs prônées soit la réduction des pratiques sexuelles et leur moralisation. Déjà en 1999, L. Vidal notait que la possibilité d'une infection au VIH en Afrique fait l'objet d'un discours moralisateur et stigmatisant :

« Enfin, dès que fut attesté – il y a maintenant quinze ans [Piot, 1984] – un risque de transmission par voie hétérosexuelle, à partir de cas africains, une lecture sociologique et politique différente du sida s'imposait pour l'Afrique [Fassin, Dozon, 1988 ; Dozon, Fassin, 1989]. À savoir qu'allait émerger un discours, aux évidents attendus moralisateurs et discriminatoires, sur une culture africaine favorisant de longue date une promiscuité sexuelle exposant au VIH [Seidel, 1993 ; Seidel, Vidal, 1997]. » (Vidal, 1999 : 20)

Nous avons vu dans le chapitre précédent que les pratiques sexuelles éthiopiennes étaient très encadrées quoique les modes divergent, si bien qu'avec un brin d'ironie, on pourrait rappeler que les pratiques sexuelles éthiopiennes sont « prudes », entourées de tabous, de non-dit, de secret et de pudeur, (voire « sages ») en comparaison de celles ayant cours en France voire en Europe. Si l'abstinence, la fidélité, et les préservatifs sont considérées comme des pratiques préventives adaptées à la pandémie africaine du VIH alors, il apparaît que l'on moralise une sexualité déjà très moralisée.

II.2 Des jeunesses sous contrôle

La prévention sida en direction des jeunes (15-24 ans) fait l'objet d'une attention accrue de la part des instances internationales (ONUSIDA, 2010) en vertu de la nécessité de

⁹⁸ <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/tools/aidsinfo/countryfactsheets/>

susciter l'adoption de comportements protecteurs dès leur entrée dans la vie sexuelle. Hors, de manière plus générale et presque souterraine :

« La sexualité des jeunes préoccupe en effet les adultes [Bozon et Kontula, 1998] : ceux-ci tendent à voir dans la jeunesse un groupe spécialement vulnérable aux risques sexuels, mais également en « danger moral » et nécessitant une protection, par exemple vis-à-vis de la pornographie [Ogien, 2003]. » (Bozon, 2008 : 124)

P. Peretti Watel rappelle que l'adolescence, et pourrait-on ajouter les premières années de l'âge adulte, est un risque « parce qu'elle est associée à des risques spécifiques » (2010: 85), qui sont pour beaucoup « constitutifs d'une étape inévitable du développement individuel qui marque le passage à l'âge adulte. » (*ibidem*). Ainsi, la consommation d'alcool, de tabac, de drogue, les faits de violence, la déscolarisation seraient selon les épidémiologistes et les psychologues, parmi les risques spécifiques de l'adolescence. Cependant, ces comportements ou prises de risques ne sont pas l'apanage des seuls adolescents, nombre d'adultes peuvent consommer de l'alcool, du tabac, des drogues, risquer un accident de voiture, etc., sans que ces attitudes soient considérés comme spécifiques à leur statut social, ou plutôt à leur âge. Par ailleurs, et comme l'auteur le rappelle, chaque âge de la vie correspond à des risques spécifiques : à l'âge adulte les accidents du travail, le harcèlement moral, le stress, le chômage, et pour les personnes âgées les accidents domestiques (Arènes et al. 2002 cité par Peretti-Watel, 2010: 85). Comme le note M.Bozon (2008 :124) l'attention des sociétés à l'égard de ces jeunes est une récurrence remarquable, l'encadrement de la sexualité ne représentant qu'un aspect des tentatives d'encadrement moral dont ils font l'objet. Ainsi, F. Tétard (1993 cité par Peretti Watel, 2010:85) :

« A montré que le mythe d'une jeunesse en perdition qu'il faut sauver d'elle-même est récurrent. Ainsi, dans la France des années 1950 et 1960, la jeunesse constituait un "problème social" qui nécessitait un "assainissement moral" (notamment par le renforcement de la censure à l'égard du cinéma, déjà accusé à l'époque de favoriser la délinquance par des images violentes ou moralement répréhensibles). » (Peretti-Watel, 2010: 85)

Si tous les jeunes, pourrait-on dire du monde, font l'objet d'une attention spécifique liée à leur statut, elle présente certaine variation selon les aires géographiques (Nord/Sud) ainsi que des spécificités culturelles. Une rapide et succincte comparaison entre les directives ayant trait aux jeunes françaises et éthiopiennes rend compte du fait que ces écarts de traitements rendent plus compte de variations morales portées par les politiques publiques, et ayant pour soubassement, les conceptions culturelles et sociétales des messages de prévention, que des réalités épidémiologiques.

III. Les enquêtes épidémiologiques sur le VIH : un reflet des normes morales éthiopiennes ?

Contrairement à d'autres pays d'Afrique sub-saharienne (notamment Bénin [DHSBénin, 2006 : 268], en Ethiopie, les catégories de population les plus touchées par l'épidémie ne sont ni les plus pauvres, ni les moins éduquées, ni les plus jeunes. Par contre,

les séroprévalences au VIH sont effectivement beaucoup plus importantes en milieu urbain qu'en milieu rural et sont particulièrement élevées à la capitale, Addis Ababa.

III.1 Les « catégories » personnes les plus infectées en Ethiopie : un état des lieux dissonant

Le dernier DHSE édité et accessible (2005 : 217-218) indique les séroprévalences au VIH par âge et catégorie sociale. Il apparaît que pour les hommes comme pour les femmes, les tranches d'âge 15-24 sont les moins touchées par l'épidémie. Par contre, la séroprévalence augmente significativement à partir de 25 ans pour les femmes et de 30 ans pour les hommes. De la même manière, contrairement à ce que laisse entendre les études menées sur le VIH en Ethiopie, les plus touchés par l'épidémie ne sont ni les plus pauvres, ni les moins éduqués.

Les données issues de cette étude (DHSE, 2005 : 217-218) établissent que les personnes les plus touchées par le VIH sont les femmes de plus de 25 ans et parmi elles, les 35 et 39 ans (5.1% soit 2.5 fois plus que la moyenne nationale de 1.9%), suivies des 40 et 44 ans (3.1%) et pour finir par les 25 et 29 ans (2.4%). Les femmes vivant en milieu urbain présentent un taux de 7.7% et celles vivant en milieu rural 0.7% (soit 7 fois moins). Au regard du niveau d'éducation, trois groupes ont été établis : sans éducation, primaire et enfin secondaire et supérieure. La catégorie la plus affectée est celle des plus éduquées (5.9%), suivies par celle ayant un niveau primaire (2.7 %). La richesse est divisée en cinq niveaux : le plus bas, deuxième, troisième, quatrième et le plus haut. Les femmes présentant le taux d'infection au VIH le plus élevé sont celles du groupe des plus riches (6.4%), suivies de très loin par celles du niveau deux (1%). Les femmes les plus pauvres présentent un taux de séropositivité de 0.3% et le taux le plus bas se rencontre chez les femmes du niveau quatre (0.2%). Schématiquement, les femmes les plus touchées par le sida sont les femmes vivant à Addis Ababa, les plus riches, âgées de 35 à 39 ans, de niveau d'éducation secondaire ou supérieur. Ces femmes font l'objet, nous le verrons, d'étude ayant trait à la grossesse, à la transmission mère-enfant et au recours aux contraceptifs hormonaux.

La lecture des données du DHSE (2005: 217-218) conduit à un constat très similaire pour les hommes. Alors que les jeunes (15-24 ans) font couler des flots d'encre scientifique, il apparaît qu'outre les 44-49 ans (0%), ils sont les moins touchés par l'épidémie en 2005. La tranche des 15-24 ans présente le taux d'infection le plus bas (0.25 %), il est quatre fois inférieur à la moyenne nationale (1%). Les hommes les plus touchés ont entre 40 et 44 ans (2.9% soit 3 fois plus que la moyenne), suivis par les 30-34 ans et les 35-39 ans (2.2 % pour les deux). La tranche des 25-29 ans présente également un taux plus bas que la moyenne (0.8%). Comme pour les femmes, les urbains (2.6%) sont plus touchés que les ruraux (0.7%), il est par ailleurs à noter qu'en milieu rural les femmes et les hommes présentent la même séroprévalence (0.7%). Les hommes les plus éduqués (secondaire et supérieur) (2.3%) sont plus de trois fois plus touchés que les sans éducation (0.7%). À l'instar des femmes, les hommes les plus riches sont les plus infectés. Ceux-ci (4.3%) sont huit fois plus contaminés que les plus pauvres (0.5%), et les moins touchés sont ceux du groupe quatre (0.3%). Schématiquement, les hommes ayant le plus de chance d'être séropositif sont les urbains vivant à la capitale, ayant entre 35 et 44 ans, d'éducation secondaire et supérieure et de

niveau de richesse le plus haut. Comme pour les femmes, ils n'ont fait l'objet de (trop ?) rares études. Selon l'une d'entre elles (l'autre concerne les hommes ayant des relations avec les hommes) les hommes de cette tranche d'âge et de ce niveau de richesse sont potentiellement clients des enfants filles prostituées (Ayalew, Berhane, 2000).

Toutefois, la majorité des études épidémiologiques et, dans une moindre mesure, les messages de prévention ne visent pas les groupes de populations les plus infectées, mais les jeunes et les femmes enceintes. Une analyse de ces messages et études révèle que les hypothèses qui les sous-tendent et les conclusions auxquelles elles parviennent tendent à reproduire les hiérarchies sociales, de genre, et générationnels.

III.2 Une analyse des thèmes des études épidémiologiques : les jeunes et les femmes deux catégories à risque

L'analyse, d'une part, de la production scientifique sur le sida en Ethiopie et d'autre part, des messages de prévention prônés par les scientifiques et le Gouvernement, rend compte de l'usage social du VIH en Ethiopie, nous y reviendrons à la fin de chapitre. En cela, la perspective d'une infection au VIH, constitue une sanction possible au non-respect des règles édictées par les institutions nationales (congrégations religieuses, gouvernement) et une partie de la société. Dans son terme le plus conservateur, il est une occasion, un moyen pour certaines institutions éthiopiennes de réaffirmer les valeurs de la société, d'agir sur elles et de les faire appliquer, l'infection au VIH et les représentations qu'elle véhicule constituant la menace de sanction. La morale devient alors indissociable de la lutte contre le sida. En Ethiopie, cette dimension morale de l'épidémie se manifeste dans le champ de la science de deux manières, d'abord à travers les populations faisant l'objet d'étude, ensuite à travers les questions posées, les résultats mis à jour et les suggestions d'actions proposées en conclusion des articles. Ce qui rend compte, par ailleurs, de l'adossement des recherches aux politiques de lutte et/ou inversement.

Nous avons donc eu recours à deux analyses. La première porte sur la dernière bibliographie parue en 2010 dans *Ethiopian Journal of Health Development* recensant tous les articles parus en 2009 et traitant du VIH en Ethiopie et auprès des Ethiopiens de la diaspora. La seconde analyse porte sur les contenus (les introductions, les résultats, les conclusions et suggestions d'action) de plusieurs articles publiés entre 2005 et 2010 dans la revue scientifique éthiopienne, *Ethiopian Journal of Health Development*. L'analyse de contenu portant sur l'ensemble de la littérature révèle une concentration des recherches sur quelques catégories de population : les femmes enceintes et les jeunes. Les hommes sont, quant à eux, impliqués dans les recherches autour des questions ayant trait aux choix contraceptifs des femmes.

III.2.a. Analyse de la biographie : des groupes et des pratiques à risques

Une bibliographie raisonnée a fait l'objet d'une analyse extensive, c'est-à-dire que les titres et les thèmes des articles cités ont fait l'objet d'une analyse. Les auteurs de cette bibliographie sont parmi les auteurs les plus connus sinon les plus réputés dans les études

éthiopiennes sur le VIH, il s'agit de Messin Samuel Mulatu, Paul J. Converse, Damen Haile Mariam, Helmut Kloss (2010). Les articles sont répartis en dix domaines d'étude, traitant entre autre de l'aspect biologique de l'infection, des traitements, des centres et des politiques de santé, de l'information en santé et de l'évaluation, ainsi que de la diaspora (Messin Samuel Mulatu et al., 2010 : 65). Seuls les contenus des domaines 3. "Les recherches en épidémiologie, en sciences sociales et du comportement" et 5. "Prévention de la propagation du VIH" ont été analysés. Le premier domaine est assez large et permet d'avoir un panel assez étendu, le deuxième domaine est plus spécifique puisqu'il concerne la prévention explicitement. Le domaine 5 concerne la "prévention de la propagation du VIH" (*ibid*: 67) et le domaine 3

« Les recherches en épidémiologie, en sciences sociales et du comportement comprennent les références concernant la distribution du VIH et des autres infections opportunistes, les comportements individuels et interindividuels ainsi que les déterminants psychologiques, socio-culturels et structurels de l'infection et des comportements à risques⁹⁹ » (Messin Samuel Mulatu et al., 2010 : 66)

Dans le domaine 3, les auteurs ont dégagé plusieurs thèmes de recherches. Le premier thème, rassemblant la majorité des références, est celui de la prévalence et la distribution de l'infection (tuberculose, co-infection, hépatites B et C, parasites, malaria et autres microbes). Le deuxième thème est celui des recherches sur les déterminants des comportements sexuels à risques. Dans ce cadre, les jeunes scolarisés et non scolarisés sont les principales populations cibles de ces études car

« L'épidémie est propagée par des comportements sexuels non protégés et exacerbée par des maladies opportunistes, des efforts sont donc nécessaires pour comprendre ces faits » (Messin Samuel Mulatu et al., 2010 : 67).

Cette assertion constitue d'ailleurs l'hypothèse de la plupart de ces études. En comparaison, quatre études (sur 143 dans cette section 3) portent sur les hommes. La première s'intéresse aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (Habtemichael, 2009 ; Tessema, 2009), la deuxième aux militaires, la dernière porte sur le recours aux moyens de contraception par les hommes, dans un quartier d'Addis Ababa. Ce surinvestissement scientifique sur les jeunes fait donc écho à la quasi absence de recherche sur les hommes « hétérosexuels et non militaires » de la tranche d'âge 30-44 ans, éduqués et aisés qui présentent le taux d'infection le plus élevé dans la population masculine. Pour ce même thème de recherche, les auteurs constatent que si les investigations sur les femmes et les enfants croissent, les études quant à la prévention de l'infection au VIH dans certaines catégories de population sont moins nombreuses:

« Globalement, il a peu de recherche sur les campagnes de prévention sur le sida visant à répondre aux besoins particuliers des gens infectés par le VIH : usagers de drogues, travailleur(se)s du sexe, prisonniers et hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. De futures études combleraient ces lacunes et seraient essentielles pour faire avancer les programmes de prévention de l'infection au VIH en Ethiopie.» (Mesfin Samuel Mulatu et al., 2010 : 68)

Encore une fois, il est indéniable que ces catégories de populations soient à risque, toutefois

⁹⁹ Les extraits d'articles présentés ici ont été traduit par E.B et nous-même.

leur faible représentativité de la population générale et des groupes les plus touchés (les urbains – hommes et femmes – de 35 à 45 ans, éduqués et aisés) rend compte également d'une absence d'ajustement à la réalité de l'infection. Par ailleurs, la focalisation sur ces groupes a pour « dommage collatéral » de renforcer la stigmatisation à leur endroit (Berlivet 2001 ; Perreti-Watel 2010), et dans le même temps la révèle et la perpétue. S'il est vrai que les jeunes peuvent avoir des comportements à risque (multi-partenariat, absence ou fréquence insuffisante du port du préservatif) nous avons vu qu'ils ne constituaient pas la population la plus touchée par le sida. En outre, ces « comportements à risques » ne sont pas l'apanage de la jeunesse, ce que confirme la séroprévalence de cette tranche d'âge (0.7%) indiquée par le dernier DHSE (2005: 217).

Le cinquième domaine 5 est intitulé « les recherches en prévention ». Les quarante-deux entrées recensées comprennent articles, thèses, résumés de communication de colloque, et rapports d'activité. Les auteurs détaillent pour seize articles, les points abordés : le dépistage volontaire et la transmission mère-enfant (par la grossesse et l'allaitement). Bien que les recenseurs de la bibliographie précisent que les hommes sont associés à ces études, seuls deux articles sur seize y font explicitement référence. Quatre études menées sur le dépistage volontaire et l'information aux usagers sont dites générales. Trois sont effectivement mixtes dans la mesure où le sexe des personnes visées n'est pas mentionné et la dernière porte sur les femmes exclusivement. Quant à la prévention de la transmission mère enfant (PTME), deux études incluent effectivement les hommes. La première traite de l'expérience des femmes séropositives cherchant à impliquer leurs maris séronégatifs dans les mesures de prévention (Hunde, 2009). La deuxième interroge l'occasion de tester les partenaires hommes dans le cadre d'une PTME (Wondale et al., 2009).

Il apparaît au terme de cette analyse sur les catégories de population étudiées que les jeunes et les femmes font l'objet du plus grand nombre de recherche. Les études portant sur les hommes sont marginales et concernent principalement des populations déjà stigmatisées (2 études sur 4 portent sur les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes), et leur rôle/place dans la prévention de la transmission mère-enfant. Que ce soit dans le cadre du dépistage volontaire dans celui des études épidémiologiques ou de sciences sociales et de comportements, les hommes ne font guère l'objet d'études spécifiques. On note un franc recul des études sur les travailleuses du sexe ce que déplorent les auteurs. Les études sur les femmes portent principalement sur les jeunes femmes ayant des comportements à risque parce qu'appartenant à la tranche d'âge 15-25 ans, sur les victimes d'abus sexuels, de violence et enfin sur les mères potentiellement contaminantes pour leurs enfants. Il est à noter qu'effectivement, les hommes sont, dans le cadre des études sur le dépistage volontaire, plus systématiquement interrogés au regard des proportions globales. Toutefois, le sujet même d'une de ces deux études est problématique : elle interroge les comportements des femmes séropositives face aux hommes séronégatifs. Or, en Afrique sub-saharienne, les enquêtes ont montré que les femmes étaient plus souvent infectées par leurs époux que l'inverse (Desclaux *et al.*, 2011 : XV) ce que notre propre enquête sur les sites d'eau bénite tendrait à confirmer, bien que non représentative de la situation éthiopienne nationale. L'analyse du contenu de la bibliographie des études sur le VIH en Ethiopie montre que les recherches menées ne correspondent pas réellement à la situation épidémiologique actuelle

du sida. Il semble bien plutôt que des déterminants sociaux (jeunes et femmes sont les dominés sociaux) et moraux (les jeunes ont des comportements déviants et à risque) sous-tendent les orientations et choix des objets d'enquêtes. L'analyse du contenu d'articles publiés nous permettra d'affiner cette hypothèse.

III.3.b. Primauté de l'encadrement moral

Nous nous sommes intéressée pour l'analyse des contenus, aux articles publiés entre 2005 et 2010 dans la revue d'épidémiologie *Ethiopian Journal of Health Development*. Sur 237 articles publiés, 23 études portaient sur le VIH chez la population, représentant donc 10% des articles de la revue. Ont été exclues de l'analyse les études portant sur la satisfaction des services de santé, sur leur réorganisation, ainsi que les études à caractère méthodologique. Selon le thème abordé, ces articles peuvent être rassemblés entre trois groupes : la prévention auprès de la population générale, les femmes et les jeunes. Le tableau ci-dessous donne la répartition des thématiques, générales et spécifiques, pour les deux groupes concernés et principalement visés par les études.

Thème général	Thèmes particuliers	Nombre	TOTAL
POPULATION GENERALE			9
LES JEUNES			5
	Relations prémaritales	2	
	Perception des étudiants envers le dépistage	1	
	Stigmatisation des PVVIH par les jeunes	1	
	Prévalence faible mais besoin d'éducation et d'incitation au changement de comportement	1	
LES FEMMES			7
	Prévention de la transmission mère-enfant	4	
	Travailleuse du sexe	1	
	Les femmes séropositives révélant leur statut à leur partenaire sexuel	2	
TOTAL			23

Les principales thématiques abordées recoupent donc celles précédemment dégagées de l'analyse de la bibliographie générale relative au VIH en Ethiopie. Les trois thématiques abordées et le nombre d'études qu'elles rassemblent rendent compte d'une attention soutenue à l'infection au VIH chez les femmes et les jeunes.

III.2.c. Les femmes : la prostituée, la jeune femme et la femme enceinte

Les sept études centrées sur les femmes portent sur trois sujets : la prévention de la transmission mère – enfant (quatre articles), la divulgation de leur statut sérologique à leur partenaire sexuel (deux articles), le lien entre la consommation d'alcool et de *khat* et la non

protection des rapports sexuels tarifés chez les travailleuses du sexe (un article).

Les femmes sont deux fois plus touchées par l'épidémie du VIH que les hommes en Ethiopie (1.9% pour 0.9% chez les hommes, DHSE 2005). Il paraît donc légitime que près d'un tiers des articles portent sur elles. Toutefois, une attention au contenu des articles montrent que si elles sont plus contaminées que les hommes, les études les concernant n'abordent pas cette question. En effet, quatre articles concernent la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). L'infection des enfants et des nouveaux-nés représente indéniablement une question de santé publique de haute importance, d'après l'ONUSIDA, la transmission hétérosexuelle est la première cause des nouvelles infections aux VIH, les enfants étant de moins en moins touché voire, il serait envisageable de considérer ce mode de transmission comme insignifiant dans quelques années (ONUSIDA, 2010). D'un point de vue strictement numérique, une attention aussi soutenue à la PTME face à un vide sur la spécificité de l'infection des femmes dans le cadre du mariage pose un certain nombre de questions sur les priorités de la recherche sur le VIH en Ethiopie.

On pourrait arguer que deux études portent sur les difficultés rencontrées par les femmes séropositives quant à la divulgation de leur statut sérologique à leur partenaire. Toutefois, les justifications données par les enquêteurs à cette recherche rendent plutôt compte d'un intérêt autre. Les auteurs de ce premier article (Kassaye, Lingerh, Dejene, 2005) justifient la nécessité d'une telle étude par la prévention de l'infection des enfants et nouveaux-nés. L'enquête permettrait aux femmes d'opérer un choix procréatif adéquat (Kassaye and al., 2005 : 126). Dans ces deux études, l'hypothèse testée est qu'à cause de la domination masculine, les femmes sont confrontées à de nombreuses barrières quant à la révélation de leur statut. Dans la première étude (Kassaye Kebede Deirbe and al., 2005), il est clairement explicité que la situation des femmes révélant leur statut est moins grave et difficile qu'on pouvait le penser. Dans la deuxième étude, si 86% des femmes ont révélé leur statut, 60 % d'entre elles ont été confrontées à des réactions négatives (sans plus de précision) et 7% de ces femmes avaient un partenaire séronégatif au VIH (Gari Taye et al. 2010).

Enfin, un de ces sept articles s'intéresse aux travailleuses du sexe (Atalay Alem et al., 2006). Les remerciements rendent compte de l'inscription politique et institutionnelle de l'enquête :

« L'étude est financée par USAID (United State Aid for International Development), accompagnée d'une assistance technique de FHI (Family Health International). Un support additionnel a été apporté par UNICEF et Save the Children USA. Une aide matérielle supplémentaire a été fournie par le Département de Santé Communautaire de l'Université d'Addis Ababa, HIV/AIDS Prevention and Control Office (HAPCO), le Ministère de la Défense et de la Santé, Regional HIV/AIDS Prevention and Control secretariats and Regional Health Bureaus » (Atalay Alem et al., 2006 : 97)

L'enquête vise, comme son titre l'indique, « à décrire l'étendue de la magnitude des relations sexuelles non-protégées et ses associations avec la consommation d'alcool et de khat chez les travailleuses du sexe en Ethiopie » (Atalay Alem and al., 2006 : 93). L'objectif même de l'enquête associé à son unicité (au sens d'unique, parmi les études portant sur les femmes) rend compte d'une oblitération de la complexité des pratiques (plus générales) des relations sexuelles tarifées par les femmes ou d'un manque d'attention sinon d'intérêt pour leurs conditions de vie. En outre, d'après l'enquête, l'extrême pauvreté et les troubles familiaux sont des conditions conduisant à la prostitution (Atalay Alem and al., 2006 : 93).

Les catégorisations employées pour définir le « sexe non-protégé » ne tient guère compte de la complexité des situations :

« Le sexe non-protégé a été défini comme des rapports sexuel sans utilisation de préservatif au cours des douze derniers mois précédent l'interview. L'utilisation irrégulière de préservatif était aussi catégorisée comme sexe non-protégé.¹⁰⁰ » (Atalay Alem and al., 2006 : 94)

Ces chercheurs présentent des conclusions contradictoires. Leurs propres données les conduisent à poser que « dans la présente étude, la consommation de *khat* n'apparaît pas être significativement associée à l'utilisation du préservatif » (*ibidem*). Mais les auteurs rappellent que d'après les références internationales :

« L'association du sexe non protégé avec la consommation de substance autre que le *khat* mais de même groupe (hashish, cocaïne, crack) est connue pour réduire l'inhibition et augmenter la prise de risque. Les enquêtes ont clairement indiqué que l'usage de telles drogues augmente les comportements à risques quant à l'infection VIH. » (Atalay Alem and al., 2006 : 95-96)

Ainsi, la seule étude de la revue portant sur les travailleuses du sexe en Ethiopie sur une période de cinq ans, montre de manière presque caricaturale que ces femmes sont issues de familles très pauvres et troublées, qu'une proportion significative présente des symptômes d'IST et ont des comportements à risque : sexe sans protection, consommation et problème d'alcool. Si les travailleuses du sexe les plus jeunes sont susceptibles de plus se protéger que leurs congénères plus âgées, c'est que d'après les auteurs, ces dernières sont soit déjà infectées soit pensent déjà l'être et ne sont plus motivées pour adopter des comportement protecteurs ou inversement se sentent protégées de n'avoir pas été infectées. Certaines des conclusions proposées par les auteurs ne sont pas fausses, cependant leur teneur moralisatrice et les présupposés moraux qu'ils véhiculent, est indéniable. La répartition des thèmes de ces sept études rend également compte de l'intérêt des chercheurs et de leurs valeurs et de leurs conceptions de l'infection au VIH.

III.2.d. Les jeunes : de l'encadrement religieux non institutionnel aux valeurs sociétales

Les jeunes (15-24 ans) constituent la population cible de 5 articles sur 23, soit un peu plus d'un cinquième. Nous avons montré précédemment que la séroprévalence chez les jeunes était moindre que la moyenne nationale (0.7 % pour une moyenne nationale de 1.4%). Il a également été rappelé que l'attention à ce groupe participe autant de la volonté d'inculquer aux jeunes des comportements protecteurs pour la santé que d'un phénomène plus général (voir chapitre précédent), voire universel, qui est la représentation de la jeunesse par les adultes comme intrinsèquement à risque et devant être encadrée (Peretti-Watel, 2010 ; Bozon, 2008 ; Ogien, 2003 ; Bozon et Kontula, 1998 ; Tétard 1993). L'analyse des contenus des cinq articles rend compte de ce processus et d'une volonté de réintroduire des valeurs morales traditionnelles auprès de la jeunesse éthiopienne.

Nous ne nous intéresserons qu'à trois études sur les cinq, deux articles portant sur les relations pré-maritales, ainsi que celui sur la faible prévalence des étudiants. Les deux autres

¹⁰⁰ Souligné par nous.

articles ont été négligés car leur contenu ne concerne pas directement les comportements sexuels. Succinctement, un de ces deux articles porte sur la stigmatisation des PVVIH. Le deuxième article a trait aux perceptions des étudiants envers le dépistage, il montre que les plus jeunes, n'ayant pas encore eu de relations sexuelles, sont plus enclins à se faire dépister que les plus âgés, ayant déjà eu des premiers rapports. (Abiy Abebe, Getnet Mitikie, 2009)

Deux articles prônent l'incitation à la virginité (jusqu'à 18 ans) tandis que plusieurs études montrent que la tendance générale semble être une entrée de plus en plus jeune dans la sexualité (Bozon 2003 ; DHSE 2000 : 78-79 ; Seme, Wirtu, 2008 ; Department of Family Health 2001). Par ailleurs, cette volonté de retarder l'âge des premiers rapports entre en contradiction avec les comportements existant et prônés par la société comme nous l'avons vu dans le chapitre 5. En effet, la virginité masculine n'est pas une valeur commune, traditionnellement défendue dans la société éthiopienne. Les études démographiques et socio-démographiques établissent que les hommes ont leurs premiers rapports sexuels entre 16-17 ans¹⁰¹ (Gashaw Andargie and al. 2007 : 3 ; Geiger, 1990 ; DHS 2005). Si la virginité est une valeur moins prégnante en milieu urbain pour les jeunes femmes (cf. chapitre 4 et Getnet Tadele, 2006), elle est plus respectée en milieu rural où elles se marient le plus souvent vierges et jeunes, entre 16 et 17 ans, avec des hommes de 3 à 7 ans plus âgées (DHSE 2000 ; DHSE 2005 ; Bozon, 2003). Toutefois, comme nous allons le voir, ces normes, plus ou moins explicites, plus ou moins tolérées, sont rarement prises en compte par les chercheurs des articles analysés.

La première étude sur les jeunes de la série d'articles analysés rend compte dans le titre même d'une faible prévalence chez les étudiants de Gondar âgés de 15 à 24 ans (Andargie et al. 2007). Le contenu introductif témoigne d'une conception de la jeunesse comme devant être protégée d'elle-même, car d'abord moins capable de faire face aux conséquences de comportements à risque et ayant par essence des comportements hautement à risque pouvant se poursuivre à l'âge adulte (*ibid* :1). En conclusion, les auteurs considèrent qu'en dépit de la faible séroprévalence du groupe, la perception des risques liés aux pratiques sexuelles est insuffisante et appellent à poursuivre et à renforcer l'éducation à la santé et l'incitation aux changements de comportements auprès de cette population (*ibid* :4).

Le deuxième article porte sur les relations sexuelles pré-maritales chez les adolescents scolarisés dans une ville de moyenne importance dans la région du Wollega soit en milieu essentiellement rural (Assefa Seme, Dessalegn Wirtu, 2008). L'article ne traite pas directement du sida, mais les auteurs adossent la nécessité de cette étude à l'existence de l'épidémie au VIH qui, selon eux, affecterait de manière « disproportionnée les adolescents et les jeunes adultes » (Assefa Seme, Dessalegn Wirtu, 2008 : 167). Dès l'introduction, les « énormes pressions des pairs, l'exposition à des films érotiques non autorisés, l'appât du gain » sont considérés comme poussant « un nombre significatif de jeune à avoir une sexualité de plus en plus précoce » (*ibidem*). Or l'enquête conclut que 51 % des jeunes ont eu leur première relation entre 15 et 17 ans et 48 % après 18 ans, ce qui d'après les auteurs est mieux qu'en Ouganda (2008 : 171). Par ailleurs, il apparaît que la première raison (33 % des cas) invoquée par les jeunes les ayant conduits à avoir leurs premières relations sexuelles

¹⁰¹ Certaines études établissent l'âge des premiers rapports sexuels chez les hommes ont lieu autour de 20 ans (DHSE 2000 : 78-79 ; Bozon, 2003).

est l'amour, la deuxième raison est le désir (30 %). La pression par les pairs et l'argent représentent respectivement 17 et 8 % des justifications données par les jeunes (2008 : 169-70). Un volet qualitatif a été intégré à l'étude. Les enquêteurs ont interrogé les jeunes quant aux raisons pour lesquelles ils avaient des relations pré-maritales précoces. Les adolescents rapportent trois idées principales. D'abord, les garçons dès que les filles ont une poitrine apparente, leurs disent des mots doux qui les convainquent d'avoir des relations sexuelles. Ensuite, ceux-ci consomment du *khat* et de l'alcool qui leur fait perdre le contrôle de leur désir qui les conduit à avoir des relations sexuelles pré-maritales. Enfin, les filles portent des « vêtements de mauvais genre » qui exposent leur corps et attirent l'attention des garçons. En conclusion, les auteurs écrivent :

« Dans cette étude, les principales raisons mises en avant par les adolescents pour avoir leur première relation sexuelle sont : tomber amoureux, désirer avoir des relations sexuelles, la pression des pairs, gagner de l'argent. De plus, les études quantitatives montrent qu'un nombre plus important de films pornographiques non-contrôlés diffusés en ville, que le style de vêtement féminin, la consommation de *khat* généralement suivie d'alcool sont mentionnés comme étant des facteurs importants contribuant aux pratiques sexuelles pré-maritales dans la région étudiée. » (Assefa Seme, Dessalegn Wirtu, 2008 : 172)

Cependant, l'article n'interroge jamais les jeunes (qualitativement ou quantitativement) sur le visionnage de film pornographique, et l'item « mots doux » adressés aux filles a disparu des raisons rapportées par les auteurs. De même, à partir des données collectées, les auteurs concluent que la fréquentation amicale de jeunes du sexe opposé favorise les relations sexuelles pré-maritales, et invitent conséquemment à renforcer l'éducation à la santé (ICC/BCC) en ségrégeant les groupes destinataires selon le genre (*ibidem*).

Le troisième article interroge les facteurs associés aux relations pré-maritales chez jeunes. L'enquête est menée dans le Nord Est de l'Ethiopie (Mazengia Fekadu, Worku Alemayehu, 2009). Les auteurs posent que l'initiation sexuelle tardive est favorisée par une structure familiale non-conservatrice, en concordance avec des résultats obtenus aux USA quant à l'influence du milieu familial dans l'âge des premiers rapports :

« Notre étude a également identifié que les familles non-conservatrices sont très fortement associées à une initiation sexuelle tardive. Le résultat de cette étude est en concordance avec une autre étude menée aux Etats Unis, qui identifie la corrélation entre une relation parent-enfant satisfaisante et des attitudes maternelles envers les relations pré-maritales sont inversement associés à une initiation sexuelle précoce. » (Mazengia Fekadu, Worku Alemayehu, 2009 : 161)

Le recours aux USA comme modèle de référence en terme de relation familiale est également susceptible d'interroger sur la diffusion des modèles normatifs. Les auteurs définissent l'initiation sexuelle précoce comme ayant lieu avant 18 ans (2009 : 156), or, comme nous l'avons vu plus avant ainsi que dans le chapitre 5, une sexualité débutant après 18 ans ne correspond guère à la pratique socialement et culturellement acceptée et réelle des jeunes éthiopiens des deux sexes, mais surtout des jeunes femmes. De même, le niveau de consommation d'alcool considéré comme constituant un risque donne une idée du niveau de tolérance face à la consommation d'alcool des jeunes :

« Ceux qui consomment de l'alcool au moins une fois par mois sont deux fois plus à risque d'avoir des rapports sexuels que ceux qui ne consomment pas d'alcool. »

(Mazengia Fekadu, Worku Alemayehu, 2009 : 161)

Dans l'introduction, les auteurs indiquent la séroprévalence au VIH des jeunes afin d'étayer le sérieux de la situation :

« Le très faible niveau de développement économique, la pauvreté généralisée, et les services de santé pauvres et inadaptés rendent les conséquences de la sexualité adolescente bien plus dramatiques dans le contexte éthiopien que dans les pays développés. Ceci est reflété par le plus grand taux de prévalence au VIH dans le groupe de 15-24 ans 12,1% (6 à 9 % parmi les hommes âgés de 15-24 ans et de 10 à 13 % pour les jeunes femmes du groupe du même âge). » (*ibid.* : 155)

Ces chiffres diffèrent grandement de ceux provenant du DHSE 2005 et présentés en début de la ci-section (2005 :217-8). Les références citées dans l'article se basent pourtant elles-mêmes sur le DHSE 2005, (HAPCO, GAMET, 2008)¹⁰². Mais même dans ce compte rendu, aucun chiffre ne correspond à ceux indiqués dans l'article. A l'instar de l'article précédent, on trouve également l'idée, non testée dans l'enquête, que la mixité de genre à un jeune âge pourrait être liée à une sexualité précoce :

« Une étude similaire examine l'association entre la mixité de genre d'amis et les rapports sexuels précoces. L'étude reporte qu'avoir un grand nombre d'amis de sexe opposé à un âge relativement jeune peut être lié à une sexualité précoce » (*ibidem*)

Les auteurs mettent également le haro sur les films ainsi que la littérature pornographiques provenant des cultures occidentales qui échaufferaient les jeunes :

« L'ouverture croissante de l'Ethiopie à la culture occidentale a entraîné un afflux de films vidéos pornographiques, de livres, de magazines pour lesquels les consommateurs sont plutôt de jeunes personnes. La pornographie occidentale précède souvent l'initiation sexuelle et aide les couples à se "relâcher un peu" [*sic*]. » (*ibid.*: 161)

Notons enfin que dans l'introduction les violences faites aux femmes et entre autres les mariages par enlèvement, les viols, les violences sexuelles sont mentionnés comme étant des facteurs de risque d'entrée précoce dans la sexualité (Mazengia Fekadu, Worku Alemayehu, 2009 :155). Les résultats de l'enquête montrent que la duperie et les viols représentent respectivement 11% et 7% des raisons/situations dans lesquelles les premiers rapports sexuels ont eu lieu. À titre indicatif, les autres raisons détectées par les auteurs sont le mariage (41% en milieu rural, 25% chez les urbains) et la curiosité, (15% chez les ruraux et 24% en milieu rural). Il apparaît au terme de la discussion que les auteurs sont bien plus inquiets de la curiosité des adolescents pour la sexualité que des violences. En effet, ils prônent une éducation sexuelle à un jeune âge et indiquent que la valorisation de la norme de la virginité permettrait de retarder les relations sexuelles. De manière équivalente, ils suggèrent de donner les moyens et les outils aux jeunes de pratiquer un sexe sûr et dans ce cadre de soutenir et de raffermir le code de la famille éthiopien. Enfin,

« La forte corrélation entre *khat*, alcool et visionner de la pornographie génère un besoin d'enseignement des jeunes de la part de la communauté, de l'école, des

¹⁰² Accessible sur le lien :

<http://search.worldbank.org/research?qterm=HIV%2FAIDS+in+Ethiopia%3A+An+epidemiological+synthesis.%09>

enseignants et des parents les relations et les conséquences possibles d'une telle exposition pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents. En conclusion, les décideurs politiques pourraient penser à instaurer un âge légal d'achat d'alcool, de *khat* et une restriction d'accès aux vidéoclubs offrant des films pornographiques à la location ou à l'achat¹⁰³. » (Mazengia Fekadu, Worku Alemayehu, 2009 : 161)

Cette dernière phrase, mise en exergue, révèle le contenu moral de l'étude ainsi que sa dimension moralisante. L'encadrement des jeunes doit faire l'objet d'après les auteurs de mesures préventives de type coercitif.

III.3 Des études épidémiologiques moralisantes

Les analyses d'une part de la bibliographie des études portant sur le VIH en Ethiopie, et d'autre part, du contenu de six articles publiés en Ethiopie par des chercheurs éthiopiens sur les problématiques VIH, mettent en lumière l'existence de normes morales très prégnantes. Les études épidémiologiques portant sur les jeunes et les femmes rendent compte d'une perpétuation de la stigmatisation à leur endroit et un encadrement accru de leurs pratiques. Or, nous avons vu dans le chapitre précédent que les jeunes et essentiellement les jeunes femmes étaient considérés comme les responsables de la dissémination du VIH. La jeunesse est réputée ne plus respecter les valeurs traditionnelles, adopter une culture occidentale, être la proie de l'« occidentalisation », les filles sont réputés se vêtir de manière irrespectueuse et provoquante et d'être toutes des « prostituées » intéressées uniquement par l'argent. Il apparaît donc que ces auteurs se basent pour mener leurs études sur le sens commun, mais contribuent à renforcer l'idée que la jeunesse décadente est responsable de l'épidémie du sida en Ethiopie. Et pourtant comme nous l'avons vu, les jeunes ne sont pas les plus infectés par le VIH. Les femmes font l'objet de nombreuses études. Leur vulnérabilité (violence faites aux femmes) et les conditions dans lesquelles elles sont infectées commencent à être investiguées. Cependant, on note une attention, certes nécessaire, à la prévention de la transmission mère-enfant, laissant penser que les femmes sont encore plutôt considérées parce que susceptibles de contaminer leurs enfants.

Ainsi, les contenus des six articles présentés ici rendent compte de ce que R. Merton appelle la « boîte noire » et L. Fleck (2008) le style de pensée d'une communauté scientifique. Précédemment, nous avons eu recours aux concepts, élaborés par ce dernier, de style de pensée (*Denkstil*) et de collectif de pensée (*Denkkollektiv*) (Fleck, 2008). Selon cette vision holiste de la science, le 'style de pensée' est l'ensemble des valeurs, des émotions, des affects, des normes, morales ou non, des principes spécifiques aux savoirs et aux croyances d'une époque, ils traversent donc la science tout autant que la société dans son ensemble. Le concept afférent de 'collectif de pensée' désigne la structure et la hiérarchisation de la communauté scientifique mais englobe plus largement (et en est une émanation sinon un reflet) la structure hiérarchie de la société dans laquelle la communauté scientifique évolue. L. Fleck, contemporain de T.S. Khun, montre que les styles de pensée et les collectifs de pensée jouent un rôle déterminant dans l'élaboration de la science et que les normes et

¹⁰³ Souligné par nous.

valeurs prégnantes d'une société et d'une culture donnée influencent les choix scientifiques. Les chercheurs éthiopiens apparaissent donc pris dans un style de pensée propre à l'Ethiopie pour lequel le VIH est, de manière plus ou moins implicite, une sanction pour des comportements non conformes aux attentes sociétales et culturelles du groupe, et suivant, sont un marqueur potentiel de déviance morale de la part de l'individu infecté. Ainsi, la promotion de l'abstinence et de la virginité défendues par les instances internationales et nationales pour prévenir l'infection au VIH rencontrent en Ethiopie les valeurs sociales et religieuses éthiopiennes les plus conservatrices. Cette rencontre rend également compte du processus d'adaptation des normes internationales (et américaine, et plus généralement anglo-saxonne, eu égard au nombre de références américaine, anglaise et australienne de ces articles) au niveau national scientifique.

IV. Les programmes de prévention du VIH : une adaptation normative locale

Comme J.P. Dozon et D. Fassin l'ont montré (1989 : 23-25), nombre d'états africains se sont sentis accusés par les pays du Nord d'être le berceau d'un sida synonyme de pratiques sexuelles débridées et « sauvages ». Leurs adhésions au message de prévention ABC, sans attention aux pratiques locales réelles, pourraient être considérées tant comme une adhésion à l'idée d'une sexualité africaine débridée, que comme un moyen de montrer que justement dans leur pays, les individus sont capables de contrôler leur sexualité et d'en avoir une vision morale. Cependant la tendance moralisatrice peut avoir aussi pour conséquence d'oblitérer les populations plus concernées par le VIH, et de générer un encadrement croissant des populations et des pratiques considérées (pas toujours en adéquation avec les chiffres même) comme à risque.

L'analyse des messages de prévention n'est pas basée sur des enquêtes de terrain approfondies portant sur la prévention, mais sur des informations obtenues de manière informelle lors des entretiens menés avec les PVVIH vivant sur les sites d'eau bénite ainsi que sur une analyse de la littérature collectée durant nos séjours en Ethiopie et enfin sur les données accessibles sur le site web de HAPCO (Ethiopian HIV/AIDS Prevention and Control Office). Parmi les documents collectés, nous en avons retenu trois. Le premier document est la thèse de médecine de A. Lehmani soutenue en 1991. L'auteur rapporte les mesures préventives mises en place par le gouvernement du *därg* dans la deuxième moitié des années 1980. En l'absence de documents « directs » édités par le Gouvernement de l'époque, cette thèse a fourni une perspective diachronique sur les programmes de prévention. Le deuxième document retenu pour l'analyse est : « Ethiopian Strategic Plan for Intensifying Multi-sectoral HIV/AIDS Response (2004-2008) » édité par HAPCO en décembre 2004. Ce choix a été motivé par le bilan des actions menées durant le deuxième plan multi-sectoriel de lutte contre le sida en Ethiopie, soit une longue phase de politisation de l'épidémie. Enfin, nous avons considéré le document à destination de UNAIDS « Report on progress towards implementation of the UN Declaration of Commitment on HIV/AIDS 2010 » édité par le 'Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office' (FHAPCO) en mars 2010.

Le premier document quoique indirect rapporte les actions de prévention mises en place par le gouvernement du *därg*. Comme il a déjà été indiqué, les actions de prévention étaient essentiellement basées sur « l'éducation de la population sur la transmission de la maladie, sur la prévention des MST et leur traitement » (Lehmani, 1991 : 36). Sur le plan des pratiques sexuelles, l'accent était mis sur l'adoption de comportements à « non risque » que sont l'abstinence, la fidélité dans le mariage, ainsi que « la réduction des nombres de partenaires sexuels dans les groupes à haut risques [prostituées et chauffeurs de camion (*ibidem*)], et sur l'approvisionnement, la distribution et l'utilisation des préservatifs » (Lehmani, 1991 : 44). Quoique les populations à haut risque comprennent les chauffeurs routiers, les principales actions de prévention mises en place étaient à destination des prostituées. A. Lehmani rapporte que :

« Le plan de lutte contre le sida essaye ici de s'attaquer au comportement sexuel des groupes à risque et en particulier les prostituées (et leurs clients) et les chauffeurs routiers. La seule réponse valable passe par une bonne information de la maladie et une bonne éducation de ces groupes à risque en particulier l'utilisation des préservatifs. [...]

Des réunions se tenant dans les *kebeles* (la plus petite unité administrative et politique du pays) sont mises en place par des agents de santé communautaire et s'adressent aux prostituées. Différents messages leur sont transmis dans ces réunions comme :

- Les prostituées ont un taux élevé d'infection au VIH et autres MST,
- Les prostituées transmettent le virus à leurs clients et les MST surajoutées contribuent plus facilement à la transmission de la maladie
- Les prostituées qui ne sont pas infectées courent un grand risque en s'adonnant à la prostitution
- Les prostituées doivent faire utiliser à leurs clients des préservatifs pour prévenir la transmission du VIH et des autres MST
- Cesser la prostitution est un très bon moyen de ne pas se faire contaminer. » (Lehmani, 1991 : 39-40)

L'auteur émet tout de même un bémol quant à la faisabilité de cette mesure, « ne serait que par la crainte des prostituées de se faire connaître des autorités administratives » (*ibid* : 40). Outre l'intérêt direct de ce document quant à l'histoire de la lutte contre le sida en Ethiopie, il présente la caractéristique d'être clair voire naïf. La stigmatisation des prostituées et des chauffeurs de camion a ici le mérite de ne pas être sertie dans une langue ampoulée, elle est livrée dans sa réalité crue. La violence de la stigmatisation de ces groupes « à haut risque » suit dans la thèse de l'auteur un rapport mettant en cause la désignation de ces catégories comme à « haut-risque ».

En effet, en Ethiopie, les premières études sur le VIH ont été menées à partir des cas déclarés de VIH dans les hôpitaux étatiques. En 1990, l'Ethiopie reportait 196 cas de VIH déclarés (pour l'année 1989). Une étude statistique simple a été effectuée. Elle établit la répartition des personnes infectées, selon l'âge, le sexe et le métier exercé (Lehmani, 1991 : 22-26). Il apparaît que les personnes les plus touchées étaient les hommes entre 30 et 39 ans (62 cas, sur 196), suivi des hommes entre 20 et 29 ans (44 cas). Parmi les 15-19 ans, seuls 3 cas ont été répertoriés (Lehmani, 1991 : 23). La configuration diffère légèrement chez les femmes (149 hommes infectés contre 47 femmes), les plus touchées sont les 20-29 ans (24 cas). Parmi les femmes de 15-19 ans, seuls 2 cas sont répertoriés (*ibidem*). Le métier exercé,

déclaré par les personnes infectées est également instructif. Parmi les 196 cas, pour 52 personnes, le métier n'est pas connu. La rubrique « autre » comprend 25 cas. Les métiers couverts par cette rubrique sont très divers : personnel de maison, femme au foyer, acteur, etc. Les fonctionnaires du gouvernement représentent la population la plus touchée (20 cas, sur 196, soit 10 %), suivie par les militaires (15 cas) et en troisième position, les chauffeurs routiers à égalité avec les marchands (12 cas)¹⁰⁴. Dans 2 cas sur 196, la profession exercée est celle de fermier, et dans 5 cas, la personne est étudiante. Ainsi, parmi les métiers exercés, aucune travailleuse du sexe n'est répertoriée et il paraît peu probable que les 52 cas, pour lesquels le métier est inconnu, correspondent tous à des travailleuses du sexe. Les segments de population les plus touchés par le VIH ne sont donc d'après ces chiffres, ni les plus pauvres, ni les moins éduqués, et même si les employés de bar réfèrent à des pratiques prostitutionnelles (ils représentent 5 % des cas de VIH déclarés). Par contre les fonctionnaires représentent 10 % des infections au VIH, ils sont les plus éduqués et les plus riches (avec les marchands) des personnes visées par l'étude.

Il est tout à fait notable que cette évaluation ait été précédée de très peu d'une étude auprès de cinq catégories de populations : « des prostituées, des chauffeurs routiers, des donneurs de sang, des boursiers en instance de départ pour l'étranger, des tuberculeux » (Lehmani, 1991 : 29). Les résultats aboutissent à une prévalence nationale de 17% pour les « prostituées », de 13% pour les chauffeurs routiers et les assistants et de 2,4% pour les donneurs de sang et les étudiants boursiers (Mehret et al, 1990a ; 1990b cité par *ibid* : 29-31). En 1989, les militaires font l'objet d'une enquête spécifique qui établit une séroprévalence de 2,1% (*ibidem*). L'histoire du VIH en Ethiopie ne retiendra que la forte prévalence des « prostituées », des « chauffeurs routiers », les militaires, ainsi que les employés de bar, et dans une bien moindre mesure, les fonctionnaires et les marchands, par contre, les hommes et les femmes âgés de 30-39 ans, de niveaux de richesse et d'éducation conséquents ont, quant à eux, été oubliés.

En 1991, le *därg* est renversé et la lutte contre le VIH est abandonnée pour une grande part. Dans le même temps, la prévalence augmente dramatiquement, passant de 2,3% en 1990 (Lehmani, 1991: 32), à 7.3% en 2000 (MoH, 2000). Si bien que quand les programmes de prévention de l'infection au VIH reprennent en 1999-2000, la prostitution fut désignée et entérinée comme la cause majeure du développement du VIH en Ethiopie, alors même qu'aucune étude ne poursuivait les résultats mis à jour par les études directes auprès des personnes déjà infectées. Par la suite, d'autres causes furent établies, et parmi elles la pauvreté :

« L'étroite relation entre pauvreté et épidémie du sida a été décrite, à maintes reprises, comme différente des pays où le VIH est endémique (Butler 2000; Farmer, Connors, and Simmons 1996; Tawil, Verster, and O'Reilley 1995) » (Kloss, Hailé Mariam Damen, 2000 :16).

A la suite de ces études épidémiologiques renforcées par le National Surveillance mené en 2001 (Ministry of Health, 2002), les principaux cadres de désignation des populations les plus touchées (et ainsi les plus stigmatisées), ainsi que les facteurs prédisposant à la

¹⁰⁴ On trouvera en annexe (2.2), le tableau récapitulatif.

croissance de l'épidémie (relations extra-maritales, pauvreté, inégalité de genre) furent dès lors posé :

« Chez les Ethiopiens ainsi que pour d'autres populations africaines, les modèles et les changements de comportements sexuels particulièrement quant aux relations extra-maritales associées à la pauvreté et aux inégalités de genre, dominent la dynamique de transmission du VIH, en absence de fort niveau d'homosexualité et de transmission dues aux drogues. (UNAIDS 2000; Farmer, Connors, and Simmons 1996). La prostitution a contribué à la propagation du virus dès les débuts de l'épidémie en Ethiopie et continue toujours de jouer un rôle important dans la transmission du VIH. » (Kloos, Hailé Mariam Damen, 2000 : 22)

Le deuxième document retenu pour analyse est le « Ethiopian Strategic Plan for Intensifying Multi-sectoral HIV/AIDS Response (2004-2008) édité par HAPCO en décembre 2004. En introduction, la diffusion du sida est considérée comme favorisée par un certain nombre de facteurs parmi lesquels, la pauvreté, l'illettrisme, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, le chômage, l'augmentation du nombre de travailleuses du sexe, les disparités de genre, les mouvements de population, et les pratiques traditionnelles néfastes (2004 :1-2). Le DHS 2005 n'a été édité et diffusé qu'en 2007, si bien que les données collectées quant aux segments de population les plus touchées, n'étaient pas accessibles. Toutefois, il n'existait pas non plus d'études statistiques mettant en avant la prééminence des facteurs comme la pauvreté, l'illettrisme, le chômage ainsi que l'augmentation de la prostitution, dans l'augmentation de la séroprévalence nationale, ni même de recherches mettant en exergue leurs rôles dans la diffusion du VIH en Ethiopie.

Le DHSE de 2005, comme il a été montré auparavant, est une des enquêtes statistiques menée auprès d'un échantillon représentatif d'hommes et de femmes de 15 à 59 ans. Il établit les taux de prévalence selon divers critères (âge, sexe, niveau d'éducation, emploi, niveau de richesse, etc.). De manière explicite et sans conteste, l'enquête établit que :

« Les niveaux d'infection au VIH augmentent directement avec le niveau d'éducation pour les femmes et hommes [...] L'emploi (dans les 12 derniers mois) est également en corrélation avec le niveau d'infection au VIH pour les femmes comme les hommes, ceux qui occupaient un emploi durant les 12 derniers mois sont plus susceptibles d'être infectés que les sans emplois. » (2005 : 217)

« Les femmes comme les hommes du niveau économique le plus élevé ont un taux substantiellement plus important d'infection au VIH que ceux des niveaux inférieurs. » (*ibidem*).

« le tableau 14.3 montre que pour les deux sexes, le niveau de prévalence au VIH augmente avec l'âge, atteignant un pic pour les femmes dans leur trentaine et pour les hommes dans leur quarantaine » (*ibid* : 216).

Il apparaît donc que l'épidémie n'est pas imputable à l'illettrisme, au chômage et à la pauvreté. Par ailleurs, et contrairement aux enquêtes épidémiologiques analysées dans la section précédente, les jeunes de 15 à 24 ans ne sont pas les plus touchés par l'épidémie. Cette situation fait (malheureusement) écho aux résultats mis en exergue lors des premières études menées en 1989 auprès des 196 personnes hospitalisées (Lehmani, 1991 :22-26). En effet, la tranche d'âge la plus touchée était les hommes entre 30-39 ans (Lehmani, 1991 :23), les plus riches et les plus éduqués (*ibid* : 24) et non les jeunes gens et les étudiants qui représentaient 5% des personnes infectées. Ainsi, si la situation a évolué c'est plutôt quant à

la proportion de femme par rapport aux hommes (les femmes sont aujourd'hui deux fois plus infectées que les hommes) et on note également un vieillissement des personnes les plus concernées (les hommes trentenaires dans les années 1980 et en 2005 les hommes de 30 à 44 ans [DHSE, 2005 : 217]). La possibilité d'une modification importante de l'épidémie à son pic, n'est pas à exclure, mais la similarité entre les deux études est assez importante pour inviter une analyse remettant un tant soit peu en cause, les programmes de prévention ainsi que les idéologies qui les sous-tendent. Cette situation et cette oblitération des personnes les plus concernées perdure jusqu'en 2010, soit plus de trois ans après la publication de l'enquête épidémiologique.

Il faudra attendre le dernier rapport du FHAPCO à UNAIDS (2010) pour voir remettre en cause certaines des idées relatives aux populations les plus à risques comme les jeunes :

« De récentes données sur les jeunes et le genre en relation avec la prévalence au VIH sont rares et les tendances sont difficiles à confirmer jusqu'au prochain DHS qui sera conduit fin 2010. » (FHAPCO, 2010 : 14)

Puis voire mise en avant l'existence de risque pour les marchands et commerçants (FHAPCO, 2010 : 15). Enfin, ce document fait apparaître la catégorie clients des prostitués parmi les populations pouvant jouer un rôle important dans la diffusion de l'épidémie :

« *Les clients des travailleur(euse)s du sexe* : Les études montrent que les clients des travailleur(euse)s du sexe viennent de toutes les couches de la société, incluant les camionneurs, les chauffeurs de bus interurbain (22%) les marchands et commerçants (15%), le personnel en uniforme (14%), les fonctionnaires, les travailleurs journaliers et les chômeurs (12% chacun). La plupart des clients des travailleur(euse)s du sexe sont d'âge moyen, dont presque la moitié âgé de 30 à 39 ans et 14 % entre 17 et 24 ans. La vaste majorité (96%) a un peu d'éducation et 70 % ont achevé le 9^{ième} grade. » (FHAPCO, 2010 : 18)

Toutefois, et bien que cette catégorie soit pour la première fois détaillée, elle ne débouche sur aucune mesure de prévention. De plus, les clients des travailleuses du sexe appartiennent également à la catégorie des personnes les plus infectées, soit les 30-44 ans, de niveau d'éducation élevé et de niveau de richesse important. Cette catégorie peine donc à être interrogée, et n'est guère visée par les programmes de prévention des nouvelles infections. *A contrario*, les travailleuses du sexe font l'objet d'études systématiques et détaillées, et sont par ailleurs, réputées avoir un plus grand nombre de clients et ne pas avoir recours au préservatif de manière consistante (*ibid* : 16), quand bien même la phrase suivante tendrait à prouver le contraire :

« Les quelques études disponibles sur les travailleur(euse)s du sexe montrent que le plus haut taux d'infection au VIH est associé à : un âge plus élevé (probablement associé à une plus longue durée dans le domaine du travail du sexe) ; la situation matrimoniale (très élevé parmi les divorcés / veuves) ; le lieu de travail (pour ceux/celles qui travaillent dans les hôtels/bars) ; la présence de syphilis en phase contagieuse et autres MST ; un plus grand nombre de partenaires sexuels et le port de préservatif irrégulier. Toutefois, l'utilisation du préservatif avec les travailleur(euse)s du sexe a augmenté de façon significative passant de seulement 5,3% en 1989 à 91,6% en 2005, à un usage quasiment universel pour le sexe tarifé (99, 4%) en 2009.¹⁰⁵ » (FHAPCO, 2010 : 16)

¹⁰⁵ Souligné par nous.

Ainsi, malgré le constat d'une augmentation des recours aux relations sexuelles tarifées en Ethiopie, les personnes blâmées ne sont pas les hommes, mais les femmes travailleuses du sexe. Ce constat dépasse cependant le cadre de l'Ethiopie et peut-être posé pour de nombreux autres pays du Sud, d'Afrique, d'Asie, des Caraïbes et d'Amérique Latine, comme du Nord. Comme le notait P. Tabet (1987), la désignation 'prostitution' ou aujourd'hui 'travailleuse du sexe' est intimement liée à la « manière dont les cultures et les sociétés conçoivent les règles de l'échange sexuel » (Tabet, 1987 citée par Bajos, Pryen, Warszawski, Serre 1997 : 35), que ce soit sous forme de don (mariage) ou de rémunération (contrats temporaires). Par contre, il apparaît que, quelle que soit la forme considérée,

« Le client n'est pas l'objet de la qualification, seule la femme est désignée, soulignant combien il s'agit de l'accessibilité sexuelle de la femme à l'homme, de la possibilité de l'usage sexuel de la femme par l'homme, et non pas l'inverse, et combien cette manière de nommer seulement les femmes a aussi "valeur d'instrument d'assujettissement des femmes par le biais de leur division ou de la classification de leurs comportements en catégories opposées" (Tabet, 1987 : 47). » (Bajos, Pryen, Warszawski, Serre 1997 : 35)

Outre le schème classique empêchant de considérer les clients des prostituées malgré de nombreuses et régulières mentions de ceux-ci (Lehmani, 1991 : 39-40 ; FHAPCO, 2010 : 18), il apparaît clairement qu'une partie tant des études épidémiologiques que les politiques gouvernementales et internationales de prévention des nouvelles infections au VIH sont tout autant (voire plus ?) guidées par des présupposés culturels que par la réalité épidémiologique du sida.

V. De l'usage social de la maladie à l'usage social du risque

Il est désormais clair que les programmes préventions et les études épidémiologiques mises en œuvre en Ethiopie sur la population éthiopienne sont pour partie guidées par des normes morales. Certaines d'entre elles font écho aux normes et valeurs éthiopiennes, d'autres semblent être issues de directives internationales. Certaines de ces normes sont similaires voire identiques (encadrement de la jeunesse, désignation des travailleuses du sexe et des chauffeurs routiers comme populations à risque, femmes vulnérables), dans d'autres elles sont plus spécifiques à l'Ethiopie (occidentalisation de la jeunesse, jeunesse peu respectueuses des valeurs traditionnelles), mais leur intrication actuelle et la manière dont elles font échos l'une à l'autre rendent délicates la distinction entre celles édictées par les instances internationales et les normes plus spécifiques à l'échelle nationale, du moins nécessiterait une analyse historique ou à tout le moins diachronique.

Le cas le plus typique est celui des prostituées/travailleuses du sexe. En effet, cette activité est quasi-universellement réprimée et stigmatisée. En Ethiopie comme au Nord, les « prostituées » sont mal vues, coupables de luxure et de profiter de l'argent mâle ou plus récemment considérées comme des victimes de la domination masculine et de l'inégalité de genre (Kloos, 2000), elles ont (et il semble un peu hâtivement, voire peut-être faussement), étaient considérées comme les premières responsables de la diffusion du VIH. Il en va de

même de la pauvreté. À l'instar de l'Afrique du Sud (Fassin, 2006), en Ethiopie, le sida est considéré comme lié à la pauvreté, la manière dont sont pensés les liens entre pauvreté (et sous développement) et épidémie au VIH diffèrent certes grandement entre les deux pays, mais cette relation est sensible dans les discours et les documents gouvernementaux éthiopiens ayant trait à la diffusion de l'épidémie. Toutefois, outre le fait que les taux d'infection élevés des personnes les plus riches en Ethiopie (hommes et femmes), tendent à remettre en cause cette corrélation. En outre, de récentes études montrent que le lien entre pauvreté et infection au VIH est loin d'être aussi simple. Ainsi, S. Gillespie, S. Kadiyala, R. Greener insistent sur l'existence d'autres facteurs, comme le genre, l'âge, la migration (2007 : S15) et précisent que le sida n'est pas une « maladie de la pauvreté », même si les individus et les foyers pauvres sont plus sévèrement « frappés », « leur chance d'être exposés au VIH n'est pas nécessairement plus importante que les individus ou foyers plus riches » (*ibidem*).

Il apparaît au terme de ce chapitre que les études scientifiques et les programmes de prévention se basent et incidemment entérinent le sens commun faisant des jeunes et des prostituées (surtout les jeunes femmes) les responsables de la dissémination du VIH, et font un peu hâtivement de la pauvreté et de l'illettrisme des facteurs prédisposant à la contamination. Ne faut-il donc pas voir dans l'utilisation de la notion de risque à l'infection au VIH, une évolution sémantique et/ou de conception du danger, pour dire finalement la même chose : « la jeunesse doit être encadrée », les « prostituées sont porteuses de maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH », et la « pauvreté constitue un facteur aggravant pour la santé » ?

La tendance la plus récurrente, la plus systématique concerne, bien évidemment, les pratiques sexuelles et en outre la moralité/immoralité de la sexualité. Il est, à notre avis, significatif, de voir que dans certaines des représentations des pays du Nord, la sexualité africaine est débridée et « sauvage », tandis qu'en Ethiopie, les jeunes sont accusés de subir l'influence de l'« occidentalisation » et conséquemment d'avoir des mœurs sexuelles légères. Il apparaît donc de manière caricaturale que le dominé, ou le plus petit socialement, a, par définition, une sexualité immorale faisant le lit de la contamination au VIH. La sexualité suit donc les lignes de fractures blanc/noir, jeune/adulte, socialement stigmatisé/intégré, et correspond métaphoriquement aux accusations réciproques quant à l'origine du VIH. Les pays du Nord accusent les pays du Sud d'en être le berceau, tandis que les pays africains considèrent le virus comme provenant des pays du Nord. Il est étonnant que durant plus de vingt cinq ans, une partie des campagnes de prévention et d'encadrement de la sexualité aient pu être (et le sont malheureusement encore) construites sur des présupposés raciaux et sexistes aussi caricaturaux. Il semble donc que la prévention de la contamination au sida est à la société Ethiopienne (mais à d'autres également) ce que les maladies étaient (et sont encore) à de nombreuses cultures, c'est-à-dire que l'infection fait l'objet de, ce que A. Zempléni (1982) appelait, un usage social de la maladie. Les injonctions comportementales et les tentatives d'encadrement des jeunes, l'association pauvreté - illettrisme - prostitution et diffusion de l'infection au VIH, font autant appel à des catégories morales sociales locales/nationales qu'internationales.

Au terme de ce chapitre, deux grandes tendances se dégagent. Au Nord, l'emploi de la notion de risque est adossé à une réflexivité particulière, individuelle engageant le « soi ».

Chaque pratique potentiellement à risque est détaillée et chaque individu a le devoir, s'il veut conserver sa santé (et il est tenu de le faire), de les éviter. Les groupes à risque sont les destinataires de messages de prévention adaptés à leurs besoins ce qui revient, dans sa version caricaturale, à opérer une ségrégation à la limite de l'essentialisme puisque certaines pratiques sont considérées comme spécifiques à un groupe de population (i.e les jeunes). En Ethiopie, l'utilisation de la notion de risque abouti plutôt à une injonction de contrôle autant extérieur qu'intérieur. Il est demandé aux jeunes d'être plus conscients des risques liés à certaines pratiques. Conjointement, les chercheurs, et dans une moindre mesure le gouvernement, éthiopiens prônent un retour à des valeurs sociales traditionnelles (virginité avant le mariage) et un encadrement de la jeunesse par la société toute entière puisque le Gouvernement est invité à limiter l'accès des jeunes à l'alcool, au *khat* et aux films pornographiques non autorisés (ce qui sous-entend qu'il y aurait des films autorisés ?), les parents, les enseignants et les religieux sont invités à éduquer la jeunesse. Ainsi en France et en Ethiopie, les valeurs morales prônées sont assez proches : stigmatisation des groupes et des pratiques à risques, et nécessité de se conformer aux règles sociales pour protéger et conserver sa santé. Mais les moyens d'y parvenir diffèrent : contrôle de soi au Nord, contrôle de soi encadré par la société au Sud. S'il est évident que la prévention ne peut être réduite à son seul usage social confirmant les catégories morales nationales, nous avons voulu montrer que l'emploi de la notion de risque masquait à peine ce processus. Entre risque et moral, le glissement n'est peut-être pas inévitable, mais au moins fort probable.

Alors que les dernières lignes de ce chapitre étaient écrites, nous avons découvert un texte de M. Foucault, "Les grandes fonctions de la médecine dans notre société", portant sur le rapport de la médecine à la morale. Quatre des cinq grandes fonctions de la médecine dégagées par M. Foucault, illustrent et appuient la démonstration que nous avons tenté de mener jusqu'ici :

« 2° [...] c'est l'une des grandes fonctions de la médecine de notre société de maintenir, de reconduire, d'appuyer toutes les différences, toutes les ségrégations, toutes les exclusions qu'il peut y avoir en fait d'âge, en fait de milieu : la médecine ouvrière n'est pas la médecine bourgeoise, la médecine des enfants ne doit pas être la médecine des adultes, etc. [...]

3° [...] Or, depuis le XVIII^e siècle exactement, l'une des grandes fonctions de la médecine psychique, psychiatrique, psychopathologique, neurologique, a été précisément de prendre le relais de la religion et de convertir le péché en maladie, de montrer ce qui était, ce qui est péché bien sûr ne sera peut-être pas puni là-bas, mais sera certainement puni ici. C'est une des grandes fonctions de la médecine du XVIII^e siècle.

4° [...] La pratique médicale, la médecine a essentiellement pour fonction de maintenir tous les grands tabous de la morale, de la morale bourgeoise, de la morale de notre société et, par conséquent, quand la loi morale, les habitudes morales, les tabous moraux de notre société sont attaqués, du coup, il est du rôle fondamental de la médecine de se porter en première ligne et de lancer la contre-offensive : c'est la médecine comme gardienne de la moralité, de la moralité tout court.

5° [...] la médecine a en même temps une fonction judiciaire. C'est la médecine qui non seulement définit ce qui est normal et pas normal, mais finalement ce qui est licite ou pas licite, criminel ou pas criminel, ce qui débauche ou pratique maligne. [...]

Or je crois que le fonctionnement de la médecine ne satisfait pas une certaine partie des médecins actuellement et, d'autre part, ce fonctionnement traditionnel de la

médecine ne satisfait pas non plus une partie des gens que nous sommes, c'est-à-dire, purement et simplement des clients. » (2001 : 1248-9)

La notion de risque est, quand elle traite de santé, une extension de la médecine, un de ses avatars, il est donc possible de transposer aux « risques santé » les analyses de M. Foucault quant à la médecine pour établir qu'une des grandes fonctions de la notion de risque est de « maintenir tous les grands tabous de la morale », elle est la « gardienne de la moralité, de la moralité tout court » (*ibidem*). Incidemment le risque fait, à l'instar de la maladie, l'objet d'un usage social. Dès lors, le potentiel « moralisant » de la notion risque est bien plus qu'une dérive, il est une de ses fonctions.

CHAPITRE VII

Les représentations du sida sur les sites d'eau bénite : Anthropologie des normes afférentes au VIH et confiance

*« La confiance [est] de toute évidence
l'une des forces de synthèse
les plus importantes au sein de la société »
Georges Simmel, Sociologie, 1999(1908)*

Nous avons vu dans le chapitre précédent que l'emploi de la notion de risque à l'infection au VIH était en Ethiopie plus guidée par des normes morales que par la réalité épidémiologique. Cette notion de risque contribue toutefois à créer une normativité sanitaire et fige d'autres normes déjà en vigueur dans la société (virginité avant le mariage pour les femmes, fidélité pour les couples « établis »). Pour autant, ces normes ne correspondent pas non plus à celles mises en lumière dans le chapitre 5, soit à une partie de la réalité des pratiques sexuelles, encadrées par des normes coutumières et implicites. Ainsi, se pose la question de la manière dont les destinataires des messages de prévention entendent, intègrent ces différents niveaux normatifs et éventuellement les mettent en pratique. Comme il a été précisé en introduction, c'est à partir des sites d'eau bénite que la plus grande partie des données analysées dans cette étude ont été collectées. Ainsi, dans ce chapitre, ce sont les personnes vivant avec le VIH sur les sites d'eau bénite qui ont été interrogées quant à leurs pratiques sexuelles, notamment à travers les circonstances présumées (ou réelles) de leur infection.

Cette approche rappelle le négatif de photographie argentique, car c'est par la « négative » que sont abordés les modes d'évitement de l'infection au VIH. En effet, les PVVIH sont interrogés sur les raisons pour lesquelles ils ont été infectés, ils livrent donc les circonstances dans lesquelles ils pensent avoir été contaminés, et *a posteriori*. Ils nous donnent à entendre leurs représentations du VIH, de l'infection, des modes de contaminations et de transmission du sida. Ils parlent également des règles qu'ils auraient dû respecter et/ou des comportements qu'ils auraient dû adopter pour éviter l'infection. Par voie de conséquence, ces propos rendent compte non seulement de certaines pratiques sexuelles mais aussi d'une partie des règles et des comportements considérés comme permettant d'éviter une infection, une contamination au VIH. Cette relecture a bien entendu des limites car elle masque ce que les personnes se protégeant régulièrement du VIH font effectivement. Toutefois, les règles et comportements « protecteurs » contre le sida énoncés par les PVVIH ont été mis en regard avec les pratiques « classiques » présentées dans le chapitre 5 ainsi qu'avec les normes sanitaires présentées

dans le chapitre précédent. C'est donc en croisant les données et les différents niveaux normatifs que les propos des PVVIH quant aux circonstances de leur infection ont été analysés.

Il s'agit donc, dans ce chapitre, de décrire et d'analyser la manière dont les différents niveaux normatifs mis à jour dans les deux précédents chapitres interagissent, se rencontrent au niveau micro-local des sites d'eau bénite. Pour le formuler autrement et concrètement, nous avons cherché à comprendre comment les individus et les groupes de malades vivant sur les sites d'eau bénite, vivent le sida. Nous nous sommes interrogée sur les normes morales guidant leurs conduites, celles qu'ils tendent ou visent à respecter, et celles qu'ils ont effectivement appliquées. S'agit-il plutôt des normes institutionnelles, des normes religieuses, des normes sociales ou communautaires ? L'objet de ce chapitre est double. Dans un premier temps, au niveau micro-local, l'objectif est de décrire et d'analyser les représentations du VIH des personnes infectées par le VIH vivant sur les sites d'eau bénite. Dans un deuxième temps, il s'agit d'appréhender et de dégager les univers normatifs et moraux utilisés pour penser la maladie (individuelle et collective), et en conséquence d'observer et d'analyser la manière dont les divers niveaux de normes s'enchevêtrent, entrent en résonance ou au contraire diffèrent.

Les PVVIH vivent sur des lieux « sacrés », les sites d'eau bénite sont des espaces « hors du monde », où la morale religieuse y est plus prégnante qu'en milieu laïc « mondain ». À ce titre, se pose la question de l'influence des conceptions religieuses du VIH sur les PVVIH y vivant. Dans cette section, c'est leur passage entre non-porteur du VIH et porteur du VIH qui nous intéresse. A été interrogée l'influence des normes religieuses sur les PVVIH investis dans un espace et un processus de guérison religieux sur leurs représentations du VIH, de la sexualité, et leur (re)lecture des modes de prévention à observer pour éviter une contamination. On pourrait présupposer que les conceptions chrétiennes éthiopiennes du VIH, ses modes de transmission, son origine ou son étiologie y prévalent, ou du moins influent conséquemment sur les conceptions et représentations du virus des personnes infectées. Nous allons voir que si les fidèles séropositifs ont effectivement intégré l'étiologie moralo-religieuse du VIH et reprennent à leur compte les explications religieuses sur les causes de son apparition, les trois niveaux de normativité des comportements sexuels - sanitaire, social et religieux - s'y croisent tout autant qu'en milieu laïc, selon une configuration toutefois propre aux sites d'eau bénite. On verra également que la particularité de la configuration morale fortement teintée de valeurs religieuses n'a pas toujours les conséquences que l'on pourrait attendre.

Enfin, la notion de risque sida a pour fonction, nous venons de le voir, de reproduire des grands tabous de la morale. Dès lors, cette notion envisagée comme catégorie analytique et explicative en sciences sociales et plus spécifiquement en anthropologie et en sociologie n'est, à notre sens, que peu pertinente et comporte plus de pièges qu'elle n'a de portée heuristique. A l'issue de la présentation de la combinaison des différents niveaux normatifs et moraux à l'échelle micro-locale des sites d'eau bénite, nous proposerons de considérer l'articulation confiance/secret/morale comme contrepoint ou complément aux études ayant recours à la notion de risque. Cette idée a été récemment avancée par P. Watier (2008), nous proposons de la reprendre et de lui apporter un développement nouveau. L'usage de la notion de confiance, intrinsèquement articulée à celles de secret, de morales et de valeurs, est, il nous

semble, potentiellement féconde pour penser les relations entre individus. Les recherches bibliographiques nous ont amenée à étendre l'usage de cette notion au seul cadre de l'Éthiopie. Enfin, la notion de confiance dépasse très largement le cadre des seules relations interindividuelles, et son usage dans le contexte de la santé et de la prévention au VIH peut en retour lui apporter un autre éclairage.

Les deux premières sections ont pour objet d'interroger et d'analyser les représentations du VIH par les personnes infectées. Dans la mesure où ces personnes sont déjà porteuses du VIH, elles opèrent une anamnèse, un retour sur les circonstances dans lesquelles, selon elles, elles ont été contaminées. Nous les avons interrogées : (1) sur la manière dont elles percevaient le sida avant d'être infectées, (2) sur les circonstances supposées de leur infection. Enfin, (3) leur venue sur un site d'eau bénite peut avoir des conséquences pour le moins inattendues en terme de rapport au VIH des *tsäbältägnas*. La présentation de ces trois éléments apportera un éclairage sur la manière dont justement le VIH d'abord est conçu, vécu, et permettra (troisième section) de comprendre et d'analyser la manière dont les personnes infectées par le VIH intègrent et composent avec les différents niveaux normatifs. La dernière section est une réflexion théorique sur la notion de risque à partir des résultats et des analyses menées en Éthiopie.

I. Le VIH avant la séropositivité : un mal à distance

Si toutes les personnes interrogées connaissaient l'existence du VIH, les conceptions de la maladie, de ses modes de transmission, de son caractère létal sont variables d'un individu à l'autre et ont évolué depuis l'apparition des premiers cas d'infection au VIH en Éthiopie. Les entretiens menés auprès des PVVIH vivant sur les sites d'eau bénite rendent compte de l'évolution de la connaissance du VIH et de l'élargissement des modes de diffusion de l'information. Les données obtenues révèlent l'histoire non pas de l'évolution de l'épidémie en Éthiopie, mais plutôt d'un « fait » intermédiaire quelque part entre l'histoire de sa politisation, de sa publicisation (prévention et lutte contre la stigmatisation mais / et aussi plus sombrement les messages de peur) et les évolutions biologiques (sur la population) de l'épidémie telles que la population l'a effectivement vécue. Ainsi, il est possible de lire le prochain paragraphe comme une chronique des représentations du VIH et du vécu individuel (et collectif) de l'épidémie.

Trois grandes phases dans le rapport au VIH se dégagent des interviews. La première débute à l'apparition des premiers cas d'infection au VIH (1984 pour le VIH et 1986 pour un cas de sida déclaré) et se termine à la fin des années 1990. La période suivante, la deuxième, est bien plus courte puisqu'elle court jusqu'au milieu des années 2000 entre 2005 et 2006, soit au moment où les ARV commencent à apparaître dans les discours sur le sida. Cette introduction est concomitante d'une légère dédramatisation associée à une prise de conscience plus effective de la réalité du virus et de l'épidémie. Enfin la dernière période est actuelle, c'est celle d'un VIH associé aux ARV.

I.1 Une épidémie silencieuse

Les personnes dont la mémoire du VIH remonte le plus loin sont des hommes :

« La première fois que j'ai entendu parler du sida, c'était il y a presque vingt ans, j'étais alors à l'école. En ce temps là, beaucoup de gens tombaient malades, ils étaient rejetés et même quand ils mourraient, on ne les touchait pas. Personne ne voulait alors dire qu'il était atteint. A ce moment-là, moi aussi j'avais très peur du sida. » (un HVVIH, 33 ans, célibataire, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« La première fois que j'ai entendu parler du VIH, c'était dans les années 80 (E.C-*Ethiopian Calender* soit les années 1990¹⁰⁶), j'étais petit alors et autour de chez nous, il y avait des personnes séropositives. Cette maladie s'attrape par défaut de protection et quand on vit avec des séropositifs sans prendre de précaution. L'infection peut donc arriver par des relations sexuelles ou un échange de matériel médical. » (un HVVIH, 32 ans, célibataire, Ent'ot'o Maryam, janvier 2008)

« Je connais cette maladie, VIH, depuis très longtemps, sous le nom *amänmän*, ("qui fait maigrir"). J'ai eu beaucoup de partenaires, et avant le VIH, j'ai contracté une autre MST. A l'époque, il n'y avait pas beaucoup de sensibilisation autour du préservatif, comment l'utiliser, et tout ça, même s'il y en avait, ce n'est pas comme aujourd'hui. » (un HVVIH, 33 ans, célibataire, Ent'ot'o Maryam, janvier 2008)

Deux des points soulevés par ces personnes s'inscrivent dans, et conjointement révèlent, l'histoire de l'infection en Ethiopie. Premier point, ces deux hommes rapportent les expériences personnelles qui, à la fin des années 1980, les ont mis en contact avec le VIH. La contamination de voisins ainsi que la rumeur rendait le VIH visible, plus exactement sensible. Les médias et le gouvernement ne sont pas mentionnés comme source d'information sur le sida. Et pour cause, jusque dans les années 2000, l'épidémie du sida a été sous-politisée, et peu publicisée. Les propos de ces deux personnes rendent également compte du vécu social de la maladie : beaucoup avaient compris et étaient au courant mais en l'absence d'information, la peur et le rejet des personnes atteintes par une maladie sexuellement transmissible prirent le pas sur toute autre forme de réaction. Deuxième point, les personnes mentionnées sont des hommes. En 1996, les études menées par le groupe de recherche ENARP ont montré que la population générale (hommes et femmes) avait une bonne connaissance du VIH (mode de transmission, caractère asymptotique de la maladie pendant un temps variable, mode de prévention, et absence de traitement curatif) (Sahlu and al. 1999 : 57). Cependant, selon des recherches entreprises en 2000 (EDHS/CSA 2001 : 210-20), les femmes étaient moins susceptibles (84,7 %) que les hommes (95,5%) d'avoir entendu parler du VIH.

¹⁰⁶ A titre de rappel, le calendrier éthiopien, proche des calendriers julien et copte, est décalé de 7 à 8 ans, selon le moment de l'année, par rapport au calendrier grégorien ayant cours en Occident. L'année éthiopienne débute le 11 septembre et compte 365 jours découpés en 13 mois (une année bissextile de 366 jours s'intercale tous les quatre ans). Ainsi, les années 1980 correspondent dans le calendrier grégorien à la première moitié des années 1990, soit à la période du gouvernement de transition éthiopien.

I.2 Le temps de la parole : les campagnes de prévention

La plupart des entretiens révèlent que le sida a fait l'objet de discussions et de campagnes d'information importantes depuis le début des années 2000. La majorité des femmes font remonter leurs premières « rencontres » avec le VIH à cette période, soit concomitamment à l'implication réelle du gouvernement éthiopien dans la lutte contre le sida. A partir de ce moment, pour les hommes comme pour les femmes, les médias (presse, radio et télévision) sont les sources d'information les plus fréquemment mentionnées, avec ce que les anglophones appellent « *community based information* » soit l'entourage, les amis, la famille. On note la coexistence de deux types de relation au VIH : une dramatisation de la maladie (la mort survient tout de suite après l'infection) et au contraire un déni ou une forme d'occultation de sa capacité à toucher de nombreuses personnes.

Les formes que prend la dramatisation sont une conséquence de la médiatisation, de la publicisation de l'épidémie. En effet, plusieurs interlocuteurs ont rapporté qu'au début de la médiatisation, le sida était associé à un squelette et à une défiguration complète de l'homme. Les représentations du VIH ont été profondément et durablement marquées par ces associations métaphoriques :

« Quand j'étais à Awassa avec mon mari (5/6 ans), je fabriquais de la *tella* et de l'*arake* (alcools traditionnels élaborés dans un cadre familial, le plus souvent par les femmes) et préparais le café. Il y avait de nombreux clients, des militaires, des policiers, des chauffeurs de camions. Nous (les femmes) avions l'habitude de parler du VIH/sida, nous en entendions parler par les clients, à la radio, de toute part. A cette époque, je pensais que si j'avais le VIH/sida, je mourrais immédiatement. » (une FVVIH, 38 ans, Ent'ot'o Maryam, avril 2008)

« Les premières fois que j'ai entendu parler du sida c'était autour des années 2000, par la radio et aussi quand l'association Täsfa Goh faisait des campagnes de sensibilisation. Quand je pensais à cette maladie, la première chose qui me venait en tête c'était une personne dont le corps est couvert de blessure et très maigre. C'est quasiment ainsi que les médias présentaient le sida. » (un HVVIH, 37 ans célibataire, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Ainsi, le niveau d'angoisse généré par la maladie sida a été, durant cette période, alimenté tant par les médias et les membres de la société que par le silence des politiques. De l'autre côté du spectre, mais finalement comme en réponse à l'angoisse suscitée, d'autres personnes, représentant la majorité des personnes infectées interrogées, ont effectivement entendu parler du VIH, mais ont évacué de leur existence quotidienne sa présence potentielle, son ombre noire :

« Il y a douze/treize ans, je connaissais quelqu'un qui avait perdu son époux à cause du sida et quand j'étais à l'école on nous enseignait de se protéger : « Protégez-vous avant de tomber malade ». Mais je n'ai pas écouté, j'ai fait l'amour sans préservatif avec une prostituée, j'ai même attrapé une MST. » (un HVVIH, Entoto Mariam, 24 ans, vit actuellement en couple, Ent'ot'o Maryam, avril 2008)

« Cela fait longtemps que j'ai entendu parler de VIH, entre dix et quinze ans, par les médias, par les gens comme ça. En ce temps-là, cette maladie n'avait pas beaucoup

d'importance à mes yeux, elle ne comptait pas et même c'était quelque chose de ludique. J'étais jeune et avec l'alcool, on faisait beaucoup de chose. J'ai attrapé le sida par des relations sexuelles sans protection, à cause de l'ivresse et des soucis. Donc, je ne sais pas qui m'a infecté, dans l'euphorie de l'alcool, on cherchait d'abord le plaisir. » (un HVVIH, 37 ans, célibataire, Ent'ot'o Maryam, avril 2008)

« Je connais le VIH depuis sept/huit ans, alors que je vivais à Harar, mais à ce moment-là, je n'écoutais pas trop. Et puis, ensuite à la radio, à la télévision, ils en parlaient. » (une FVVIH 38 ans, séparée, deux enfants, Ent'ot'o Maryam, avril 2008)

« J'ai entendu parler du sida pour la première fois, cela fait plus de huit ans. Les gens en parlaient n'importe où, dans la rue, à la télévision, à la radio. Mais à l'époque, je n'avais pas vraiment le temps d'écouter la radio et la télévision. » (une FVVIH, 28 ans, Ent'ot'o Maryam, février 2008)

Pour ces personnes, et à l'instar de ce que le groupe de recherche ENARP puis les différentes études épidémiologiques ont montré, la diffusion des informations sur le VIH est conséquente. Elle touche une frange très large de la population puisque plus de 90% (hommes et femmes) connaissent son existence et ont acquis les connaissances minimales sur sa propagation, ses modes de prévention, etc. (BSS 2002 ; DHSE, 2005). Cependant, et toutes les études concordent, la plus parlante en ce domaine étant celle menée dans le cadre du projet ENARP (Sahlu and al. 1999 : 57-60), la plupart des personnes interrogées ne se sentent pas menacées par le VIH et dissocient leurs propres comportements des attitudes qu'ils identifient, par ailleurs, comme pouvant conduire à une contamination au VIH.

Les propos de ces cinq personnes rendent compte d'une différence d'appréhension du VIH. Si toutes ont entendu parler du VIH, elles n'ont pas le même rapport à l'information reçue. Les deux premières personnes semblent avoir été touchées par les messages les enjoignant de se protéger, elles les ont entendus, et quelque chose comme écoutés, mais ne les ont pas mis en œuvre pour diverses raisons. Il est notable que ces deux personnes soient des hommes. En effet, les conditions dans lesquelles ils ont été infectés sont directement et explicitement liées, selon leurs dires mêmes, aux relations sexuelles qui ont eu lieu « sans protection ». Le premier avec une « prostituée » soit une personne qu'il considère *a posteriori* comme infectée soit en terme épidémiologique une personne « à risque » (et on voit également apparaître la relation infection sexuellement transmissible/ VIH) ; cette relation a eu lieu selon ses dires, sous l'emprise de l'alcool.

Les personnes suivantes, trois femmes, ne font jamais références aux relations sexuelles. Si elles ont entendu parler du VIH, il semble que l'information ait en quelque sorte glissé sur elles, elles ont entendu, mais n'ont pas écouté, au sens propre de l'expression : « j'ai entendu parler du VIH [...], mais à l'époque, je n'avais pas vraiment le temps d'écouter ». La différence commence là, au niveau de l'attention portée au message, dans l'écart creusé entre les verbes frères : entendre et écouter. Ces femmes ne se sentaient pas vraiment concernées, elles avaient d'autres préoccupations, cette thématique était trop loin d'elles comme l'une d'elles le laisse entendre : « je n'ai jamais pensé que je puisse l'avoir en moi ». Les propos de ces femmes nous conduisent à poser l'hypothèse qu'elles n'ont pas écouté, mais n'ont pu qu'entendre, et comme de loin, les informations relatives au VIH, parce qu'elles ne sont tout simplement pas censées être « informées ». Comme il a été présenté dans le chapitre 5, les

femmes ne sont pas supposées avoir de connaissance en matière de sexualité, et ces informations quant aux modes de transmission du VIH concernent au premier chef les pratiques sexuelles. Afin de respecter les rôles assignés à chaque genre, les femmes ne font qu'entendre de loin, et non écouter attentivement, tandis que les hommes sont supposés avoir acquis une expérience sexuelle et donc peuvent entendre les informations concernant cet aspect de la vie personnelle.

I.3 La contamination dans le cadre des soins : une forme atténuée de stigmatisation ?

Autour de 2005/6, au moment où la question des ARV commence à être sensible dans les propos des PVVIH, un nouveau mode de contamination apparaît dans les discours tant des PVVIH que de la population en générale : le soin aux malades. Deux cas d'infection au VIH dans le cadre de soin à des malades du sida paraissent effectifs.

Le premier cas est rapporté par Roman Yiseni (2006 : 32). Il s'agit d'une femme revenant de Barheïn et à qui sa sœur demanda de prendre soin d'un ami, cher à son époux. L'affection de celui-ci lui fut cachée. Elle s'occupa de cette personne, tandis qu'elle attendait que son autre sœur l'aide à migrer aux USA (elle était en possession de son certificat attestant de sa séronégativité au VIH). Un incident se produisit mettant son sang (suite à une coupure) en contact avec celui de la personne malade (dé-perfusion accidentelle). Six mois après, le test au VIH se révéla positif. Quelques mois après sa contamination, sa sœur et elle eurent une dispute violente suite à quoi sa sœur lui demanda de partir, la jeune femme infectée se rendit alors à Ent'ot'o Maryam.

Le deuxième cas est similaire, il est apparu au cours de nos propres enquêtes en 2008 :

« Je sais que je suis séropositive depuis deux ans. Je suis tombée très malade, j'avais la tuberculose. Puis, j'ai fait un test gratuitement au centre de santé de Arada, là ils m'ont dit que mon CD 4 était de 170. J'avais un petit ami, on a couché ensemble plusieurs fois sans mettre de préservatif mais nous avons fait un test qui était négatif pour tous les deux. Je crois que j'ai ce virus de ma tante. Je l'ai soignée et jusqu'à ce qu'elle soit agonisante, elle ne m'a pas dit qu'elle était HIV positive. » (une FVVIH, 25 ans, sait qu'elle est HIV positif depuis deux ans, Shenquru Mikael, mai 2008)

Ces deux cas rendent compte de plusieurs points. D'abord de la difficulté des familles et des individus à révéler la maladie réelle de la personne dont on prend soin. Il est donc probable que le sida soit encore considéré comme une maladie stigmatisante. En effet, l'entourage proche de la personne infectée connaît la nature du mal de la PVVIH. Mais tout se passe comme si connaître le mal dont souffre la personne, soit accepter sa maladie, et la prendre en charge réellement au quotidien, étaient deux problèmes distincts. Ce ne sont pas celles qui connaissent le statut de la personne soignée qui soignent elles-mêmes. A celle qui prend soin [et il s'agit presque exclusivement de femmes (Vidal, 2000)], la maladie est cachée, tue, rendant compte de la difficulté d'établir un rapport "normal" avec la personne porteuse du VIH. Ces attitudes contradictoires, l'oxymoron 'prendre soin sans divulguer la maladie', pourrait être compris comme une volonté de la part de la famille de ne pas stigmatiser le malade du sida, puisqu'ainsi, la soignante est amenée à traiter la personne malade ou décédant du sida comme n'importe quel malade ou mourant et à lui délivrer des soins « non stigmatisés ». Mais elle rend aussi compte de la peur de la stigmatisation et de la persistance

d'une forme de stigmatisation des personnes séropositives malades : la personne qui prend soin ne connaît pas le statut sérologique du malade et celles qui le sont le cachent. Cette situation conduit la soignante à s'exposer à une potentielle contamination et traduit autant une peur du contact intime avec la personne qu'une tentative de ne pas se montrer stigmatisant. Ces deux exemples ne sont guère suffisants pour tirer des conclusions d'ordre général mais, on peut poser l'hypothèse d'une évolution, d'un recul même, de la stigmatisation, mais également de variations de ses expressions. Une des formes de cette stigmatisation serait réelle, évidente, massivement visible quoique impensée parfois par ceux qui stigmatisent, et une autre forme serait plus ténue, plus diffuse. La forme massive serait celle contre laquelle les programmes de prévention se battent, pour lesquelles les campagnes ont été mises en place. La forme plus diffuse, plus ténue, serait celle d'un mélange entre la conscience de l'existence d'une stigmatisation « massive » à laquelle les familles n'ont pas adhéré en prenant en charge ces malades, et la peur persistante du contact intime avec le sida et donc avec ses porteurs. Cette hypothèse permet d'expliquer le phénomène décrit de contamination (réelle au demeurant, mais vraisemblablement dans des proportions moindres) dans le cadre de soins délivrés à des malades. La crainte qu'inspire le sida serait donc en évolution. Le contact intime génère une peur plus ou moins consciente, diffuse, non dite, et sinon sensible à travers ces comportements. Par contre le partage des repas, le vivre côte à côte ou l'accueil d'une personne malade du sida en inspirerait moins. Cette forme plus ténue de stigmatisation pourrait expliquer que les familles aient caché aux soignantes la maladie dont souffre la personne prise en charge.

II. Les circonstances de l'infection au VIH : une relecture par les PVVIH

Sur les sites d'eau bénite les entretiens menés avec les PVVIH rend compte des mesures préventives (préservatif, abstinence et fidélité) qui n'ont guère été intégrées et mises en pratique par les personnes. On peut donc effectivement et classiquement s'interroger sur les raisons pour lesquelles, alors même que les individus connaissent les modes de contamination du VIH (DHSE, 2005 : 181-3) et les mesures permettant d'éviter l'infection, elles n'ont pas « changé leurs comportements ». Cependant, cette question pour valable et valide qu'elle soit nous met directement aux prises avec la notion de risque associée à une forme de rationalité, extensive dans le meilleur des cas (Moatti et al., 1993). Or nous avons tenté de montrer dans le chapitre précédent les présupposés moraux que ce concept pouvait comporter. La notion afférente de rationalité instrumentale ou même élargie, pour intéressante et riche qu'elle soit, est, à notre avis, non seulement trop étroite mais élude tout simplement une dimension plus sociale, plus morale, de l'agir collectif. Une analyse en terme de confiance peut, d'après P. Watier (2008) à la suite de J. Habermas, palier à cette notion trop restrictive des relations interindividuelles et de l'agir social. Une attention particulière est donc portée aux expressions et propos ayant trait à la confiance, à la méfiance, au secret et à la discrétion, soit toutes les notions connexes à celle de confiance. (Simmel, 1992)

II.1 Les questions de « sexe » et de « genre » à partir des sites d'eau bénite

Parmi l'ensemble des personnes vivant sur des sites d'eau bénite (porteuses ou non du VIH) interrogées, 52 PVVIH ont répondu aux questions sur l'origine supposée de leur contamination, 35 sont des femmes et 17 des hommes, soit 67,3 % de femmes pour 32,7 % d'hommes. Les femmes représentent donc la majorité des personnes séropositives vivant sur des sites d'eau bénite. En 2006, Roman Yiseni, étudiant les PVVIH à Ent'ot'o Maryam dans le cadre d'un master d'anthropologie, donc menant une étude qualitative, faisait le même constat et établissait que 66 % des personnes interrogées étaient des femmes contre 34% d'homme (2006 : 27). S'agissant ici également d'une enquête qualitative, nous n'avons pas cherché la représentativité de la population présente sur les sites d'eau bénite. Durant les deux premières enquêtes de terrain, nous avons ciblé les personnes interviewées selon leur âge et leur sexe, le questionnaire élaboré durant la dernière enquête de terrain fut donc basé sur les données collectées précédemment. Ce questionnaire a été administré auprès du plus grand nombre d'individus vivant avec le VIH sur plusieurs sites possible sans tenir compte de l'âge ou du sexe de la personne. La représentativité est une conséquence de ce travail le plus extensif possible. Cette proportion fait écho aux prévalences nationales au VIH pour les femmes et les hommes. La prévalence au VIH des femmes est de 1,9% et celle des hommes est de 0,9% (DHSE, 2008 : 217). Les femmes sont donc plus de deux fois plus touchées par le sida que les hommes.

Les modes de contamination rapportés par les personnes infectées sont évidemment multiples ; au regard des données obtenues, une distinction a été opérée entre les réponses données par les femmes et celles données par les hommes. De même, les catégorisations opérées pour les femmes divergent de celles dégagées sur la base des réponses données par les hommes. Cette division est justifiable à plusieurs niveaux et témoigne dans le même temps d'une spécificité propre à l'objet étudié, à savoir la sexualité. Il est tout à fait évident que les hommes et les femmes n'ont pas, et il s'agit d'un construit social et culturel¹⁰⁷, le même rapport à la sexualité. Il s'agit donc ici d'analyser non seulement les représentations du VIH, mais également, dans une mesure limitée, la sexualité selon une approche de genre, c'est-à-dire en tenant compte des constructions sociales et culturelles du sexe, du genre et des rapports entre les deux, avec et à partir de travaux et de recherches sur cette thématique.

II.2 Les femmes, la sexualité, et le sida

35 femmes ont été interrogées sur l'origine supposée de leur infection. Six modes de contamination ont été dégagés :

- la contamination par l'époux, circonstance la plus fréquente (13/35),
- l'infection imputée au petit ami ou dans le cadre d'une relation amoureuse,
- l'infection consécutive à un viol,

¹⁰⁷ Et on peut avec de nombreux auteurs (Butler, 1990 ; Mathieu, 1991 ; Héritier, 1996 ; Hacking, 2001) s'interroger également sur ce qui est effectivement construit : le sexe, le genre, la division entre les deux, etc. Pour de plus amples références sur ce point, on pourra se référer à l'ouvrage de L. Bereni et al. (2008).

- l'infection dans le cadre de soins délivrés à une personne malade du sida (cas d'une femme interrogée),
- certaines femmes rapportent être dans l'incapacité de déterminer l'origine de leur infection. Elles hésitent entre leur compagnon/mari et des relations précédentes. Des jeunes femmes éludent l'origine de leur contamination ou la présentent de manière métaphorique.
- des femmes se disent responsables de leur infection parce qu'elles « ont travaillé dans un bar ». Cette expression signifie qu'elles ont eu des relations sexuelles tarifées non protégées.

Ces circonstances, livrées par les femmes, ont été figées en idéal-type « émique ». C'est à partir de ces catégories que nous avons choisi de présenter les circonstances de la contamination. Certaines d'entre elles ont été toutefois assemblées pour la cohérence générale du propos. Seront donc traités ensembles les deux premières catégories car elles renvoient toutes deux à la contamination dans le cadre d'une relation stable voire durable. La contamination consécutive à un viol sera traitée distinctement, l'infection suite à des soins ayant déjà été traité, elle ne sera pas analysée plus avant. Enfin, les trois derniers modes de contamination seront présentés successivement et analysés conjointement.

Il nous faut noter ici qu'aucune femme n'a rapporté avoir été contaminée à la suite d'infidélité à leur partenaire régulier (mari ou concubin ou compagnon non-concubin), nous y reviendrons en fin de partie.

II.2.a. Les femmes contaminées par leurs époux et leurs petits amis

Les femmes mariées

Sur les 35 femmes interrogées, 13 affirment avoir été contaminées par leur mari, soit plus d'un tiers du groupe.

Dix de ces treize femmes n'ont pas eu connaissance du statut sérologique de leur époux ; c'est un faisceau d' « indices », de « signes » ou d'événements, qui les ont amenées à la conclusion que le virus leur a été transmis par ce biais. Les raisons qui les ont conduites à attribuer la responsabilité de leur infection à leurs époux sont diverses et reflètent une large palette des situations possibles. Parmi les raisons et indices qui les font suspecter leur dernière relation, la longue durée (sept ans ou plus pour la plupart) et leurs peu de relations avant celle-ci sont les plus fréquents. Aucune par contre n'était vierge lors de cette union, et l'époux auxquelles elles imputent leur contamination était pour sept d'entre elles, le deuxième. Ce qui rend compte de la fréquence des divorces, de la révocabilité des alliances et également de la possibilité pour les hommes et les femmes de s'épouser selon leur cœur.

Quatre femmes ont effectué un test après le décès de leur conjoint, sans avoir été informées de la séropositivité de ces derniers (il est donc impossible de savoir si c'est parce qu'eux-mêmes ne le connaissaient pas ou s'ils l'ont caché). Parmi les faits et raisons conduisant à suspecter leurs époux, les professions de militaire et d'assistants de chauffeur routier apparaissent pour ces femmes. Trois d'entre elles incriminent non pas tant l'homme mais cette profession qui les obligent à beaucoup se déplacer et à avoir des relations (elles n'abordent pas la question du préservatif). La catégorie de « personne à risque » véhiculée par les campagnes de

prévention et les campagnes de prévention est ici présente, mais il est impossible de déterminer si c'est l'existence de la catégorie qui a conduit ces femmes à l'employer ou si c'est justement leurs propres soupçons qui les ont amenées à effectuer ce lien. En tout état de cause, elles « justifient » les « infidélités » de leur mari et d'une certaine manière l'intègrent, ce qui pose d'autres questions, notamment celle de la tolérance pour l'infidélité masculine.

Seules deux d'entre elles connaissaient effectivement le statut de leur époux, mais n'ont pas fait le test du vivant de leur époux mais à leur décès ; l'une durant un séjour à Ent'ot'o Maryam pour une affection différente et l'autre après avoir entendu une présentation des symptômes lors d'une émission radiophonique. Enfin, la dernière personne apprit son infection en même temps que celle de son conjoint lors d'un test qu'il proposa à sa femme à la suite de la perte de leur enfant. Cette découverte provoqua une crise dans le couple à l'occasion de laquelle elle l'accusa de l'avoir contaminée et d'avoir eu des relations avec sa meilleure amie. La situation de cette personne est assez emblématique de situations auxquelles les femmes sont confrontées. En effet, plusieurs de ces femmes incriminent leur infection à des infidélités de leur conjoint. Les réactions vont de l'acceptation à l'accusation : « je lui ai trop fait confiance ».

Deux jeunes femmes expliquent comment elles ont commencé à soupçonner les infidélités de leurs conjoints. Leur lecture et leur situation sont très similaires et apportent un éclairage sur la manière dont les femmes détectent ou suspectent des infidélités ou lisent les comportements de leurs époux. Ces deux femmes disent avoir épousé leur conjoint par amour et les premières années de mariage semblent avoir été placées sous le signe de l'entente. Elles rapportent que leurs époux étaient travailleurs et des hommes de « bien » ; ils aidaient leur famille, étaient attentifs aux besoins des personnes en situation difficile. Ils étaient respectés par la communauté et y jouissaient d'une certaine reconnaissance. Puis, l'un chauffeur au long court et l'autre cogérant avec son épouse de leur hôtel, ont changé d'attitude. Le premier est devenu distant, il est ensuite rapidement tombé gravement malade, puis est décédé. Le deuxième couple vît, grâce à l'hôtel, son niveau de vie s'améliorer. Le mari commença à dépenser beaucoup d'argent, à sortir le soir pour ne rentrer que tard dans la nuit. A la mort de leur enfant, il emmena sa femme pour un test conjoint. Le résultat se révéla positif pour les deux. Ils partirent ensemble sur un site d'eau bénite où une violente dispute quant à l'origine de l'infection éclata. L'épouse accusa son mari d'avoir couché avec une de ses amies proches. A la suite de cette algarade, elle le quitta et se rendit sur le site d'eau bénite de Ent'ot'o Maryam.

Bien que ces dernières aient suspecté les infidélités de leurs époux, aucune n'a mis en cause ces comportements. La dispute du couple ne portait pas sur les infidélités suspectées du mari mais sur le fait qu'il s'agissait d'une amie proche, la trahison tient donc plus à la proximité de la personne qu'à l'existence de ces relations. La femme du chauffeur comprend son attitude, elle l'explique par la quantité de travail et ses nombreux et lointains déplacements. Quelques femmes remettent en cause la confiance qu'elles ont eu en leur mari. Ainsi, la phrase « j'ai eu trop confiance en mon mari » est revenue à plusieurs reprises lors de nos entretiens. Cette expression peut autant rendre compte de la suspicion tant de l'infidélité maritale que d'une infection pré-maritale de leur conjoint. Ce sont donc les « excès de confiance » envers leurs époux et leur méconnaissance du VIH qu'elles considèrent comme les causes de leurs infections. Il est à noter qu'aucune de ces femmes n'a mentionné l'absence de dépistage pré-

marital comme étant à l'origine de leur situation, imputation que l'on retrouve chez les hommes¹⁰⁸. Ces propos ne révèlent-ils pas, comme en arrière plan, d'une intériorisation et d'une relative tolérance voire acceptation de l'infidélité masculine dans le cadre du mariage ? Elle n'est pas systématique, mais la phrase « j'ai trop fait confiance » projette l'ombre de la méfiance, sans toutefois aller jusqu'à la trahison ; nous y reviendrons en fin de section.

Les femmes se disant infectées par leurs petits amis

Les femmes se disant infectées par leurs petits amis sont sept. Elles ne vivaient pas en couple avec eux, sauf une. Quatre de ces jeunes femmes se sont dites amoureuses de leurs compagnons. Deux étaient dans des relations plutôt longues (3 et 4 ans) et la fidélité a été posée comme faisant pleinement partie de la relation. L'une de ces deux jeunes femmes dit avoir contracté le VIH suite à des infidélités de son compagnon et l'autre parce que les protagonistes n'étaient pas au courant de la séropositivité de l'homme. Conséquemment, la première se pense trahie :

« Il était commerçant et donc, je pense qu'il allait à droite à gauche [et vous ?] J'étais honnête, et puis, nous nous étions promis, même si j'ai envie, je ne voulais pas regarder d'autres hommes et je l'aimais. Lui, même si j'ai pas de preuve, après avoir découvert que je suis séropositive, je suppose qu'il avait différentes partenaires, il n'a pas respecté sa parole » (une FVVIH, Shenq^wara Yohânes, juillet 2008)

Cette jeune femme aurait pu être intégrée dans la « catégorie » précédente, mais elle a elle-même qualifié son ancien partenaire de compagnon, de petit ami et non de « mari », si bien que pour eux, le préservatif n'était pas pensé comme devant être utilisé. La plupart des autres jeunes femmes (5 sur 7) y font référence à travers l'emploi de l'expression « sexe sans protection », correspondant aux messages de prévention diffusés à large échelle :

« J'ai été infectée par mon ancien petit ami qui est mort maintenant. [Comment pensez-vous avoir été infectée ?] C'est par le sexe sans protection, sinon comment j'aurais attrapé cette maladie ?! » (une FVVIH, 24 ans, étudiante, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« J'ai appris que j'étais séropositive il y a huit ans, j'étais très malade à ce moment là. J'ai reçu un « counseling » mais je ne me rappelle de rien, c'était un tel choc, je n'entendais pas ce que les médecins me disaient ! J'ai été infectée à cause du « sexe sans protection ». J'avais un petit ami qui travaillait dans l'administration du gouvernement, j'étais très amoureuse de lui et c'est le seul ami que j'ai connu. » (une FVVIH, 27 ans, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

Ces femmes (24 et 32 ans) connaissent parfaitement, à défaut de pouvoir les mettre en pratique, les messages de prévention mettant l'accent sur la nécessité de protéger ses rapports sexuels. Les raisons pour lesquelles elles ont eu des relations sexuelles « sans protection » ne sont pas indiquées par ces femmes ; c'est en croisant les informations provenant de différentes sources avec les réponses données par quelques unes d'entre elles qu'en fin de section seront présentés certains des déterminants de cette situation. Il apparaît que le dépistage préalable à

¹⁰⁸ Au moment où ces entretiens ont été menés, aucun interlocuteur n'avait encore mentionné l'existence d'incitation aux tests pré-maritiaux, ils ne sont d'ailleurs que deux à l'avoir fait. Ainsi, nous n'avons pas pu investiguer plus avant cette question avec les femmes imputant leur infection à leur mari et déterminer les raisons pour lesquelles ces tests n'avaient pas été faits ou si elles en connaissaient l'existence. Toutefois, l'absence de mention de ces tests est également significative.

une relation de couple prévale dans plusieurs pays du Nord ou d'Amérique latine (Brésil notamment, Biehl, 2007).

Par ailleurs, il semble que, pour ces jeunes femmes, les relations sexuelles dans le cadre de leur relation de couple se conçoivent également comme devant être protégées par le port du préservatif. Faut-il considérer cette association comme résultant des messages de prévention, ou comme conséquence de la manière dont les relations de couple sont considérées en Ethiopie, ou comme le résultat d'une combinaison de ces deux propositions ? En effet, l'analyse des messages de prévention ainsi que les entrées des DHSE 2000 et 2005 rendent compte d'une association entre la fidélité et le couple marié ou au moins concubin, le couple non marié et non concubin n'existe pas et ces relations doivent être protégées (DHSE, 2000).

II.2.b. Les femmes infectées suite à un viol

Cinq femmes ont été contaminées à la suite d'un viol. Une de ces jeunes femmes présente un cas limite, en effet, elle ne dit pas explicitement avoir été violée, mais ce qu'elle relate participe de cette catégorie. Une autre jeune femme raconte son histoire, et témoigne de ce que plusieurs auteurs ont mis en lumière, à savoir que le viol « impliquait et implique toujours pour une grande part le passage de la victime du statut de femme échangeable au statut de “marchandise avariée” : « les femmes sont de la sorte, non seulement violentées mais discréditées” (Pheterson, 2001 : 116) » (Bereni et al. 2008 : 57) :

« Ma famille est de religion musulmane, et je n'avais aucune idée de l'existence de Ent'ot'o Maryam avant. Quand j'ai parlé à ma meilleure amie de ma maladie, elle m'a amenée ici directement. Je ne lui ai posé aucune question, je ne savais pas si nous allions à l'église ou à une discothèque. Cela fait huit ans que je suis séropositive. Quand j'étais petite, la femme de mon oncle m'a prise de chez ma mère qui vivait en pays guragé pour venir ici à Addis Ababa. C'est elle qui m'a élevée. Elle avait un frère qui vivait avec nous, il m'a violé. Après cela, j'ai eu un très sérieux problème, des fistules. Quand je suis allée à Balcha Hospital pour ce problème, ils m'ont fait un test. J'y ai reçu un « *counseling* », je crois me rappeler avoir payé en tout 200 birrs. J'ai fait un second test au Yekatit Hospital, où j'ai payé 10 birrs. A cette époque, le « *counseling* » était donné dans un même lieu à toutes les personnes venues faire un test. Je pense que j'étais trop jeune pour comprendre [elle avait 15 ans au moment des faits] tout ce qu'ils nous disaient. Avant cela, je n'avais jamais entendu parler du VIH, alors cela ne m'a pas choqué. Après le résultat, je suis rentrée chez moi directement et j'ai raconté à mon oncle le test et le résultat. Après cela, tout a changé. Je suis partie de chez moi et je n'ai plus entendu parler d'eux. Je crois qu'à présent, ils pensent que je suis morte. » (une FVVIH, 23 ans, Ent'ot'o Maryam, grade 8, mars 2008)

Les viols ne sont pas rares en Ethiopie. Plusieurs auteurs ont montré que les femmes en étaient fréquemment victimes (HAPCO 2003 ; Mequanint Yohannes, 2004 ; Getnet Tadele, 2006 : 117-121). La prégnance des viols en Ethiopie et son traitement politique récent (les premières mentions d'un désir de lutte contre la récurrence des viols datent de 2003) rendent évidemment compte du poids de la domination masculine en Ethiopie et de la place des femmes, mais également et par voie de conséquence du fait que la sexualité « active », ou comme l'appelle P. Tabet « non reproductive », est en grande partie l'apanage des hommes (1997). Le viol est aussi une manière de rappeler aux femmes leur place et leur assignation sexuelle. Comme l'analyse P. Tabet, les femmes sont et doivent demeurer sexuellement

accessibles aux hommes (*ibidem*). A la question sur ce qu'ils/elles pensaient de l'idée communément répandue selon laquelle les hommes ont de nombreuses amantes, plusieurs femmes expliquaient : « c'est pour nous dire "pour qui tu te prends" » ou encore « pour nous remettre à notre place ». De même, un homme vivant en milieu urbain disait :

« Une femme qui est vue dehors en train de marcher dans la rue après 10 heures du soir sera violée. De plus, elle n'a pas la force d'échapper à un homme. » (Nyblade, Pande, 2003 : 26)

Ainsi, le viol est pour une part considéré comme une sanction pour les femmes « qui ne restent pas à leur place ». Leur fréquence en Ethiopie témoigne de la prégnance de la domination masculine.

II.2.c. Les femmes et les relations « pré-maritales » et « extra-maritales »

Les femmes ne sachant pas identifier l'origine de leur infection

Six femmes disent ne pas savoir déterminer les circonstances de leur contamination. Deux cas de figure apparaissent, soit les femmes expliquent avoir eu de nombreux amants et ne peuvent identifier celui qui les a contaminées, soit elles utilisent un langage métaphorique, éludent la question ou n'y répondent tout simplement pas. Dans le premiers cas, l'idée la plus récurrente est l'absence de protection des relations :

« Je ne sais pas d'où j'ai contracté cette maladie, du « sexe sans protection » mais, je ne sais pas qui. J'avais un ami dont j'étais très amoureuse, mais je ne sais pas si c'est de lui, j'ai eu plusieurs amants. » (une FVVIH, connaît sa séropositivité depuis un an et demi, 21 ans, musulmane, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« J'ai appris ma séropositivité cela fait trois ans. J'avais perdu mon enfant quand j'étais enceinte et j'ai été opérée. Lorsque je suis à nouveau tombée enceinte, je suis allée à l'hôpital pour faire un « check up », c'est à ce moment-là que le docteur m'a dit que j'avais le VIH dans mon sang. Je ne sais pas quelle situation m'a amenée à être infectée. Mon mari a fait un test et il m'a dit qu'il était négatif. Avant mon mariage, j'ai eu de nombreux amants. Je n'ai pas choisi mon mari, c'était un mariage arrangé par nos familles. » (une FVVIH, 27 ans, ne sait ni lire, ni écrire, un enfant, Ent'ot'o Maryam, février 2008)

« J'étais mariée lorsque je vivais en région Oromo (Woleyta), je me suis disputée avec le père de ma fille alors que j'étais enceinte, alors j'ai quitté la maison et je suis partie à Arsi. Avant de me marier, je travaillais dans un bar et à cette époque, je n'étais pas très bien informée sur les préservatifs, c'est peut-être ainsi que j'ai été contaminée. Mais cela peut aussi bien être par mon mari car il était militaire. Quand il est revenu de la guerre, il m'a simplement dit qu'il s'était retiré. Après notre divorce, des gens m'ont expliqué les raisons de son retour : c'était le VIH. » (une FVVIH, 27 ans, ne sait ni lire, ni écrire, connaît son statut depuis 2 ans, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Ces trois femmes sont dans des situations diverses : amants et petit ami, amant suivi du mariage (arrangé !), sexe tarifé à l'acte (travailleuse du sexe) puis mariage. Cette diversité de parcours rejoint ce que Laketch Dirasse (1991) avait déjà mis en avant pour les années 1974 en Ethiopie et qui selon l'auteur est similaire aux situations observées par J. Rouch et E. Bernus (1959, cité par Laketch Dirasse, 1991 :2) en Côte d'Ivoire et plus près de nous par P.

Tabet (1997). Les femmes ne sont pas soit des travailleuses du sexe soit des femmes mariées, mais peuvent selon les périodes de la vie adopter l'une ou l'autre position. Elles peuvent donc se marier après un épisode « prostitutionnel » voire même rencontrer leurs époux dans ce cadre (et le roman *Les nuits d'Addis Ababa* [Sebehat Guäbré-Egziabeher, 2004] rend bien compte de la diversité des statuts), ou même se prostituer en étant mariées (comme l'une des personnes interviewées le fut, nous y reviendrons.) Mais la plupart d'entre elles (3 sur 4) emploient l'expression : « sexe sans protection » pour expliquer leur infection.

Sur le site de 'Uraél, une jeune femme imputa son infection au fait d'« avoir porté des habits de garçon » et n'« avoir pas respecté ses parents et ce qu'ils lui disaient » ('Uraél, décembre 2005). Cette imputation renvoie à des interdits religieux ; comme il a été présenté dans le chapitre 3 puis dans le chapitre 4, les femmes et surtout les jeunes femmes, sont censées respecter leurs parents (injonction sociale) et dans le cadre d'une activité religieuse ne pas porter des habits de garçon mais des jupes longues. Si bien que cette jeune femme emploie ces expressions pour expliquer qu'elle ne respectait pas les normes sociales et religieuses ; elle les a donc intégrées, comme les jeunes femmes précédentes ont « intégré » les messages de prévention « sanitaires » intimant de « protéger ses relations sexuelles ». Deux autres jeunes femmes, une sur le site de 'Uraél, l'autre sur celui de Ent'ot'o Maryam ont éludé ces questions ou n'y ont pas répondu, révélant ainsi que les relations sexuelles des jeunes femmes sont aussi entourées de pudeur et de secret.

Les femmes situant leur contamination dans leurs activités de « travailleuses du sexe »

Cinq femmes situent leur infection durant leur activité de « travailleuses dans un bar ». Le premier point à noter est que – parmi notre échantillon certes guère représentatif de la population générale, mais qui semble au regard de la proportion homme/femme pouvoir permettre de poser des pistes de travail ultérieures – il apparaît qu'autant de femmes ont été contaminées à la suite d'un viol qu'après avoir eu plusieurs amants, ou en ayant été des « travailleuses » du sexe. Si le viol n'est peut-être pas aussi fréquent dans la population générale, sa forte proportion sur les sites d'eau bénite interroge, et il semble peu probable que le port du préservatif puisse être intégré dans ce type d'acte sexuel.

Ensuite, quatre de ces femmes se considèrent responsables de leur contamination et l'imputent à cet acte; une seule utilise le terme *shermuta* qui désigne expressément cette activité et qui est traduit par Laketch Dirasse (1991 : 6) par « prostituée ». Elle se définit comme « pécheresse » et porte le poids de sa faute ; elle était avant de venir à Ent'ot'o Maryam musulmane et s'est convertie dans le cadre de la cure par l'eau bénite. Une autre femme se considère comme « n'être pas une bonne personne », mais n'utilise pas la terminologie chrétienne de « pécheresse ». Ces quatre femmes disent « avoir travaillé dans un bar », pour une période dont la durée n'est jamais précisée. La cinquième femme n'utilise que l'expression « j'étais pécheresse ». Il est par ailleurs à noter que le terme religieux *zemat* désignant expressément la prostitution n'est que rarement usité, quand bien même ces femmes qui se sentent, se disent responsables de leur infection, vivent dans un espace très religieux et au sein duquel l'adhésion aux règles religieuses est une condition d'obtention de la guérison, de la rédemption.

Il apparaît également que, contrairement à ce que laissent comprendre de manière plus ou moins explicite tant les enquêtes épidémiologiques que les études gouvernementales quant aux « travailleuses » du sexe, cette « catégorie » de population soit bien plus mouvante et difficile à circonscrire, point sur lequel plusieurs auteurs ont déjà largement insisté (Laketch Dirasse, 1991 ; Tabet, 1987 ; 2004 ; Seidel, Vidal, 1997 ; Vidal, 2000). Une femme parmi celles interrogées a eu recours, pour une durée non précisée mais vraisemblablement significative, au commerce sexuel tarifé à l'acte tandis qu'elle était mariée et vivait avec son conjoint :

« Quand j'étais à Awassa avec mon mari (5/6 ans), je fabriquais de la *t'ela* et de l'*arake*¹⁰⁹ et préparais le café. Il y avait de nombreux clients, des militaires, des policiers, des chauffeurs de camions. Nous (les femmes) avions l'habitude de parler du VIH/sida, nous en entendions parler par les clients, à la radio, de toute part. A cette époque, je pensais que si j'avais le VIH/sida, je mourrais immédiatement. Mon mari avait de nombreuses addictions, il fumait, "*khatait*" et ne me donnait pas d'argent. C'est à cause de cela que j'ai eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. J'ai commis une erreur, si j'avais été une bonne personne, je serais restée fidèle à mon mari. Quand je suis venue à Awassa, j'ai eu un rêve dans lequel je gagnais assez d'argent pour envoyer mes deux enfants à l'école et pour aider ma mère. J'ai attrapé le sida ainsi, j'avais de nombreux clients et je n'aimais pas utiliser les préservatifs, je les refusais complètement. » (une FVVIH, 38 ans, séparée, deux enfants, vivant à Ent'ot'o Maryam depuis 4 ans, avril 2008)

Une autre jeune femme a payé sa nuit d'hôtel contre un service sexuel. Des entretiens menés auprès d'hommes, apparaît un autre cas de prostitution avant mariage. L'homme interviewé a épousé une femme employée dans la même entreprise que lui, mais qui auparavant travaillait dans un bar. De nombreux auteurs insistent sur l'existence d'un continuum entre le mariage et le commerce sexuel tarifé à l'acte (Tabet, 1997 ; Laketch Dirasse, 1991 ; Vidal, 2000). Il semble donc que ce que les instances internationales et nationales qualifient de travailleuse du sexe soit une « catégorie » plus labile et mouvante, et certes moins figée que les enquêtes gouvernementales ne le laisse supposer, ce sur quoi insiste longuement l'anthropologue italienne Paloa Tabet (1987), ainsi que d'autres auteurs comme L. Vidal (2000). Par ailleurs, dans la mesure où trois de ces femmes se sont mariées après cet épisode de « prostitution », on peut s'interroger sur la relative tolérance de la société à l'égard de cette « pratique » ou « travail ». Ainsi, le roman *Cantique des cantiques de Casantchis* de l'écrivain Tedbabe Tehlahoun met en scène les personnages troubles de la vie de la nuit à Addis Ababa dans les années 1970, soit bien avant que le sida ne fasse son apparition, et il apparaît clairement qu'il est des hommes, vraisemblablement non minoritaires, ne voyant pas le commerce sexuel des femmes comme empêchant non seulement l'amour mais également le mariage (Tedbabe Tehlahoun, 2009). Par ailleurs et comme nous l'avons vu, parmi toutes les personnes interrogées, 5 femmes ont eu des relations sexuelles tarifées pendant une période relativement significative, et toutes se sont mariées ensuite. Soit elles ont rencontré leur mari dans le cadre de cette activité, soit après.

Laketch Dirasse explique que les femmes engagées dans des activités rétribuées de ce type, qu'elles soient qualifiées de *setägna ädari* « celui qui passe ses nuits comme une femme » ou

¹⁰⁹ Alcools traditionnels élaborés dans un cadre familial, le plus souvent par les femmes.

plus récemment de *shermuta*, littéralement « prostituée », sont moins stigmatisées qu'en Europe ou en Amérique du Nord (1991 : 1-6), ce que rappellera R.A. Reminick (2006 :179). Il démontre également que les différents types d'alliances, le mariage civil (*semanyä* ou *balekul*), le mariage temporaire *demoz*, et les pratiques moins formelles et conséquemment plus cachées et discrètes du *wushema* et *qeme't* et enfin les *setägna ädari* et/ou *shermuta* constituent un continuum. Les femmes (et les hommes) peuvent être engagées dans ces diverses alliances en même temps ou successivement sans que cela ne suscite de la part des membres de la société un rejet et une sanction. Au contraire, il apparaît même qu'une femme pratiquant le *setägna ädari* mais ayant acquis une certaine aisance matérielle soit respectée au sein de sa communauté (Laketch Dirasse, 1991). Ainsi, la femme dont l'extrait d'entretien a été rapporté plus avant avait non seulement de nombreux clients dans son *buna bet* ou *arake bet*, mais recevait également des amies pour une cérémonie menée par les femmes, la cérémonie du café, les deux activités n'étant pas exclusives. Comme le rappelle l'auteur précité, la « prostitution », et le terme est totalement impropre, est un phénomène complexe, prenant une grande partie de sa source dans l'asymétrie de l'accès à l'emploi et dans le rapport à la sexualité et donc de genre ; nous y reviendrons au terme de la présentation des circonstances de leur infection au VIH par les hommes.

II.2.d. Les femmes et la sexualité en Ethiopie sous le prisme de l'infection au VIH

Au terme de cette présentation des relectures des femmes sur les circonstances de leur infection, il apparaît qu'un des points les plus marquants, est l'absence récurrente d'utilisation du terme 'risque', *ädäga* qui signifie "danger" et/ou "accident". Le terme *ädägägnä* que l'on traduit par "dangereux" n'est pas plus employé. Enfin, l'expression officielle traduisant l'exposition au risque est *ädägä tägalätshenät*, et elle n'est pas non plus utilisée par les personnes vivant sur les sites d'eau bénite et porteuses du VIH. Aucune femme et nous le verrons aucun homme n'a eu recours à cette notion pour expliquer les circonstances de son infection. En France, E. Langlois (2006) a montré que les personnes vivant avec le VIH cherchaient à justifier ou à expliquer leur « prise de risque » (aussi par l'alcool, et ce point pourrait faire l'objet d'analyse croisée ou comparative avec les explications justificatives des hommes comme nous le verrons prochainement) afin d'atténuer la culpabilité et la responsabilité de leur action. Inversement, au Mali, A. Le Palec et H. Pagézy ont montré que les personnes se défendaient d'avoir pratiqué le 'dévergondage' ou l' 'adultère' (2003 : 7, 95), étiologie immorale à laquelle le VIH est associé.

Les deux conceptions ainsi que les représentations éthiopiennes font toutes références à la responsabilité individuelle, à la conformité du comportement avec les attentes de la société auxquelles les différents protagonistes appartiennent ; cependant, l'immoralité, ou la faute, ne se situe pas au même « endroit ». En France, elle est du côté de la prise de risque inconsidérée qui va conduire à la contamination au VIH. Au Mali, c'est le « dévergondage », la migration et les accouchements, ces deux dernières étiologies permettant aux individus de se protéger d'une étiologie immorale (Le Palec, Pagezy 2003 : 95). En Ethiopie, les évolutions du rapport au VIH et à la prévention ont abouti à l'apparition de quelque chose de cumulatif entre le sexe sans protection en tant que catégorie générale et non spécifique, et des valeurs morales plus classiques comme la confiance à l'époux ou dans le partenaire, et le non respect

des interdits moraux, comme l'infidélité. Nous verrons dans la sous section prochaine que l'étiologie intermédiaire et multiple telle qu'elle se dessine chez les femmes est beaucoup plus affirmée et claire chez les hommes. En retournant à des concepts et interrogations classiques de l'anthropologie de la maladie, il apparaît que les femmes (en tant que sujets au même titre ainsi que les hommes) élaborent une « théorie » de l'origine de leur infection en un langage profane qui rend compte des différentes catégories culturelles, des représentations sociales et des normes morales sociales et sanitaires ayant cours dans la société éthiopienne. Ce langage profane utilisé pour expliquer l'origine de la maladie a donc intégré les nouvelles normes sanitaires enjoignant de protéger ses relations sexuelles. Celles-ci semblent avoir rencontré la tolérance sociale aux relations sexuelles en dehors du cadre socialement positivement sanctionné du mariage, si bien que l'origine de l'infection est imputée non pas à des pratiques socialement « déviantes » (elles ne le sont pas), mais à une autre catégorie : une pratique dangereuse pour la santé. En Ethiopie, cette notion n'est pas envisagée, comme l'appelle E. Langlois (2006 : 73-74) en terme de pratique individuelle souveraine, mais comme pratique générale.

Les femmes mariées imputent (évidemment) leur infection aux relations à leurs maris (trop de confiance) ou aux comportements (plus ou moins acceptés et tolérés) de ceux-ci. Il apparaît également qu'elles ne s'accusent jamais d'infidélité, sauf celle ayant eu recours à la prostitution et qui justement se sent moralement « déviant » ; elle n'est pas une « bonne personne ». Il est à noter que la norme de référence ici n'est pas religieuse mais sociale, signe là encore, d'une primauté du social sur le religieux quant aux relations sexuelles. Deux raisons peuvent être avancées pour expliquer le peu de référence à l'infidélité féminine ; il s'agit là d'hypothèses qui devront être validées lors d'enquêtes ultérieures. D'abord, l'infidélité féminine semble être bien plus sanctionnée que celle des hommes, conséquemment, elle est bien moins « avouable » même sur un site d'eau bénite. Ensuite mais participant de la même logique sociale, l'interdit est peut-être tellement fort que les femmes effectivement ne trompent pas ou très peu leurs maris.

Comme nous l'avons vu, plusieurs des femmes emploient les catégories des messages de prévention : « unsafe-sex » soit en français « sexe sans protection » ou encore « sexe non sûr ». On peut considérer que la récurrence de cette expression rend compte du fait que les femmes ont entendu les messages de prévention et les connaissent. Mais comme nous l'avons vu, la sexualité active et « non reproductive » pour reprendre une catégorie mise à jour par P. Tabet (1998) n'est pas leur apanage. Tout se passe comme si écouter ces messages et les mettre en pratique relevait d'un changement de positionnement, impliquait de passer d'une sexualité passive dans laquelle ce sont essentiellement les hommes qui fixent les règles du jeu, à une sexualité active, privilège, attribut social masculin s'il en est ou éventuellement et, nous y reviendrons, passer à une sexualité « non reproductrice », position tolérée dans des cas très précis, comme notamment les femmes travaillant pendant une période de leur vie dans un bar, soit celles que la norme institutionnelle qualifie de travailleuse du sexe ou prostituées. Ces catégories « sexualité reproductive » *versus* « sexualité non reproductive » ont été mises à jour par P. Tabet pour décrire et mettre à jour les inégalités de sexe et la domestication des femmes au coït, existantes dans presque toutes les sociétés (1985 ; 1987 ; 2004). Nous y ajoutons les catégories de « sexualité active » *versus* « sexualité passive » ; elles permettent de rendre compte, au regard des données collectées en Ethiopie sur la sexualité, de la position

des femmes quant à la sexualité. En effet, et comme P. Tabet l'a montré dans différents contextes socio-culturel, les femmes ne sont pas censées avoir des connaissances en matière de sexualité, elles ne sont pas censées prendre l'initiative du rapport, au contraire, idéalement, elles doivent être timides. P. Tabet (1987, 2004), N. Bajos et M. Ferrand (2008) notent que les femmes connaissent moins leurs corps que les hommes le leur, si elles choisissent leurs compagnons, c'est parmi les hommes qui leur proposent, et elles s'envisagent et sont envisagées comme des « proies » ou des « trophées » que les hommes conquièrent. Getnet Tadele (2006) rapporte qu'en Ethiopie, les hommes apprécient mieux les femmes plus difficiles à conquérir, celles qu'ils doivent convaincre. Ainsi, outre les catégories « sexe à visée reproductive » et « sexe à visée non reproductive » distinguant les « buts » de l'acte sexuel, celles de « sexualité active » et « sexualité passive » permettent de ségréguer et de rendre compte des postures propres à chaque genre vis-à-vis des relations sexuelles. Les hommes sont envers la sexualité actifs ; ils en prennent l'initiative, en connaissent le déroulement et ont le droit et même le devoir d'être informés des choses relatives à cette activité. A l'inverse, les femmes ne prennent pas l'initiative de la relation (ou doivent le faire par des moyens détournés), elles n'ont pas l'apanage du choix du partenaire (elles choisissent parmi ceux qui viennent à elles) et elles ne sont pas censées avoir de connaissances en la matière (ou du moins ne doivent pas faire part de leurs connaissances). Les deux catégories sont donc, à notre sens, complémentaires. En effet, certaines femmes en certaines circonstances (et celles-ci priment sur l'essence, l'être femme), ont - et sont en partie autorisées à avoir - des relations sexuelles à visée non-reproductive, mais même dans ce cas là, elles doivent être ou paraître passives et laisser le rôle « actif » à l'homme.

Se dessinent donc dès à présent, les contours d'une situation permettant de comprendre les déterminants présidant aux modes de contamination des femmes. La présentation et l'analyse de la manière dont les hommes expliquent ou imputent l'origine de leur infection apporte un éclairage complémentaire.

II.3 Les hommes vivant sur les sites d'eau bénite et l'infection au VIH

Dix-sept hommes ont répondu aux questions portant sur l'origine supposée de leur infection. Sur la base de leurs réponses, nous avons opéré une distinction entre les hommes ayant découvert leur statut sérologique en étant mariés et ceux se disant célibataires lors de leur infection. Les sept hommes mariés présentent les circonstances de leur infection en référence à leur statut marital. Un jeune homme dit avoir été infecté par sa petite amie, avec laquelle il ne vivait pas. Neuf hommes se disent célibataires, tous ont eu plusieurs amantes et/ou partenaires.

Cette catégorisation diffère de celle opérée pour les femmes, mais encore une fois, nous nous sommes basée sur les propos des personnes et avons essayé de restituer au mieux leurs représentations et surtout leurs présentations de l'origine de leur infection. Au regard des propos tenus, la distinction entre les comportements des hommes mariés et des célibataires est apparue très nettement. Celle-ci est d'ailleurs révélatrice des normes en matière de comportement sexuel. Car malgré la petitesse de l'échantillon et sa non représentativité, le

groupe des hommes offre un panel intéressant des rapports possibles des hommes à la sexualité, dans le cadre du mariage et en dehors.

En effet, des études anthropologiques et sociologiques ou du moins quantitatives menées sur les comportements sexuels masculins en Ethiopie (Getnet Tadele, 2006 ; Ayalew, Berhane, 2000) et dans d'autres pays d'Afrique sub-saharienne (Le Palec & Pagezy, 2001) mettent en évidence la prégnance de l'injonction morale de fidélité dans le mariage ou dans le concubinage, mais autorise, voire encourage, les hommes à avoir plusieurs partenaires avant celui-ci. Toutefois, cette injonction en cache une autre moins explicite. Comme il a été mis en lumière dans le chapitre 5, les pratiques du *wushema*, du *qeme't* et les recours plus ou moins ponctuels aux prostituées par les hommes et la pratique du *wushema* par les femmes doivent absolument être tués et gardées secrètes. On retrouve ici (et également chez les femmes) cette nécessité de la discrétion.

II.3.a. Les hommes mariés

Si cette catégorie est numériquement la plus petite, elle offre la plus grande diversité en terme d'origine supposée de l'infection.

Un seul homme se dit avoir été contaminé par sa femme. Il est âgé de 36 ans, sa femme est décédée :

« [Selon vous, comment avez-vous été infecté ?] Je pense que j'ai épousé une femme sans faire de test avant. [Avez-vous une idée de qui vous a infecté ?] J'ai attrapé le VIH/sida par ma femme. [Avez-vous des sentiments pour cette personne ?] Je l'ai épousé parce que je l'aimais. Elle travaillait à SATCOM (*Road construction organization*) comme « *cleaning girl* » et avant cela elle travaillait dans un bar comme prostituée. [Comment avez-vous choisi votre partenaire ?] Ce n'est pas moi qui ai choisi. Ce sont mes proches voisins ainsi que mon propriétaire qui m'ont dit d'épouser cette fille. » (un HVVIH, veuf, travailleur journalier, éducation basique, 36 ans, HIV positif depuis plus de trois ans, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Cet entretien met en lumière deux aspects des représentations (et présentations) de la cause de l'infection au VIH chez les hommes. D'abord, la conscience de la nécessité de tester les futurs époux avant le mariage, tandis qu'aucune femme n'a mentionné le test-prémarital de dépistage au VIH. Ce qui peut être un témoin de la plus grande diffusion de l'information auprès des hommes de la « valeur protectrice » des tests pré-maritiaux. Ensuite, cet homme oscille, et comme nous allons le voir, à l'instar d'autres de ses congénères, entre responsabilité personnelle - « j'ai épousé une femme sans faire de test avant » - et cause extérieure, dans son cas, l'imputation du choix de la mariée à d'autres que lui-même - « ce n'est pas moi qui ai choisi [ma femme]. Ce sont mes proches voisins », alors que par ailleurs, il déclare l'avoir épousé par amour. Ces allers-retours entre responsabilité individuelle et faute de l'autre ne sont pas spécifiques au contexte éthiopien mais apparaissent également dans le contexte français (Langlois 2006 : 171-87).

Cet homme dont la femme est décédée du sida ne sait qui de lui ou de sa femme est à l'origine de la contamination de l'autre :

« [Savez-vous comment vous avez été contaminé par le VIH ?] Par manque de protection, mais c'est un peu compliqué. Ma femme et moi n'avons pas fait de test

avant-mariage. Avant, je n'étais pas assez conscient pour me protéger. Parfois, je pense que c'est moi qui ai apporté la maladie et d'autres fois, je le reproche à ma femme, en pensant que c'est elle la cause. Je n'avais pas de petite amie avant ou après le mariage, mais une ou deux fois, j'ai commis une erreur, avant de l'épouser. » (un HVVIH, 33 ans, deux enfants, commerçant, vient du Godjam, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Ici encore, nous retrouvons les deux mêmes thèmes : absence de test avant le mariage et aller-retour entre sa responsabilité et celle de l'autre, quoique dans ce cas, cette boucle porte sur une incertitude réelle. Par ailleurs, cet homme considère comme une erreur le « manque de protection » de ses relations sexuelles avant le mariage.

Deux hommes se considèrent comme responsables de leur infection. Un de ces deux hommes dit explicitement avoir été infecté dans le cadre « d'infidélité à ma femme », et attribue son geste, avoir eu une relation sexuelle hors-mariage, à une consommation abusive d'alcool « ce jour-là j'avais beaucoup bu ». Il n'évoque pas le port du préservatif. Le deuxième attribue son infection à des actions moralement répréhensibles totalement distinctes de l'activité sexuelle. Marchand de légumes, il dit « avoir un peu triché sur le poids », et rapporte qu'il se battait et volait aussi un peu. C'est en recoupant les divers entretiens avec lui, que nous avons pu établir que sa femme et ses enfants n'étant pas porteurs du VIH, l'infection devait avoir pour origine des relations extra-maritales, mais lui n'en parla jamais directement. Cet homme vivait, à l'instar des deux jeunes femmes, l'une éludant la question et l'autre ayant employé un langage métaphorique « porter des habits de garçons », à 'Uraél.

Enfin, parmi les hommes mariés, deux hommes se disent infectés avant leur mariage. Le premier rapporte avoir pratiqué du « *unsafe sex* » avant son mariage et impute son infection à une seule relation avec une « *commercial sex worker* », et il ajoute avoir eu par la suite une MST. Un autre homme « soupçonne [s]a première femme avec laquelle [il a eu] un enfant » et qui pendant un an fréquenta régulièrement un site d'eau bénite ; sa femme actuelle et ses enfants âgés de 3 et 5 ans, ne sont, eux, pas porteurs du VIH.

Il apparaît que si aucune femme n'a dit avoir été contaminée suite à des infidélités (excepté celle ayant été « travailleuse du sexe »), seul un homme admet avoir eu « une infidélité ». Les autres hommes imputent leur contamination à des relations avant le mariage, hésitent, et un recourt à des pratiques certes moralement répréhensibles mais tout à fait distinctes des relations sexuelles. Il ressort donc en filigrane que la fidélité est une valeur morale forte, mais que si les relations pré-maritales ne sont pas condamnables, elles doivent par contre être protégées ; cependant jusqu'au milieu des années 2000, voire encore aujourd'hui, elles ne semblent guère les avoir été.

II.3.b. Les hommes célibataires

Ils sont dix, représentant ainsi une franche majorité des hommes interrogés. Contrairement aux circonstances de l'infection présentées par les hommes mariés, les raisons de la contamination données par les hommes célibataires sont assez similaires, sauf pour un jeune homme contaminé par sa petite amie.

Celui-ci aurait pu être intégré au groupe précédent des hommes infectés par leurs épouses, mais il ne vivait pas avec sa petite amie et la durée de leur relation, quoique très certainement assez longue, n'a pas été précisée. Par ailleurs, et nous aurons à revenir sur son cas

ultérieurement, c'est une des personnes guéries. Si à plusieurs reprises, nous avons eu l'occasion de rencontrer des malades se disant guéris du sida par l'eau bénite, lui seul a été en mesure de nous montrer les tests au VIH positifs puis négatifs attestant de sa séroconversion. Les neuf hommes célibataires se disent tous infectés suite à des relations sexuelles non protégées avec plusieurs partenaires. Ils ont entre 24 et 37 ans, la tranche d'âge la plus représentée étant celle des 25-35 ans. A titre de rappel, l'enquête statistique menée au niveau national par le dernier DHSE (2006 : 217) établit que la tranche d'âge la plus touchée est celle des 30-39 avec un taux moyen de 1,85 % pour une moyenne nationale de 0,9% .

Ces hommes, interrogés pour la grande majorité à Ent'ot'o Maryam, le site d'eau bénite des séropositifs, n'ont pas montré de difficulté particulière à indiquer la cause supposée de leur infection, contrairement aux personnes infectées interrogées sur le site de 'Uraél ou à Zeq^wala, où il a même été impossible de les questionner sur les raisons de leur venue sur ce site. Au cours des entretiens, à l'occasion de questions plus précises sur l'origine de leur contamination, certains propos s'apparentaient à des justifications, des explications ou même des accusations. Leur récurrence tranche avec leur quasi-absence chez les femmes. Les hommes les plus âgés mettent en avant la jeunesse, l'alcool et les soucis pour expliquer leur non-port du préservatif ainsi que le nombre de partenaires :

« [Selon vous, comment avez-vous été infecté ?] Je n'ai pas fait attention lors des relations sexuelles. [Avez-vous une idée de qui vous a infecté ?] J'ai eu plusieurs « *lovers* ». [Comment avez-vous choisi votre partenaire ?] Pour moi, c'était comme une aventure, et il y avait une compétition entre les jeunes de mon âge pour conquérir les plus belles filles de l'école. Je crois que c'est l'âge qui vous fait agir ainsi. » (un HVVIH, 32 ans, célibataire, menuisier, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« [Selon vous, comment avez-vous été infecté ?] Suite à des relations sexuelles sans protection, à cause de l'ivresse et des soucis. [Avez-vous une idée de qui vous a infecté ?] Non, je ne peux pas dire, dans l'euphorie de l'alcool, on recherchait du plaisir. » (un HVVIH, 37 ans, ancien soldat, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Un autre explique sa contamination par l'absence de protection de ses relations sexuelles et précise que c'est une prostituée qui l'a infecté et ajoute « une unique erreur due à l'ivresse » :

« J'ai même eu une MST trois jours après. Je n'ai couché avec elle qu'une seule fois et parce que j'étais ivre. » (un HVVIH, 24 ans, étudiant, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

On trouve également parmi les « justifications », la non-insistance sur le port de préservatif des campagnes de sensibilisation et le manque de précision sur son utilisation :

« A l'époque, il n'y avait pas beaucoup de sensibilisation sur le préservatif, ni sur comment l'utiliser et même s'il y en avait, ce n'était pas comme aujourd'hui. » (un HVVIH, 33 ans, travaillant avec les chauffeurs de taxi-bus à Addis Ababa, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Il est notable que, parmi les femmes, cette justification n'apparaît que dans deux cas. Quoique l'absence d'information sur le préservatif soit réelle, l'écart entre la manière dont les femmes et les hommes y ont recours rend compte d'une tendance plus générale et s'éclaire par une attention au rapport à la sexualité selon le genre. Par ailleurs, certains hommes combinent les explications, les imputations et en viennent à tenir des propos contradictoires. L'un d'eux

raconte : « j'ai eu des relations sexuelles avec n'importe qui sans protection. J'avais des maîtresses, mais avec elles, je me protégeais. » Puis, ajoute :

« Les femmes ne sont pas franches, elles trichent souvent pour de l'argent, des bijoux. Et même quand elles connaissent leur état de santé, elles le cachent, peut-être parce que l'argent a plus de valeur. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008, connaît son statut sérologique au VIH depuis huit ans)

« [Savez-vous comment vous avez été infecté ?]J'ai fait l'amour sans préservatif avec une prostituée. Je n'ai couché avec qu'elle qu'une seule fois parce que j'étais ivre. Et j'ai même attrapé une MST (gonorrhée) trois jours après. Avant cela, j'avais beaucoup d'amies à l'école de mon quartier et j'ai eu des relations avec des prostituées, je ne connais pas leur nombre. Les femmes trichent presque toutes, mais si par exemple, tu as une voiture, alors elle peut te rendre service. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Ainsi, certains hommes associent prostituée, MST et sida, leur permettant d'imputer une partie de la responsabilité de leur contamination à l'autre, d'autant plus autre qu'elle est prostituée et d'autant plus susceptible d'être séropositive qu'elle est porteuse d'une MST. Si cette analogie peut paraître caricaturale, elle ne manque pas de faire écho aux désignations des « travailleuses du sexe » comme une population à haut-risque par les instances scientifiques et gouvernementales nationales ainsi que par les instances internationales. Il va de même de l'association entre « travailleuse du sexe » ou « prostituée » et maladie sexuellement transmissible, alors que traditionnellement, les femmes ayant recours à cette « activité » qualifient les maladies vénériennes de *ye wänd bāshita*, soit littéralement “les maladies des hommes” (Laketch Dirasse, 1991 : 67). L'association MST, prostituées et sida par les hommes est le miroir de l'association militaire/chauffeur routier et leurs assistants avec l'infection au VIH opérée par certaines femmes. Ainsi, sur les sites d'eau bénite, on voit donc apparaître dans le langage et les représentations communes du VIH les catégories scientifiques, gouvernementales et internationales participant à la construction d'un stock commun de connaissance tel que défini par P. Berger et T. Luckmann (1996).

II.4 Des messages de prévention aux représentations des circonstances de l'infection au VIH : les sites d'eau bénite et la sexualité « profane »

Au terme de cette présentation des relectures par les PVVIH vivant sur les sites d'eau bénite des circonstances de leur infection au VIH, plusieurs conclusions peuvent être dégagées. La présente sous-section est l'occasion de les présenter plus en détail.

II.4.a. La construction sociale de l'infection au VIH, des populations à risques aux populations désignées

Il apparaît que les messages de prévention des nouvelles infections ont été entendus à défaut d'avoir été mis en pratique (nous y reviendrons dans la section II.4.b), et les populations désignées comme à risque par les autorités internationales, nationales gouvernementales et scientifiques apparaissent clairement sur les sites. Il est délicat au regard des données collectées durant notre enquête de terrain de déterminer la mesure dans laquelle

les accusations à l'endroit des militaires, des assistants de chauffeurs routiers et des « prostituées » porteuses de plus d'IST émanent des enquêtés eux-mêmes et étaient présents avant la diffusion de message de prévention. Les premiers entretiens ne rendent pas compte d'une désignation des militaires et des chauffeurs de camion ainsi que de leurs assistants, comme les vecteurs de l'épidémie. Par contre, il semble que les « prostituées » aient été désignées de manière plus diffuse à travers la catégorie des jeunes femmes qui se comportent mal et qui aguichent les hommes (voir chapitre 5). Ainsi, les soupçons des femmes à l'endroit des hommes et celles des hommes à l'endroit des femmes sont-ils une combinaison des imputations sociales déjà présentes (surtout à l'endroit des femmes) et des catégories « populations à risque » désignées par les instances internationales, nationales et les communautés scientifiques.

Cependant, comme les entretiens en rendent compte, ces imputations ne débouchent pas sur la protection des rapports sexuels avec ces catégories de population. En outre, elles participent, et chez les hommes encore plus que chez les femmes, au processus de justification et d'oblitération du processus réflexif permettant aussi de « changer de comportement ». Cette attitude d'accusation et de justification participe d'une tendance plus générale des hommes envers les jeunes femmes, point qui sera détaillé prochainement. Seules deux femmes alternent entre leur responsabilité dans leur infection et celle de leur époux, tandis que la plupart des hommes célibataires imputent leur infection à l'alcool, à la jeunesse, aux prostituées et aux femmes qui trichent. *A contrario*, les femmes ne s'accusent que rarement d'infidélité, respectant ainsi le rôle assigné à leur genre.

Il ressort de ces présentations et comme en arrière plan que l'infection au VIH est due à un manque de contrôle de ses propres comportements, attitudes qui, lui, est traditionnellement envisagé comme la cause de l'infection, comme en atteste l'emploi des expressions *awurewu*, “animal sauvage”, et *cheraku*, “monstre” renvoyant aux injonctions sociales et religieuses de contrôle de soi qui ont été présentées dans le chapitre 5. En outre, les consommations excessives d'alcool, de tabac et de *khat* sont considérées dans la société et la culture éthiopienne comme des signes d'un manque de contrôle de soi et plusieurs hommes interrogés sur les sites d'eau bénite étaient là pour soigner leurs addictions et retrouver un comportement plus « calme » et plus « religieux ».

Ainsi, et comme un grand nombre d'auteurs l'ont montré (Seidel, 1996 ; Seidel, Capitan, 1997 ; Seidel, Vidal, 1997), si le virus est une réalité biologique, l'infection au VIH s'inscrit dans le social et les messages de prévention et les études épidémiologiques renvoient indubitablement aux règles sociales. Ces messages les rappellent et fondent scientifiquement les normes morales en vigueur dans la société éthiopienne. Le sida est, dans ce cadre, loin d'en être un réformateur : il en est un révélateur. Et comme nous l'avons vu au chapitre précédent, cette situation aboutit à l'oblitération des comportements réels des individus et des groupes et participent dans une certaine mesure à maintenir des taux d'infection au VIH élevés dans certaines catégories de population. Celles-ci n'étant pas visées par des messages de prévention et les enquêtes épidémiologiques ne se sentent pas concernées par l'infection au VIH et incidemment opèrent encore moins le retour sur leurs pratiques conduisant éventuellement un début de prise en compte du « risque » sida.

II.4.b. Les comportements sexuels encadrés par les normes religieuses ou les normes profanes ?

Parmi les 52 personnes visées par le questionnaire semi-directif, seules quatre d'entre elles ont fait référence à des normes moralo-religieuses pour expliquer les circonstances de leur infection. Deux hommes mariés ont imputé leur contamination au non respect de règles moralo-religieuses, l'un en expliquant sa contamination à une « infidélité », l'autre à des tricheries, au vol et au fait de se battre. Parmi les femmes, les deux personnes ayant usé de catégories morales sont des femmes ayant été « travailleuses du sexe ». L'une d'elles, musulmane nouvellement convertie se qualifie d'ancienne *shermuta*, soit de « prostituée », l'autre dit « ne pas avoir été une bonne personne » car infidèle à son époux.

A contrario (et au regard de sa récurrence, ce point n'a pas été précisé avant), toutes (à quelques exceptions près et ce point sera traité plus longuement dans la troisième partie) se considèrent comme pécheurs et envisagent, avec la grande majorité des clercs, le VIH comme une punition divine. La situation semble donc contradictoire et débouche sur l'interrogation suivante : pour quelles raisons les PVVIH, tandis qu'elles vivent sur un espace religieux et adhèrent au statut de pécheur, n'usent-elles pas des catégories morales religieuses pour expliquer leurs contaminations au VIH ?

Un début de réponse se loge dans le rapport de l'Eglise à la sexualité. En effet, nous avons montré dans le chapitre 4 puis 5, que ce christianisme était celui de l'ascèse extra-mondaine pour laquelle les références au sexe représentent une souillure que même les clercs vivant dans le monde profane évitent avec soin. Si bien que l'Eglise prône dans le cadre de ses activités de lutte contre le sida la fidélité et l'abstinence grâce à une formule métaphorique : « un pour un », qu'elle traduit en anglais par « one to one » et en amharique *and le and* et quand elle est développée, *and set le and wand* et inversement. Cette formule rencontre et fait écho à la très prégnante injonction sociale à la fidélité dans le cadre d'une relation stable, que l'Eglise ne s'occupe d'ailleurs guère de détailler, plus consciente, sans doute, que les instances nationales de la mobilité des alliances et des couples en Ethiopie. En effet, lors d'une rencontre entre congrégations religieuses dans le cadre de la lutte contre le sida, les prêtres représentant de l'EOTC avouaient l'incapacité de l'Eglise à encadrer les pratiques sexuelles et matrimoniales de leurs fidèles (EIFDDA, 2005). Il apparaît donc qu'effectivement, ce n'est pas l'Eglise qui règle et encadre les comportements sexuels des Ethiopiens même chrétiens, mais la société laïque et les communautés.

La venue sur un site d'eau bénite débouche sur une conséquence inopinée pour deux personnes. Un homme et une femme durant leur séjour à Ent'ot'o Maryam se sont fait dépister pour le VIH. Ce motif est, à notre sens, assez étonnant pour être présenté et analysé séparément, quoique ces deux seuls cas puissent ne pas être représentatifs d'un mouvement de grande ampleur. Les deux personnes s'étaient installées à Ent'ot'o Maryam pour d'autres raisons que la contamination au VIH. L'homme s'y est rendu et a suivi le rituel pour des problèmes d'addiction et de violence. La femme parce qu'elle souffrait du ventre. Après 5 ans pour l'homme et quelques mois pour la femme, ils ont effectué un test au VIH, pour « se connaître », pour déterminer leurs statuts sérologiques. Cette femme rapporte que son mari était séropositif et qu'en l'apprenant, il s'était déjà rendu à Ent'ot'o Maryam. C'est d'ailleurs

par ce biais qu'elle a appris l'existence de ce site d'eau bénite. Elle-même était malade et est donc venue là pour guérir de son mal. Une fois sur place, elle a rencontré de nombreuses personnes, des jeunes, des vieux, des maigres, des gros, « tous vivaient avec le VIH ». Puis son mari est décédé tandis qu'elle était à Ent'ot'o Maryam, alors la possibilité de son infection a fait jour petit à petit dans son esprit et elle s'est rendue d'elle-même dans un centre pour se faire dépister. L'homme est moins prolixe sur les raisons qui l'ont amené à se faire dépister au VIH. Il est venu à Ent'ot'o Maryam pour addiction, il fumait, buvait. Après s'être estimé guéri, il est allé faire un dépistage du VIH et est donc resté là pour soigner cette maladie.

Ces deux personnes rendent compte de rapport au VIH et à la cure d'eau bénite quelque peu différents, mais liés à la spécificité de Ent'ot'o Maryam pour les « guérisons » du sida. En effet, globalement sur tous les sites d'eau bénite, toutes les maladies en général, et à Ent'ot'o Maryam en particulier le VIH, sont dédramatisées. Une des premières choses qu'un nouvel arrivant entend lors de son installation est qu'à Ent'ot'o Maryam, le VIH est « aussi léger d'un rhume », que c'est une « maladie facile », *kelal beshita näw* en amharique. Sur ce site, et c'est une de ses spécificités, la parole autour de l'infection est libre, la plupart des *tsäbältägna* disent très facilement et rapidement être là pour guérir du VIH. Il semble donc qu'une des conséquences de cette parole et de la dédramatisation soit une plus grande acceptation de la possibilité de son infection et conduit les personnes à se faire dépister, concourant ainsi et de manière inattendue à la prévention de nouvelles infections. Il est à noter que la situation sur les autres sites d'eau bénite est un peu différente. En effet, si de nombreux PVVIH y vivent, tous les sites n'abritent pas autant de personnes infectées au VIH qu'à Ent'ot'o Maryam ; incidemment, la parole autour du VIH n'y est pas toujours aussi libre. Dans la prochaine partie, nous montrerons que le nombre de PVVIH parmi les communautés de malades des sites d'eau bénite est directement corrélé à la liberté de parole autour du VIH.

II.4.c. « J'ai eu trop confiance » en mon mari *versus* « les femmes trichent » : évolution des rapports de genre en Ethiopie sur fond d'épidémie au VIH

Les propos des hommes autour des prostituées et l'augmentation effective du nombre de « travailleuses du sexe » (Reminick, 2006) en Ethiopie rendent compte d'un phénomène plus large de l'évolution des rapports de genre et de la manière dont les hommes et les femmes vivent la sexualité. Leur présentations et analyses déboucheront sur l'introduction de la notion de confiance et de ses corollaires, le secret et la discrétion, qui émanent des discours des hommes et des femmes dans leurs relations à l'autre sexe.

L'accusation que les hommes font aux femmes d'être toutes (ou presque) des « prostituées », des « tricheuses » « intéressées par l'argent » renvoie à une mutation de deux ordres. D'abord, au développement de la prostitution en milieu urbain (Laketch Dirasse, 1991 ; Reminck, 2006) et ensuite à une évolution du rapport que les femmes entretiennent avec les hommes.

Nous avons vu dans le chapitre 4 que traditionnellement les (jeunes essentiellement) femmes n'étaient pas censées avoir de connaissance en matière de sexualité, interdit ou « empêchement » les conduisant à moins « entendre » les messages de prévention, à y apporter moins d'attention que les hommes. A également été présentée la tendance des femmes à voir leur accès à l'éducation et à la contraception hormonale augmenter,

mouvements conjoints à une plus grande ouverture de la parole autour de la sexualité. Il apparaît donc qu'une frange des femmes « se libère » du poids de la domination masculine. L'augmentation du nombre de « travailleuse du sexe » renvoie quant à elle à d'autres déterminants. Reminick (2006), dans la lignée de nombreux auteurs, impute ce développement à une « banalisation de la sexualité des femmes », selon une expression de Laketch Dirasse (1991), à leur faible développement économique, ainsi qu'à leur manque d'éducation, et incidemment à leur faible accès aux emplois qualifiés ou du moins correctement rémunérés. Il est indubitable que ces éléments jouent un rôle de poids dans l'augmentation croissante du nombre des « travailleuses du sexe », cependant, nous voudrions ici suggérer d'autres facteurs qui permettent également d'expliquer l'acrimonie des propos de certains hommes à l'endroit des femmes et l'association entre « jeunes femmes » et « prostituées ». Pour cela, un rapide détour par l'histoire de la « prostitution » en Ethiopie est nécessaire et ce à travers le prisme mis à jour par les études sur le genre, à savoir que de manière quasi-universelle, on assiste à « l'appropriation par les hommes du pouvoir de fécondité des femmes (Tabet, 1985 ; Héritier, 1996). » (Andro, Desgrées du Loû, 2009 : 3)

Les premiers travaux portant sur la « prostitution » en Ethiopie (Pankhurst, 1974) et à Addis Ababa (Laketch Dirasse, 1991) en font remonter l'histoire à la fondation de la capitale, mettant en avant la relative inexistence de ces pratiques auparavant. Les deux auteurs, R. Pankhurst et Laketch Dirasse ont recours aux textes et récits de voyageurs étrangers en Ethiopie pour en décrire les premières étapes. Ils établissent une relation entre le développement socio-économique de la capitale Addis Ababa,

« Alors un petit camp royal d'un empire agraire et féodal composé d'esclaves domestiques et dans lequel la division du travail était limitée et qui devient un important centre urbain d'un pays sous-développé et doté d'une économie de dépendance. C'est dans ce contexte que l'institution traditionnelle de la courtisanerie se transforma en l'actuelle institution de la prostitution commercialisée » (Laketch Dirasse, 1991 : 21).

Ainsi, les auteurs établissent qu'avant la conquête italienne, celles qui étaient appelées des courtisanes étaient des femmes veuves ou divorcées d'une « grande beauté, élégantes et ayant la retenue des reines » (Combes et Tamisier, 1935-1937 : 116-119 cité par Laketch Dirasse, *ibid* : 27). Elles consentaient, contre de nombreux cadeaux et une cour longue, à dormir avec des hommes qu'elles choisissaient. Elles jouissaient d'un prestige certain et étaient accueillies à la cour impériale au sein de laquelle elles bénéficiaient des faveurs royales. Elles vivaient et tenaient ensemble des « maisons, cette activité constituant une « honorable profession » (*ibid* : 26). Ce premier type de « prostitution » coexistait avec un deuxième, fait de femmes ouvrant un établissement de débit de boissons, des bars appelés des *tej bét* ou *t'ela bét*¹¹⁰, dont le nombre crût considérablement entre 1909 et 1922 (*ibid* : 25). Elles dormaient avec certains de leurs clients, ce qui leur permettait d'accroître leurs revenus. Elles sont, aux dires de l'auteur, « les premiers entrepreneurs femmes de la ville » (*ibidem*). L'occupation italienne

¹¹⁰ La relation entre consommation d'alcool et relations sexuelles tarifées opérée tant par les hommes que par les épidémiologistes, n'est peut-être pas étrangère à ce type de commerce, qui, à notre sens, remonte plus loin dans le temps que la fondation de la capitale. En effet, traditionnellement ce sont les femmes, le plus souvent mariées, veuves ou divorcées, qui préparent ce type de boissons et en assurent également la vente et le débit dans des petits établissements construits à cet effet, et ce tant en milieu urbain que rural. Or ces boissons et cette activité sont loin d'être récentes. Il n'est donc pas improbable que la distribution de ce type de breuvage ait pu donner lieu à des relations sexuelles tarifées ou au moins para-maritales.

donna un autre visage à ces deux formes de commerce. L'arrivée d'un grand nombre de soldats italiens augmenta les besoins en nombre de « prostituées ». Beaucoup de femmes détenant déjà une maison close connue, soit nommément les courtisanes d'avant l'invasion italienne, s'enrichirent pendant ces années d'occupation. Mais d'autres femmes furent obligées de recourir à cette activité suite au décès de leurs époux sur le front ou durant la résistance (Laketch Dirasse, 1991 : 29). Après l'occupation, cette activité continua de connaître un essor important, notamment avec l'ouverture de « night clubs » et la création de l'Organisation pour l'Unité Africaine (OUA) suivie de l'implantation d'un plus grand nombre d'ambassades et des institutions internationales (Laketch Dirasse, 1991 : 30-37). Cette augmentation semble n'avoir que peu faibli durant le *därg* pour reprendre de plus belle à la chute du régime puis à l'installation du gouvernement actuel (Remininck, 2006).

Comme il a été précédemment noté, les « prostituées » en Ethiopie et principalement dans la culture amhara (Laketch Dirasse, 1991) sont moins stigmatisées que dans les pays occidentaux. Par ailleurs, en terme de filiation, Laketch Dirasse explique que traditionnellement, une femme peut demander à un homme de participer financièrement à l'élevage d'un enfant que celle-ci considèrera comme le sien (*ibid*: 64-65), les femmes ayant plusieurs partenaires choisissant les plus fortunés. Dans les années 1960, alerté par ce mouvement grevant les revenus masculins, le gouvernement de Hailé Selassié intégra dans le code civil, un article stipulant

« Que la filiation pouvait être établie légalement pour les enfants issus d'«union irrégulières», s'il pouvait être prouvé par quatre personnes témoignant devant la cour que l'homme était engagé avec la femme au moment de la «conception ou de la naissance». » (*ibid* : 64-65)

Les enfants naissant de ces « unions irrégulières » pouvaient donc avoir un père, quoique la filiation soit devenue plus difficile à prouver. Ce qui tend à montrer que les femmes pouvaient acquérir une relative indépendance et voir leurs enfants pris en charge, sans pour autant être stigmatisées. On peut donc se demander si en Ethiopie « l'appropriation par les hommes du pouvoir de fécondité des femmes » (Andro, Desgrées du Loû, 2009 : 3) constitue le réel problème ou nœud. Le contrôle des femmes est toutefois indubitable, en témoignent le nombre de viol et l'existence du mariage par abduction, ou *telefa*, élément que Laketch Dirasse (1991) élude tout le long de son analyse. Il nous est d'avis au regard de l'ensemble des faits établis jusqu'ici, que le point principal, l'enjeu premier est plutôt le contrôle de l'accès au sexe des femmes et surtout des femmes vierges.

En effet, nous avons vu dans le chapitre 4 que les mariages arrangés impliquaient parfois des toutes jeunes filles, parfois encore des enfants de 8 ans et plus souvent à partir de 12 ans. Ces mariages, comme les entretiens menés sur les sites d'eau bénite et plusieurs articles en rendent compte (Hailé Gabriel Dagne, 1994 : 37 ; Pathfinder, 2006 ; UNFPA and Population Council, 2007 : 9-10), aboutissent le plus souvent à des divorces, et parfois à la fuite des jeunes femmes qui ne sont ensuite que rarement recherchées par leurs familles. En outre, ces mariages précoces constituent pour les familles une manière de les protéger, de se protéger des mariages par abduction, encore existants aujourd'hui malgré leur interdiction récente¹¹¹ .

¹¹¹ Communication personnelle, Wäyzäro Wuleta, Avocate, Addis Ababa, mars 2008. Remarque : le terme amharique *wäyzäro* signifie «Madame», il est employé dans des situations similaires au français

La prostitution, et tous les auteurs s'accordent pour l'établir, concerne des femmes de plus en plus jeunes (FHAPCO, 2010), et pour tous, c'est leur âge qui est pointé du doigt, alors même qu'en Ethiopie, l'âge moyen du premier mariage correspond à peu de chose près à l'âge moyen des prostituées (DHSE, 2005 ; *ibidem*). Certains auteurs considèrent que la virginité n'est plus une valeur considérée comme centrale dans l'Ethiopie actuelle (Getnet Tadele, 2006), mais plusieurs éléments contredisent cette assertion. D'abord, les chercheurs en épidémiologie et en santé publique, et dans une moindre mesure les instances nationales, prônent un retour à cette norme traditionnelle (voir chapitre 6). Ensuite, les hommes accusant les filles « d'être à 85% des prostituées » témoignent, dans une certaine mesure, de leur aigreur face à des jeunes femmes voulant disposer de leur corps comme bon leur semble, et contre des cadeaux ou de l'argent. Enfin, les chercheurs mettent l'accent sur la jeunesse des prostituées, ce qui, au-delà de toute considération d'ordre sanitaire ou moral, participe d'un même phénomène.

Un retour sur certaines des pratiques effectives de ces jeunes femmes, largement détaillées dans la section 4 du chapitre 5, donne des indications sur ce qui semble poser problème. Les entretiens menés avec les jeunes femmes séropositives sur les sites d'eau bénite ainsi que nos propres observations révèlent qu'effectivement, ces jeunes femmes jouissent d'une liberté, quoique relative du moins assez significative. Un nombre certain des jeunes femmes interrogées avaient eu plusieurs amants, parfois même avant un mariage arrangé. La fidélité est une valeur importante pour les jeunes femmes éthiopiennes du moins pour celles que nous avons pu rencontrer, mais avant de se fixer, elles cherchent un compagnon qui leur conviendra. Comme il a été explicité auparavant (chapitre 5 section 4), les critères varient bien sûr selon les femmes mais parmi les plus importants, la richesse ou l'aisance matérielle et/ou la réussite sociale, sont des attributs recherchés et convoités, ce que confirment les analyses de Getnet Tadele (2006). Cette tendance s'appuie non seulement sur le fait que les femmes ont moins accès au pouvoir économique, mais aussi parce qu'il s'agit d'une valeur sociale cardinale. Une femme doit épouser un homme au moins aussi, voire plus riche qu'elle, plus éduqué et plus âgé, même si celle-ci est autonome financièrement et éduquée et n'est pas dépendante de son époux économiquement. Les femmes sont donc prises dans des déterminants traditionnels puissants. Les mariages arrangés ayant perdu de leur poids culturel, il revient aux femmes de trouver le « bon » compagnon, et elles doivent également le faire en toute discrétion.

Par ailleurs, traditionnellement, un homme s'intéressant à une femme doit effectivement être aux petits soins, et s'il veut accéder à ses faveurs, doit se montrer patient et généreux. Attitudes dont elles tirent profit en demandant des cadeaux, en invitant une amie (ou plusieurs amies) à la table à laquelle elles sont invitées, contre une vague promesse ou un espoir, un désir attisé par une opération de séduction parfois finement menée. Dans certains cas, les ami(e)s voire même des parents de sexe masculin mettent à profit l'intérêt qu'un homme porte à une fille qu'ils accompagnent. Notre propre expérience nous a confrontée à plusieurs reprises à ce type de situation. Et dans ces cas-là, le garçon présent et assistant à la danse de séduction masculine savait également exploiter la position de demandeur de l'homme, en prenant une boisson plus chère et parfois même, en allant dans le sens du demandeur. Si les femmes sont accusées par certains hommes de mentir, de tricher ou de tirer profit d'une situation, il nous semble également que des femmes profitent et jouent d'une situation dont

elles ne sont pas toujours maîtresses, et dans laquelle la culture et la société éthiopienne les a placées.

En outre, et comme il a été présenté dans la section 4 du chapitre 5, les femmes ne sont pas censées avoir de connaissance en matière de sexualité ou du moins, et il en va de leur réputation, elles ne doivent pas se montrer trop expertes et trop initiées sous peine de se voir justement discréditées. Les propos de cette jeune femme rapportés précédemment donnent une indication de ce que les hommes attendent des femmes :

« Les hommes pensent que nous ne connaissons rien au sexe. Par exemple, un jour un homme m'a demandé, "est-ce que ça tu connais ?" et je lui ai répondu "mais oui, tu ne m'as pas connue vierge, j'ai connu ça avant avec d'autres hommes" » (Entretien avec une jeune femme, Addis Ababa, janvier 2007)

Celles-ci jouent donc un « double jeu » fait de silence pudique et de discrétion quant à leur sexualité afin de préserver leur crédibilité et leur statut de jeune femme.

Ces faits nous conduisent à poser l'hypothèse que le plus gênant pour la société éthiopienne, n'est pas tant l'existence de la « prostitution », cela n'a que rarement été le cas dans l'histoire de l'Ethiopie. Les actes sexuels, en Ethiopie ou ailleurs, ont toujours fait l'objet de rétribution ou de compensation (Tabet, 1987 ; 1985 ; 2004 ; Héritier, 1996) et la prostitution n'est qu'une des formes possible de cet échange, les femmes devenant dans ce cadre les récipiendaires de la compensation (*ibidem*). Laketch Dirasse (1991) ainsi que R. Pankhurst (1974) rappellent que traditionnellement les femmes ayant recours à cette activité étaient souvent soit déjà mariées soit veuves ou divorcées. Le plus problématique et le plus inquiétant pour les Ethiopiens semble donc être le fait que ce soit un nombre de plus en plus important de jeunes femmes qui bénéficient de cette compensation, se soustrayant dès lors au contrôle des aînés (hommes ou femmes, mais surtout des hommes), qui les échangeaient au cours d'alliances matrimoniales ou qui s'arrogeaient jusqu'ici le droit de bénéficier de leurs faveurs, contre de l'argent, des cadeaux, des attentions et/ou des mots doux. De manière plus générale, nous avons montré dans un article à paraître et à la suite de A. Peters, W. Jansen et F. Van Driel (2010), que les raisons rendant compte de la sous-distribution du préservatif féminin, non seulement en Afrique mais à l'échelle planétaire (état de fait avéré et très problématique) sont à chercher du côté des rapports des hommes à la sexualité. A. Andro et A. Desgrées du Loû ont montré que la procréation est un avatar féminin quasi-exclusif, et que la santé de la reproduction ne s'intéresse guère aux hommes et ce pour des raisons essentiellement idéologiques (2009). *A contrario*, ces auteures rappellent que les études sur les maladies sexuelles transmissibles concernent, quant à elles, bien plus souvent les hommes (*ibidem*). Grâce aux contraceptifs hormonaux et/ou intra-utérins, les femmes sont désormais censées contrôler leur fécondité (Bajos, Ferrand, 2004), mais la sous-distribution et le sous accès aux préservatifs féminins témoignent de la difficulté à accepter l'idée que les femmes puissent contrôler elles-mêmes l'accès à leur sexe, à le manipuler et à le protéger elles-mêmes et non uniquement par le biais des hommes. Postulat qu'étaye l'injonction faite aux prostituées d'inciter les hommes à porter un préservatif masculin, alors que depuis 1994 le préservatif féminin existe et est diffusé. A ce titre la formulation d'A. Lehmani rapportant les premières mesures de prévention mise en place par le gouvernement éthiopien est exemplaire :

« Les prostituées doivent faire utiliser à leurs clients des préservatifs pour prévenir la transmission du VIH est des autres MST. » (1991 : 44)

Le dernier rapport du gouvernement établit que

« Le nombre de travailleuses du sexe employant les préservatifs est passé de [...] à 91,6 % en 2005, pour atteindre un niveau quasi-universel (99,4%) durant l'acte sexuel rétribué en 2009. » (FHAPCO, 2010 : 16)

Dès lors, il apparaît que si les hommes éthiopiens accusent les femmes (et surtout les jeunes femmes) qu'ils entreprennent, d'être des « tricheuses, des menteuses » et en dernier recours des « prostituées », celles-ci sont finalement des femmes qui contrôlent l'accès à leur propre sexe et de nombreux aspects de leur sexualité. Ce qui n'atteste pas tant ou pas seulement du désir des hommes de contrôler le pouvoir procréateur des femmes (et les hommes ne veulent pas toujours des enfants avec ces femmes), mais peut-être aussi de la perte de leur apanage traditionnel, à savoir le contrôle de la sexualité et du sexe des femmes, et en Ethiopie surtout de leur primo-sexualité. La différence des taux d'infection des hommes et des taux d'infection des femmes, 0,9% pour les premiers, et 1,9% pour les deuxièmes en Ethiopie (DHSE, 2005) (mais ce phénomène de surinfection des femmes est mondial) peut être considérée comme la conséquence ou le témoin de cette dichotomie qui intime aux femmes de contrôler la (/leur ?) procréation et aux hommes la sexualité, non pas seulement celle à « visée non reproductive » selon l'expression de P. Tabet, mais la totalité de l'acte sexuel. Il nous semble que cette hypothèse pourrait être étendue à d'autres contextes, et des études plus poussées pourraient permettre d'en vérifier l'étendue.

Les différences de rapport à la sexualité, à ce qui est dit, non dit, ce qui est donné à voir, ce qui s'interroge ou non, peuvent, comme il a été suggéré en début de la partie, être dès lors envisagées non pas en terme de risque, mais en terme de confiance/méfiance, secret/dévoilé, discrétion/indiscrétion.

III. La confiance, le secret et la discrétion : des notions simmeliennes pour analyser les représentations du sida.

Quoique la parole autour de la sexualité se soit quelque peu déliée, ce thème reste dans la culture et la société éthiopienne principalement tu et entourée d'un silence pudique. Le secret perdure autour des activités privées et intimes, les femmes et dans une moindre mesure les hommes doivent faire preuve de discrétion quant à leurs relations, en témoigne l'injonction d'un père à son fils : « tu peux faire ce que tu veux, mais reste discret ! ». Les femmes infectées par leurs époux disent avoir « fait trop confiance » et les hommes se méfient des femmes.

Les approches partant de la notion de risque sont fréquemment fondées sur la théorie du choix rationnel qui selon P. Watier est basée sur une conception des rapports humains marqués par la défiance (2008 :89), pourtant et même dans le champ de l'économie, K. Arrow montre que « la confiance est un "lubrifiant" important du système social ; elle est extrêmement efficiente » (1976 :83 cité par Watier, 2008 : 90). Les pères fondateurs de la sociologie et de l'anthropologie ont pensé la notion de confiance et l'ont considérée comme un aspect important des relations sociales (Durkheim, 2007 ; Weber, 1991 ; Mauss, 1950), mais il appartient à G. Simmel d'avoir vu en elle

« Une des forces de synthèse les plus importantes au sein de la société [...]. Dans la mesure où elle est une hypothèse sur une conduite future, assez sûre pour qu'on fonde sur elle l'action pratique, la confiance est aussi un état intermédiaire entre le savoir et le non-savoir qui doivent se combiner pour que devienne possible la décision individuelle fondée sur la confiance, voilà ce qui distingue les époques, les domaines d'intérêts, les individus. L'objectivation de la culture établit des distinctions très nettes dans les différents quanta de savoir et de non-savoir nécessaires à la confiance. » (Simmel, 1999 : 355)

P. Watier rappelle que « la confiance [...] concerne tant les individus que les systèmes sociaux » (2008 :19). Cette notion de confiance contient, et est afférente à, celles (notamment) de secret (ce qui est révélé ou tu) qui jouent un rôle important dans l'individuation, et de discrétion (soit le tact qui empêche de pénétrer dans la sphère d'intimité d'une personne préservant ainsi sa dignité). Les modes d'élaboration des savoirs, et des non-savoirs, et la frontière entre ce qui est connaissable et le non-savoir soit ce qui doit/peut demeurer caché, secret et entouré de discrétion varient donc selon les contextes culturels, historiques et sociétaux.

En Ethiopie, nous avons vu que les femmes considèrent « avoir trop fait confiance » aux époux à qui la responsabilité de l'infection est imputée¹¹². Certaines de ces femmes incriminent la profession, soit aussi une catégorie de population, les militaires, les assistants des chauffeurs routiers et incidemment les chauffeurs. De leur côté, les hommes dénoncent l'absence de test avant le mariage ainsi que les mensonges et la duplicité des femmes. Ces imputations rendent compte, en négatif, comme dans son aspect pathologique – l'épidémie étant ici encore un révélateur du social – des modes d'élaboration, de création de la confiance. La comparaison entre les hommes et les femmes témoigne d'une asymétrie dans la quantité de savoir et de non-savoir supportant la confiance. En effet, les femmes ne considèrent pas les hommes comme des menteurs, mais s'estiment responsables d'avoir fermé les yeux sur ce qui pouvait constituer des signes, modifier l'équilibre entre le savoir et le non-savoir qui aurait pu les conduire à réviser la confiance octroyée. Cependant, même en l'absence de l'épidémie au VIH, les hommes, plus investis dans la sphère publique que les femmes n'ont pas à révéler, ni à justifier de leur déplacement à leurs épouses et celles-ci sont censées respecter cet aspect de leur intimité. L'inverse est, quoique dans une moindre mesure, possible pour les femmes ; par contre, les jeunes femmes n'étant traditionnellement guère en mesure de sortir, leurs déplacements sont le plus possible contrôlés. Ainsi, en respectant les codes de la discrétion, du tact, et du secret, ces femmes n'ont pas été en mesure de réévaluer par une connaissance, qu'elles ne sont pas toujours autorisées à acquérir, la confiance qu'elles plaçaient en leurs conjoints. En effet, et comme il a été présenté, les femmes ne sont pas supposées parler de sexualité ou des choses ayant à voir avec le sexe, et encore moins avec leurs compagnons. La situation suivante en est un exemple. L'une des femmes interrogées rapporta avoir contracté une MST après la première relation sexuelle avec son futur mari, elle ne lui en parla pas, c'est à une amie intime et « en secret » qu'elle demanda conseil, et même dans un second temps, cette information ne fut pas partagée avec son futur époux. La confiance est donc pour les

¹¹² D'autres aspects rendant compte des manières dont la confiance est tissée entre homme et femme se dégagent des entretiens, notamment la figure de l'étranger, cependant, afin d'alléger la démonstration, il n'en est pas fait mention ici.

femmes principalement faite de ‘non-savoir’ quant à ce que font réellement leurs conjoints, et de ‘non connaissance’ des choses relatives au sexe.

Les hommes ayant l’apanage du contrôle de la sexualité, ils acquièrent d’autant plus facilement des informations et des connaissances relatives à cette activité. L’acrimonie des hommes envers les femmes concerne leur difficulté et leur incapacité à lire désormais les comportements féminins. Les expressions courantes, « elles trichent » et « elles mentent » et la méfiance qui en résulte témoignent de la non-observance des femmes des injonctions traditionnelles permettant aux hommes de les connaître, d’acquérir un ensemble de connaissance nécessaire à la construction de leur confiance. La défiance et plus encore la méfiance prend alors le pas. Cependant ces propos sont une relecture *a posteriori*, et quand la relation se tisse et que homme et femme se rencontrent, l’absence de port du préservatif, témoigne plutôt de la persistance des constructions classiques de la confiance. C’est-à-dire que les hommes font confiance à ce que les femmes donnent à voir d’elles, dans une danse au cours de laquelle chacun joue un rôle précis permettant de dessiner l’équilibre adéquat à l’émergence de la confiance, quelque part entre connaissance et non-connaissance de l’autre, savoir et non savoir des choses relatives à la sexualité. Ces succinctes analyses offrent un aperçu des ouvertures et conclusions auxquelles une approche à partir de la notion de confiance et des notions attingentes de secret et de discrétion débouchent. Elles pourraient, nous pensons, faire l’objet d’études et de questionnements ultérieurs approfondis.

Dans d’autres contextes et pour l’épidémie au VIH, il est également possible de lire certains de ces aspects sociaux à l’aune de cet appareillage conceptuel. Un des premiers constats auquel une lecture en terme de confiance aboutit est que le virus du sida, de part ses conséquences encore mortelles et le plus souvent invalidantes, introduit de la méfiance au sein des relations sexuelles et incidemment entre les individus, les groupes et même les sociétés. Il n’est désormais plus possible d’avoir des relations sexuelles « en toute liberté », du moins avec la liberté d’avant son apparition. Le sida a profondément bouleversé les modes classiques d’émergence de la confiance préalable à toute rencontre intime. A cette transformation centrale, les sociétés, groupes, cultures répondent, inventent des stratégies, créent des moyens pour « gérer » cette méfiance délétère à l’intérieur d’un couple et dans le cadre de la vie sociale en général. Ces mesures visent à introduire de nouvelles manières de fabriquer de la confiance.

La communauté internationale mobilisée dès le milieu des années 1980 contre la dissémination du virus a élaboré des messages de prévention pour éviter l’infection au VIH, mais a également désigné des populations à « haut risque ». Partant de ce constat, les notions de population à risque (ou vulnérable), de pratique à risque, etc. peuvent être lues comme autant de stratégies visant à distinguer les populations, les situations, les pratiques dont il faut se méfier (et/ou qu’il faut protéger), des populations, situations, pratiques pour lesquelles la confiance peut être plus grande. Inversement, les sociétés à travers la désignation des « groupes à risque » parlent aussi des populations, pratiques, situations dont elles se méfient et auxquelles elles associent le sida, pour des raisons parfois morales. Cette boucle permet de maintenir la confiance dans son ensemble, de perpétuer les bases morales (valeurs et normes) à partir desquelles la confiance peut se déployer et qu’elle va renforcer.

L'analyse en terme de confiance en l'acronyme international de prévention 'ABC', (*Abstinence, Be Faithful et Condom*) rend compte de la méfiance qu'introduit le VIH au niveau interindividuel et individuel. M. T. Wright rappelle que :

« Depuis le début, le sida a été décrit comme une maladie exceptionnellement dangereuse requérant des mesures extraordinaires (cf. Kirp & Bayer, 1992; Rosenbrock et al., 2000). La conséquence immédiate de cette annonce pour la prévention primaire fut la promotion du port du préservatif dans toutes les relations sexuelles, et surtout dans les groupes les plus affectés. Dans de nombreux pays, le but initial était d'atteindre 100% de sécurité, objectif fondé sur l'assomption que personne ne pouvait faire confiance à la non infection de son ou sa partenaire (cf. Bochow, 1995; Wright, 1998). » (Wright, 2000 : 705)

Il n'est pas anodin que cette conception du sida (et là encore en dehors de toute considération sur la réalité du « risque » d'infection au VIH) soit née dans une société dans laquelle « la modernité, sans être plus risquée, est une culture du risque » (Giddens, 2001 : 3). Cette modernité institutionnalise le principe du doute radical, en faisant « une dimension générale et existentielle du monde social contemporain » (*ibidem*).

Si ce but de la sécurité universelle par le port systématique du préservatif a été réévalué, la plupart des actions de préventions primaires sont sous-tendues par l'idée que la confiance en la non-infection du partenaire est impossible. Ainsi, l'acronyme 'ABC', peu importe l'ordre dans lequel il est employé, rend compte de la prégnance de cette assomption. Le 'ABC' indique les manières par lesquelles la confiance envers soi et l'autre, peut être créée, réinstaurée. L'abstinence, comme nous l'avons rappelé, est une valeur d'abord moraloreligieuse, désignant plus que les seules relations sexuelles. La promotion de l'abstinence sexuelle tend symboliquement à signifier que l'on ne peut avoir confiance en l'autre, institutionnalisant ainsi une forme de méfiance. Elle entérine le risque comme présent dans tout acte sexuel, et indique que la seule manière d'être sûr de ne pas être contaminé est de ne pas être en relation intime avec l'autre. Cette abstinence permet cependant d'obtenir la confiance de l'autre, et elle indique en même temps la vertu morale de la personne abstinent. Le deuxième terme de l'acronyme est la fidélité. Le lien à la confiance est tellement évident qu'il n'a guère besoin d'être développé ici, en première approche. Cette valeur permet de réintégrer, d'intégrer dans l'acte sexuel de la confiance entre les partenaires, à condition toutefois qu'un dépistage ait été effectué au préalable et cette forme de rituel de confiance est spécifique au contexte occidental en temps de VIH. En effet, B. Taverne a montré qu'au Burkina Faso, la fidélité au sein d'un couple renvoyait plutôt au respect et au soutien mutuel, mais pas forcément à la monogamie sexuelle (1999) et S. Mulot analyse que dans les Antilles françaises, la fidélité sexuelle est une valeur idéale qui entre en opposition avec la construction sociale des identités sexuées (2009). La notion de fidélité telle qu'employée dans l'acronyme correspond donc à un mode de confiance inscrit dans une culture particulière. M. Weber montre que les modalités de la confiance sont influencées par les éthiques religieuses ou encore présentent des « affinités électives » avec certaines religions (1991 cité par Watier, 2008 : 41-43). Dès lors, la notion de fidélité portée par les instances internationales s'avère-t-elle non seulement emprunte de valeur morale, mais est également inscrite dans un ethos particulier propre à l'Occident qui a vu naître ces instances. Enfin, le préservatif ou *condom*, troisième et dernier moyen de se protéger, ne réfère à aucune valeur morale. Il est, comme

l'abstinence, explicitement lié à la méfiance entre partenaires, au doute, à la non-connaissance de statut sérologique et bien entendu et surtout de l'autre. Porter un préservatif à chaque rapport implique ou signifie (au moins en partie), que la non-connaissance de l'autre dépasse la connaissance et que l'on ne peut dans ces conditions faire confiance à l'autre (peu importe les raisons), que l'on se méfie. Cette position a évidemment évolué depuis les campagnes de prévention massive mais, dans l'ensemble, la position, l'irruption du sida a globalement introduit de la méfiance au cœur de la relation sexuelle. Le port du préservatif rappelle non seulement l'existence du sida, mais aussi qu'on ne peut plus faire entièrement confiance en l'autre en matière de sexualité, même si d'autres symboles ou construction de sens ont pu être élaborés depuis. L'érotisation de cet objet permet justement de contourner son association avec le VIH et la méfiance pour l'intégrer et en faire un support de création du lien intime, de la relation de confiance justement.

Cependant, les acteurs et les sociétés ont recours à d'autres stratégies que le ABC pour contourner le risque sida et rétablir la confiance, ou en se basant sur justement la confiance. Ainsi, et même dans un contexte français hétérosexuel dans lequel le port du préservatif est assez généralisé et intégré, les individus et les groupes recourent à d'autres modalités de construction de la confiance ou usent de stratégies pour employer les modalités antérieures à l'apparition du sida de construction de la confiance. Au début des années 1990, N. Bajos et son équipe ont menés une enquête qualitative auprès d'un peu moins de 5 000 personnes afin de déterminer les stratégies élaborées par les acteurs pour éviter le « risque sida » et les auteurs insistent sur la redéfinition opérée par les acteurs. Les auteurs montrent que les

« Comportements sont loin de dépendre exclusivement de la conscience du risque. [...] Nos résultats révèlent que les individus attribuent un différent degré de risque à leur partenaire selon qu'il/elle occupe une position centrale ou périphérique dans leur réseau de sociabilité. Par ailleurs, nous observons une incompatibilité entre la prévention et la rationalité socio-affective, dans laquelle le recours au préservatif est inversement proportionnel au degré d'intimité indépendamment du savoir sur le statut sérologique du partenaire. » (Bajos et al. 1997 : 25)

Il apparaît donc que quelque soit le contexte, les acteurs, les groupes et même les sociétés élaborent un grand nombre de stratégies visant à réinstaurer, rétablir la confiance interindividuelle et au sein du groupe, mise en péril par l'apparition du sida et la contamination possible au VIH. Ces stratégies sont parfois éludées par une approche en terme de risque, du moins n'en rend-elle que partiellement compte. Il nous est d'avis qu'une approche de l'infection au VIH, de la sexualité et même de la prise en charge de la maladie, en terme de confiance, associée aux notions connexes de connaissance, savoir, secret et discrétion pourrait permettre d'élargir les cadres d'analyse des élaborations sociétales et culturelles permettant aux acteurs de se protéger, et de sauvegarder la cohérence sociétale mise à mal par une publicisation spécifique du sida.

TROISIEME PARTIE

La cure du VIH par l'eau bénite et les communautés de malades

L'eau bénite : une introduction à l'étude du rituel

La partie précédente était dédiée à la sexualité et à la prévention des nouvelles infections au VIH. Il est apparu que ni l'EOTC, ni l'Eglise éthiopienne ne s'intéressait traditionnellement à la question de la sexualité de ses fidèles.

Il en va tout autrement de la prise en charge des personnes infectées, qui constitue au contraire le domaine de prédilection du christianisme éthiopien. La doctrine chrétienne et plus spécifiquement les individus et églises encadrant les sites d'eau bénite ont très rapidement « répondu » à l'épidémie. La cure par l'eau bénite est, comme il a été explicité dans le chapitre 3 (section III et IV), quoique difficilement datable, une ancienne institution très populaire en Ethiopie. Dans cette partie, il s'agit donc de comprendre comment l'infection au VIH et le sida lui-même sont traités religieusement, comment le sida est intégré, s'intègre dans un rituel traditionnel religieux et en retour comment le sida et l'infection au VIH modifient, transforment les sites d'eau bénite.

Dans un premier chapitre, le chapitre 8, on s'intéressera à la cure même par l'eau bénite, aux rituels qui permettent d'obtenir une guérison « miraculeuse ». Si le niveau collectif est sur les sites d'eau bénite indissociable du niveau individuel, le fidèle en tant qu'entité, en raison notamment de l'interdépendance des fidèles (chapitre 3, section 3 et 4), la focale, le point de départ des descriptions et analyses est, dans ce chapitre 8, l'individu. Le chapitre suivant sera justement celui du et des groupes, des communautés de malades, des communautés et associations de personnes vivant avec le VIH et des variations existant selon les sites d'eau bénite.

Si dans la deuxième partie, le gouvernement occupait une place certaine dans les développements et présentations, tel n'est pas le cas dans la présente partie. En effet, ni l'Etat éthiopien ni les instances internationales ni les organismes américains ne jouent un rôle ou n'interviennent à ce stade de la cure par l'eau bénite sur ces sites hors du monde. Par ailleurs, dans les deux prochains chapitres, le sida et l'infection au VIH étant traités, pris en charge par le religieux, nous nous appuyerons sur l'armature théorique présentée dans le chapitre 1, à savoir une épistémologie du même objet, le sida, à travers les approches et perspectives conjointes de l'anthropologie religieuse et de la santé. D'autres concepts et théorisations conceptuelles seront employés, dans un va-et-vient constant entre les domaines de la santé et de la religion. Nous y discuterons notamment la question du 'croire', thématique importante ou du moins largement débattue par les sciences sociales des faits religieux. Dans le précédent chapitre, il a été proposé de considérer le « risque » d'infection au VIH à travers la notion de confiance et les concepts attingents, connexes de secret, de discrétion ou tact. Dans le présent chapitre, la notion de confiance est employée cette fois dans un contexte religieux, elle nous permet de dépasser l'impossibilité mise à jour par J. Pouillon (1979 ; 1993) de traduire justement le fait de 'croire' dans un contexte où le doute n'est pas central à cette disposition d'esprit. Cette notion représente donc un lien, un trait d'union théorique entre les deux parties, entre le chapitre précédent et le suivant. Celui-ci sera d'ailleurs terminé par une réflexion sur

cet aspect de l'existence, la confiance. La deuxième notion, et/ou réflexion théorique, portera sur la notion de miracle. A l'instar du verbe 'croire', le concept ou notion occidentale de miracle est historiquement et culturellement inscrite, si bien que son usage pour le contexte éthiopien ne permet ni de comprendre le sens donné à ce terme par les Ethiopiens, ni de le décrire. Dans une première approche, son emploi et les notions connexes qu'il contient nous a empêché de saisir la manière dont les Ethiopiens l'envisagent et l'emploient. C'est donc en suspendant les conceptions et notions afférentes à ce terme occidental qu'il nous a été possible, et là encore comme pour le verbe 'croire', de percevoir d'abord, de saisir ensuite pour enfin rendre compte, « traduire », le concept *emic* de miracle. Enfin, ces détours et plongées au cœur du religieux et l'approche conjointe à partir des perspectives et approches de l'anthropologie de la santé et du religieux du miracle, nous ont permis d'envisager la notion de guérison sous un autre angle. C'est là, il nous semble, un des points principaux sinon centraux de cette étude. Ce concept, cette ouverture de champ terminera la partie, car elle implique tant les individus que les communautés de malades et que la communauté, au sens de groupe social, soit dans son acception extensive.

CHAPITRE VIII

De l'infection au VIH à la cure par l'eau benite : d'une liminalité à l'autre

« Il n'y a pas de phénomènes moraux,
rien qu'une interprétation morale des phénomènes »
Friedrich Nietzsche,
Par delà le bien et le mal

L'anthropologie et la sociologie de la maladie puis de la santé depuis notamment les travaux de T. Parson (1951) considèrent l'entrée dans la maladie, la confirmation de la maladie par un spécialiste comme une étape marquant l'endossement d'un nouveau rôle social, d'un nouveau statut (Meyer, 2004 :437), celui de malade. Cette théorie a depuis été affinée (Young, 1982 ; Kleiman, 1980), il n'en demeure pas moins que la reconnaissance de la maladie s'accompagne d'un changement de statut, à l'instar de l'initiation ou de tout autre événement social (Augé, 1986). Il en va de même de l'infection au VIH et plus généralement des maladies chroniques puisque vivre avec le VIH est désormais considéré comme telle (Fee, Fox, 1992 ; Sebtou, 2000). Plusieurs auteurs ont noté, sous des dénominations parfois différentes, le changement qu'induisait l'annonce (ou l'apprentissage selon le point de vue considéré) d'une séropositivité au VIH et ce quelque soit le contexte culturel ou social (Bloom, 1997 ; Langlois, 2006 ; Pierret, 2006 ; Egrot, 2007).

Nous avons choisi pour qualifier ce changement et le « conceptualiser » de recourir à la célèbre et ancienne notion de liminalité en anthropologie et qu'on doit à A. Van Gennep (1981[1909]). Il utilise cette notion pour qualifier le moment de 'transition' d'un rite de passage.

« Le schéma complet des rites de passages comporte en théorie des rites *préliminaires* (séparation), *liminaires* (marge) et *postiliminaires* (agrégations) »¹¹³ (1981 : 14).

« Quiconque passe de l'un [territoire sacré] à l'autre [territoire non sacré/profane/neutre] se trouve ainsi matériellement et magico-religieusement, pendant un temps plus ou moins long, dans une situation spéciale : il flotte entre deux mondes. C'est cette situation que je désigne du nom de *marge*, [...] cette marge idéale et matérielle à la fois se retrouve, plus ou moins prononcée, dans toutes les cérémonies qui

¹¹³ Dans cet extrait et le suivant les italiques sont dans le texte.

accompagnent le passage d'une situation magico-religieuse ou sociale à une autre. » (1981 : 24)

V. Turner reprend cette notion et précise l'étymologie du terme 'liminaire' :

« Tous les rites de passages ou de "transition" sont marqués par trois périodes : celle de séparation, de marge (ou *limen* qui signifie "seuil" en latin) et d'agrégation » (Turner, 1990 : 95)

Il donne une extension à cette notion, en l'adossant au concept de *communitas*, qui désigne une communauté constituée justement des personnes en situation liminale, ou selon la classification exacte de A. Van Gennep en situation de marge. V. Turner qualifie cette position, 'liminalité' (1990 : 96-8) et la précise en la comparant à celle des « néophytes dans les rites d'initiation ou de puberté » (*ibid* : 96). Il désigne alors la *communitas* comme étant une

« Communauté non structurée ou structurée de façon rudimentaire et relativement indifférenciée, ou même une communion d'individus égaux qui se soumettent ensemble à l'autorité générale des aînés rituels » (*ibid* : 97)

Dans la quatrième partie (chapitre 13), il sera à nouveau question de l'applicabilité et du recours aux concepts de *communitas* et de liminalité dans le cadre l'infection au VIH. Pour l'heure, nous allons voir que l'annonce de la séropositivité place le sujet dans une situation liminale, situation qu'il va, en se rendant sur un site d'eau bénite, retraduire en terme de liminalité religieuse.

I. La connaissance du statut de PVVIH : une première liminalité

Dans cette section, il s'agit de présenter et d'étudier l'entrée dans le statut social de porteur du VIH en Ethiopie. Cette entrée est définie tant par la biomédecine, puisque seul le dépistage permet d'établir la séropositivité au VIH, que par le social, car les circonstances dans lesquelles les personnes vont être amenées à découvrir leur statut, sont éminemment inscrites dans le social et le culturel.

I.1 Les circonstances de l'apprentissage de la séropositivité

« En Afrique, les statistiques montrent que les femmes sont moins susceptibles que les hommes d'accéder au conseil et au dépistage volontaires et sont plus fréquemment dépistées au cours des soins prénatals [Fylkesnes et al., 2004 ; Matovu et al., 2007 ; Taegtmeier et al., 2006]. Mais il y a peu d'analyses qui comparent systématiquement les femmes et les hommes, et la plupart des études ont été réalisées avant que les antirétroviraux ne deviennent accessibles. » (Makhlouf Obermeyer et al. 2011 : 17)

Quoique cette étude ne porte pas sur l'analyse des circonstances du dépistage, les données collectées sur le terrain fournissent pour le contexte éthiopien quelques informations qui nous ont semblé suffisamment pertinentes pour être analysées et donner lieu à des hypothèses en vue de conceptualisation plus générale. A l'instar de nombreux autres contextes (Makhlouf

Obermeyer et al. 2011 ; Le Cœur et al., 2011), les circonstances du dépistage apparaissent différentielles selon le genre. Si bien que la présente description, et sur la base des données obtenues, ne fera pas exception à la tendance actuelle et combine les approches et perspectives propres à la sociologie et l'anthropologie du genre et à celles de la santé.

I.1.a Le Gouvernement éthiopien et le dépistage : état des lieux

D'après l'instance gouvernementale HAPCO, le dépistage volontaire,

« Est une initiative individuelle servant de point d'entrée pour la prévention, le traitement, le soin et le soutien, de plus il permet de briser le silence et le stigmatisme entourant le VIH. » (HAPCO, 2005 : 34)¹¹⁴

Quoique le Gouvernement éthiopien considère le dépistage comme ayant des avantages tant pour l'individu que pour le groupe (*ibidem*), il apparaît, comme en d'autres situations africaines ou asiatiques (Desclaux et al. 2011), que les personnes recourent peu au dépistage volontaire. Le nombre de personnes se faisant dépister volontairement a fait l'objet de quatre études quantitatives à l'échelle en Ethiopie (DHSE, 2000 ; 2005 ; HIV/AIDS BSS, 2002 ; 2005). Les dernières enquêtes indiquent une légère augmentation du recours au dépistage volontaire, mais pointent, cependant, son trop faible niveau. En 2000, le DHS indique que seul 2 % de la population a effectué un dépistage volontaire (DHSE 2000 : 169), en 2005 le pourcentage monte à 4 %, moyenne entre 2% pour les femmes et 6% pour les hommes, (DHSE 2005 : 212), rendant compte d'un décalage certain en fonction du genre. Les HIV/AIDS Behavior Surveillance Survey (HIV/AIDS BSS) portant sur des populations cibles, ne sont pas en mesure d'établir des données à l'échelle nationale. Cependant, là encore, parmi les populations testées (jeunes scolarisés et non scolarisés, les femmes travailleuses du sexe, les travailleurs en usine, les chauffeurs, fermiers, pasteurs) ce chiffre croit entre les deux enquêtes. En 2002, autour de 5 % des personnes interrogées avaient effectué un test au VIH (les militaires sont 20 %), (HIV/AIDS BSS, 2002 : 87). En 2005, elles sont entre deux et trois fois plus nombreuses (HIV/AIDS BSS, 2005 : 205). Cette dernière étude a intégré un volet qualitatif quant à la question du dépistage. Celui-ci révèle que les personnes ne sont guère désireuses de se faire dépister, eu égard notamment à la stigmatisation qui suit l'annonce de la séropositivité (*ibid* : 190-1).

I.1.b Les circonstances d'apprentissage de la séropositivité vue des sites d'eau bénite

D'après les données issues du questionnaire semi-directif soumis à 52 PVVIH vivant sur les sites d'eau bénite, les événements ayant conduit les personnes à se faire dépister au VIH sont assez variés, cependant, cinq motifs de dépistages ont pu être dégagés : la maladie, la relation à autrui (cette catégorie sera expliquée prochainement, brièvement elle regroupe les circonstances suivantes : maladie du conjoint/veuvage, rumeur sur le conjoint, maladie ou décès d'un proche - ami ou famille - grossesse), la migration pour raison économique, le dépistage mobile et enfin la venue à Ent'ot'o Maryam. Quelques extraits d'entretiens permettront d'avoir une illustration de la variété des parcours.

¹¹⁴ Traduction par l'auteur de la présente étude.

« [Depuis combien de temps vivez-vous avec le sida ?] Cela fait cinq, six mois que j'ai appris que je l'ai, mais il est possible que le virus était présent dans mon sang depuis trois ou cinq ans [Avez-vous fait un dépistage ?] Oui. [Pour quelles raisons avez-vous fait un test sérologique ?] Avant, je me sentais mal de temps en temps, mais ce n'était pas grave, j'ai fait le test pour me connaître. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« [Depuis combien de temps vivez-vous avec le sida ?] Cela fait quatre ans. [Avez-vous fait un dépistage ?] Oui. [Pour quelles raisons avez-vous fait un test sérologique ?] Mon mari était un militaire, un jour, il est parti tôt le matin et il n'est jamais revenu. Un de nos proches amis m'a secrètement dit de faire le test. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« [Depuis combien de temps vivez-vous avec le sida ?] Depuis 1997 (C.E.¹¹⁵, soit 2004/2005) [Avez-vous fait un dépistage ?] Oui. [Pour quelles raisons avez-vous fait un test sérologique ?] Quand j'ai voulu aller dans les pays arabes. [Où avez-vous fait le test ?] A "Bole Health Center", le 18 juin 1997. [Avez-vous reçu un counselling ?] Oui, il y avait un counselling, mais j'étais totalement folle, je pleurais beaucoup. [Selon vous, comment avez-vous été infectée ?] J'ai été violée et j'ai avorté. » (une FVVIH, 'Uraél, juillet 2008)

« [Depuis combien de temps vivez-vous avec le sida ?] Depuis 1994 (C.E. soit 2001/2002) [Avez-vous fait un dépistage ?] Oui. [Pour quelles raisons avez-vous fait un test sérologique ?] J'avais des blessures sur mon corps et j'étais malade. » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

« [Depuis combien de temps vivez-vous avec le sida ?] Il y a deux ans [Avez-vous fait un dépistage ?] Oui. [Pour quelles raisons avez-vous fait un test sérologique ?] Parce que je tombais malade et que j'avais la tuberculose [TB] » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Si les circonstances ayant conduit les personnes à se faire dépister sont multiples et parfois dramatiques, l'évènement le plus récurrent (24 sur 52, soit près de la moitié) est la maladie, souvent grave, parfois chronique et dans certains cas, ayant occasionné une hospitalisation. Les circonstances les plus fréquentes sont ensuite : le veuvage, la grossesse, les rumeurs sur l'infection du conjoint et le départ dans les pays arabes. Le dépistage volontaire dans le cadre d'une relation amoureuse est un des plus rares. Il n'a été cité que par trois personnes (des femmes) sur 52 personnes interviewées sur ce point et récemment. Ces trois jeunes femmes ont effectués un test de dépistage, il y a respectivement cinq ans, quatre ans et un an. Il pourrait être considéré comme le signe discret d'une évolution du rapport au dépistage si deux de ces trois jeunes femmes n'avaient pas eu de partenaires étrangers : l'un est indien et l'autre européen.

Les occasions au cours desquelles le dépistage est effectué rencontrent les logiques conjointes de genre et de migration. Seules les femmes (cinq sur 35 femmes et sur 52 personnes au total), et aucun homme, ont rapporté avoir effectué un test dans le cadre d'un processus migratoire.

¹¹⁵ C.E. désigne le Calendrier Ethiopien

« [Depuis combien de temps vivez-vous avec le sida ?] J'ai fait le test en 1999 (C.E. soit 2007/2008), c'est là que j'ai connu mon statut (que je me suis connue moi-même *sic*). [Pour quelles raisons avez-vous fait un test sérologique ?] Je voulais aller dans les pays arabes et j'ai commencé le processus. » (une FVVIH, 'Uraél, juillet 2008)

Parmi les autres chemins conduisant au dépistage et ne concernant que les femmes, on observe : les décès de proches (enfant, petit ami), de membres de la famille (sœur), d'une amie intime, ou encore l'infection de voisins respectés.

« [Depuis combien de temps vivez-vous avec le sida ?] Je ne sais pas exactement depuis quand j'ai le virus. [Avez-vous fait un dépistage ?] Oui. [Pour quelles raisons avez-vous fait un test sérologique ?] Quand j'ai perdu mon mari et mon fils. » (une FVVIH, 'Uraél, août 2008)

« [Depuis combien de temps vivez-vous avec le sida ?] Depuis 1997 (C.E. soit 2004/2005) [Avez-vous fait un dépistage ?] Après avoir perdu mon enfant, j'ai commencé à être malade, alors mon mari m'a emmené à Shashāmané et nous avons donné notre sang pour le test. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Ces circonstances ont incité les femmes à effectuer un test à plus ou moins long terme. Deux femmes ont été dépistées dans le cadre d'une grossesse.

« [Depuis combien de temps vivez-vous avec le sida ?] Depuis trois ans. [Avez-vous fait un dépistage ?] Oui. [Pour quelles raisons avez-vous fait un test sérologique ?] J'ai perdu mon enfant lorsqu'il était dans mon ventre, je me suis fait opérée. Je suis tombée enceinte une deuxième fois. Je suis alors allée à l'hôpital pour un check up, et c'est à ce moment que le docteur m'a dit que j'avais le VIH dans mon sang. » (une FVVIH, , Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Témoin des campagnes de dépistage mobile, trois personnes (une femme et deux hommes) ont effectué un test au VIH dans leur entreprise pour la femme et dans leur village (le même, Wälkité en pays guragé) pour les deux hommes.

« [Depuis combien de temps vivez-vous avec le sida ?] Depuis plus de deux ans. [Avez-vous fait un dépistage ?] Oui. [Pour quelles raisons avez-vous fait un test sérologique ?] Une équipe médicale est venue dans notre village en 1998 (C.E. soit 2006/2007). Ils ont pris le sang des villageois. Ils ont été les premiers à me dire que j'avais le virus dans mon sang, et ils m'ont dit d'aller à l'hôpital faire un autre check-up. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Enfin, une dernière circonstance du dépistage volontaire est la vie sur un site d'eau bénite et en l'occurrence Ent'ot'o Maryam¹¹⁶. Ce point a été présenté dans le chapitre précédent. Rappelons que les personnes sont venues sur ce site pour d'autres affections que le VIH, mais selon leurs dires, le nombre, la diversité des personnes séropositives, la liberté de parole autour de l'affection auxquels il faut ajouter la dédramatisation de l'affection et l'espoir d'une guérison ont conduit ces deux *tsäbältägnas* à se faire dépister et à découvrir leur séropositivité.

¹¹⁶ Il s'agit de cet homme ayant fait le test au VIH au cours d'un séjour prolongé à Ent'ot'o Maryam : « D'abord, je suis venu ici pour me libérer de mes soucis comme le *khat*, l'alcool, la cigarette... et je me suis libéré, après en étant toujours ici, j'ai fait le test du VIH et j'ai su que je vis avec HIV. » (*ibidem*)

Il est notable que l'ensemble des circonstances ayant amené les hommes à vérifier leur statut sérologique au VIH sont partagées par les femmes : maladie, décès du conjoint, rumeur quant à la séropositivité du conjoint, après un séjour à Ent'ot'o Maryam, et enfin lors de campagne de dépistage mobile. Les circonstances ayant conduit les personnes à se faire dépister est donc en partie commune et, pour une autre part, prises dans des logiques de genre.

I.1.c Le dépistage suite à un épisode de maladie : une spécificité masculine ?

La maladie est la première cause de dépistage pour l'ensemble des personnes interrogées.

« [Depuis combien de temps vivez-vous avec le sida ?], il y a un an et cinq mois que je l'ai appris. [Avez-vous fait un dépistage ?] Oui, j'ai fait le test en 2006. [Pour quelles raisons avez-vous fait un test sérologique ?] J'étais très malade et je toussais beaucoup, j'ai su alors que c'était le tuberculose (TB) et le VIH. » (une FVHIV, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« [Depuis combien de temps vivez-vous avec le sida ?] Il y a deux ans [Avez-vous fait un dépistage ?] Oui. [Pour quelles raisons avez-vous fait un test sérologique ?] Parce que je tombais malade et que j'avais la TB » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« [Depuis combien de temps vivez-vous avec le sida ?] Depuis deux ans [Avez-vous fait un dépistage ?] Oui. [Pour quelles raisons avez-vous fait un test sérologique ?] J'étais sérieusement malade. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« [Depuis combien de temps vivez-vous avec le sida ?] Cela fait quatre ans que je sais que je vis avec. [Avez-vous fait un dépistage ?] Oui, je suis en train de prendre l'ARV donc je fais le test souvent. [Pour quelles raisons avez-vous fait un test sérologique ?] j'étais malade, gravement malade, j'ai eu beaucoup " d'auscultation"[sic], finalement, j'ai soupçonné cette maladie, et j'ai fait le test. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam , mars 2008)

Rappelons que ce groupe ne peut guère être considéré comme représentatif de la population générale, et les chiffres obtenus à partir de ce « petit échantillon » d'individus n'ont aucune valeur statistique. Nous recourrons à une extrapolation chiffrée afin de dégager les grandes tendances que ces entretiens menés auprès de 52 personnes peuvent livrer.

Sur les 52 personnes interrogées, 24, soit un peu moins de la moitié (46%) ont découvert leur séropositivité suite à une maladie, longue, chronique ou des symptômes moins graves mais persistants de l'infection au VIH (diarrhée, fièvres, fatigue, problème de peau). Ces 24 personnes sont pour moitié des hommes et pour moitié des femmes, pourtant la proportion homme/femme n'est pas égale, sur les 52 personnes interrogées 17 sont des hommes et 35 des femmes. Donc sur 17 hommes interrogés, 12 ont appris leur séropositivité suite à un épisode de maladie, soit 70% du groupe, plus des deux tiers. Quant aux 35 femmes interrogées, 12 ont indiqué cette circonstance comme chemin les ayant conduites à découvrir leur infection au VIH, soit un tout petit peu plus du tiers, 34 %.

Donc la maladie constitue à l'évidence une circonstance récurrente conduisant les hommes à apprendre leur infection au virus. Dans le chapitre précédent, nous avons subdivisé les hommes en deux sous-groupes. Le premier comprend les hommes qui opéraient une

anamnèse des conditions dans lesquels ils se pensaient infectés en référence à leur mariage (avant, pendant, après), ils sont 7. Le deuxième, est composé des hommes qui, n'ayant jamais été mariés, se positionnent en célibataire, soit 10 personnes. Parmi les 12 personnes ayant appris leur séropositivité suite à un épisode d'affection le plus souvent réelle et sérieuse, 8 appartiennent au groupe des célibataires et 4 à celui des hommes mariés. Ce qui signifie que 80% des célibataires ont découvert leur affection après une maladie contre un peu plus de la moitié pour les hommes mariés. Parmi les célibataires, les deux autres hommes ont découvert leur statut après un dépistage mobile, et suite à un séjour à Ent'ot'o Maryam . Parmi les hommes mariés, les autres circonstances sont : des rumeurs quant à l'infection de sa conjointe, la maladie suivie du décès de la conjointe, le dépistage mobile, et un dernier ne répond pas.

Du côté des femmes, la découverte de la séropositivité suite à une maladie concerne un tiers d'entre elles (12 sur 35). La première raison (15 femmes sur 35) qui sera développée dans la prochaine sous-section est la relation à l'autre. Dans le chapitre, les femmes ont été réparties en six groupes en fonction des conditions dans lesquelles elles pensaient avoir été contaminées : (1) les femmes imputant leur infection à leur époux, (2) les célibataires imputant leur contamination à leur petit ami, (3) une femme infectée dans le cadre des soins à un malade du sida, (4) les femmes contaminées à la suite d'un viol, (5) celles ne sachant déterminer l'origine de leur infection, et enfin (6) celles l'attribuant à leur « travail dans un bar ».

Il apparaît donc que la maladie conduisant au diagnostic d'une infection au VIH est une spécificité masculine et plus précisément des célibataires¹¹⁷. Les entretiens menés avec les célibataires révèlent une attention à la contraction des IST. En effet, plusieurs d'entre eux, (voir chapitre 7) ont associé prostituées et maladie sexuellement transmissible. Ils ont soigné une affection pensée comme faisant suite à une relation non protégée avec des travailleuses du sexe. Contrairement aux femmes pour qui la relation à une personne relativement proche conduit à suspecter leur possibilité d'être infectée, les hommes célibataires principalement, et un peu moins les hommes mariés, ne paraissent pas effectuer de retour sur eux dans ces conditions. Il semble même, mais cette assertion appelle de plus amples études, que cela soit le contraire. Ainsi, le parcours de cet homme de 37 ans, se sachant porteur du VIH depuis 8 ans, est, à notre sens, assez révélateur du processus de la mise à distance opérée avec la possibilité de l'infection annoncée par un tiers proche (ou connu) :

« Un jour, je travaillais à la fabrique de sucre de “Fincha”, je me suis sentis mal et ma vue s'est troublée. Je me suis rendu chez une docteure allemande et après le premier regard, elle m'a essuyé le front avec un papier mouchoir et elle m'a demandé de faire un test VIH. Je suis allé à Täklä Haymanot [hôpital public] et j'y ai appris que j'étais séropositif. [...] Question : avez-vous une idée de qui vous a infecté ? J'avais une amie avec qui on faisait l'amour. Un jour, je l'ai croisé par hasard dans la rue et je lui ai demandé d'où elle venait. Elle m'a dit qu'elle avait commencé l'eau bénite et elle m'a

¹¹⁷ Il est à noter et à rappeler que le plus grand nombre de catégories pour les femmes et de seulement deux pour les hommes est à notre avis significatif. Cette différence témoigne, nous estimons, d'un rapport des femmes aux hommes plus varié et plus complexe que l'inverse. Il semble que la palette des types de relations que les femmes disent avoir avec les hommes est bien plus large que celle des hommes avec les femmes. Cependant, cette assertion devra être vérifiée et faire l'objet d'études spécifiques.

suggéré de faire la même chose, elle m'a dit que l'eau bénite pouvait guérir toutes les maladies. Elle ressemblait presque à une nonne et deux mois plus tard environ, elle est morte. » (un HVVIH, 37 ans, ancien maçon, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Ainsi, l'invitation de son ancienne amante à réfléchir à son éventuelle contamination au VIH n'a pas poussé cet homme à se faire dépister, c'est l'apparition de symptômes de l'infection qui l'y a conduit. La période durant laquelle ces événements se déroulent est celle de l'augmentation dramatique de l'épidémie (entre le milieu et la fin des années 1990, MoH/DPCD, 2003), elle est concomitante d'une forte stigmatisation des PVVIH ainsi que du rejet et de la peur du VIH. Ces circonstances expliquent pour partie son attitude. Cependant, même plus tardivement, d'autres célibataires ont eu des pratiques qu'ils considèrent, à présent, comme les exposant à l'infection mais ne se sont pas fait tester pour autant, ils ont attendu d'être malades pour envisager cette éventualité.

I.1.d Le dépistage dans le cadre de la relation à l'autre : une particularité féminine ?

La circonstance de dépistage la plus récurrente chez les femmes est ce que nous avons qualifié de relation à l'autre. C'est-à-dire que ce ne sont pas les symptômes présentés par le corps, le mal porté par le soi individuel qui ont alerté ou conduit à effectuer un dépistage, mais ce sont des marqueurs, des signes extérieurs aux corps personnels ou liés à celui-ci mais impliquant un tiers. Ces circonstances sont : la grossesse, le veuvage ou décès du conjoint, les rumeurs à son propos, le décès de proche (amie ou famille), celui d'un enfant, et enfin avant une relation longue. Les femmes invoquant l'une de ces situations sont 15 sur 35 soit 43% (près de la moitié) des femmes. La migration est une circonstance invoquée par 5 femmes sur les 35, représentant 14 % des occasions. Il apparaît donc que l'apparition des symptômes ou la maladie (34%) constituent la deuxième raison invoquée pour se faire dépister.

Le cas de la grossesse est en effet quelque peu ambivalent, les femmes portent en leur sein et « font l'enfant », mais en même temps, les enfants auxquels elles donnent vie étaient souvent considérés comme une réalité extérieure à elles, ce que corrobore

« La pratique de la prophylaxie de la transmission mère-enfant sans attribution aux mères de traitements antirétroviraux pour elles-mêmes. » (Desclaux et al., 2011 : xx)

Aujourd'hui, cette pratique est de moins en moins fréquente. Parmi les circonstances, impliquant la relation à un tiers proche, le dépistage suite au décès du conjoint est le plus fréquemment cité. Ainsi, plusieurs femmes ont expliqué :

« Après avoir perdu mon mari, j'ai décidé d'aller donner mon sang pour le test » (deux FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Cette situation n'est pas propre à l'Éthiopie, S. Le Cœur et ses coauteurs l'ont dégagé en Thaïlande (2011). Parmi les autres événements liés à un tiers proche et ayant conduit les femmes à se faire tester au VIH, une femme l'a fait suite à des rumeurs à propos du conjoint, deux femmes se sont fait tester après le décès d'un proche, une amie et une sœur. Ainsi, cette jeune femme a fait le test suite au décès de son amie : « J'avais une amie intime, quand je l'ai perdue, j'ai eu peur et j'ai fait le test. ». Elle explique ensuite que durant son voyage de Gondar à Addis Ababa avec cette amie, elles furent à cours d'argent dans une ville étape. Afin

d'obtenir de l'argent, elles ont passé la nuit avec des hommes « qu'elles ne connaissaient pas », et elle impute sa contamination à cette relation. Cette autre jeune femme raconte :

« Quand ma sœur est décédée, j'ai décidé de faire le test. Ma sœur n'a épousé qu'un homme, mais elle est morte, j'ai alors décidé d'aller donner mon sang, parce que moi, j'ai épousé deux hommes. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam , mars 2008)

Une autre femme dit s'être fait tester suite au décès de son mari et de son fils (Une FVVIH, 'Uraél, août 2008). Deux femmes se sont fait dépister après le décès d'un enfant, et enfin, trois femmes ont effectué un dépistage dans le cadre ou avant une relation longue et stable avec un compagnon.

Les autres situations ayant amené les femmes à se faire tester au VIH sont le dépistage mobile, un séjour à Ent'ot'o Maryam et suite à un viol. Ces raisons, concernant les femmes seules, elles supposent une réflexion sur elles-mêmes, leur corps, le retour sur soi peut être induit par la relation aux autres, comme cette femme s'étant fait dépister suite à un séjour à Ent'ot'o ou celle suite à un viol. Ces deux cas sont donc des situations frontières dans la catégorisation opérée ici et révèle ses limites et la fluidité des rapports soi-autre, ainsi que l'interaction inhérente aux relations humaines.

Quoiqu'il soit possible de recourir au concept d'idéal-type pour asseoir la « fixation » des catégories construites, ici, il nous semble plus pertinent de les considérer comme une proposition en cours d'élaboration que des travaux ultérieurs pourront éventuellement permettre de retravailler. Toutefois, cette catégorisation a, comme le note P. Bourdieu

« La vertu de désigner à la fois une unité sociale [...] et une structure cognitive et de manifester le lien qui les unit. C'est la concordance entre les structures objectives et les structures cognitives, entre la conformation de l'être et les formes du connaître, entre le cours du monde et les attentes à son propos, qui rend possible ce rapport au monde. » (1982: 21-22)

De même, nous n'avons fait ici que poser les bases d'une proposition qui à notre sens devra être approfondie et affinée. Elle peut être synthétisée ainsi : les femmes envisagent leur corps principalement dans la relation à l'autre, les hommes directement et pour eux-mêmes.

Parmi les autres raisons indiquées pour éviter les dépistages, la peur de la stigmatisation est indiquée, non de manière systématique, mais par quelques personnes. Cette stigmatisation des PVVIH est une thématique, récurrente et balisée (pourrait-on dire presque routinière) dans les sciences sociales du sida, si bien que de nombreux de ses aspects (les marqueurs, les causes, les représentations du VIH qu'ils révèlent, les conséquences) sont désormais bien connus. Nous voudrions ici non pas questionner, poursuivre les analyses quant à la stigmatisation pour les tester sur le terrain éthiopien, mais plutôt interroger ce processus sous l'angle d'un autre concept, d'une autre dynamique : la liminalité.

I.2 De l'annonce de la séropositivité à la liminalité induite par l'infection au VIH : un autre visage de la stigmatisation

L'apprentissage de la contamination au VIH constitue, d'après D. Sylvestre, F. Leguil et F. Linard, « une rupture pour le sujet » (1989). Quoiqu'en Occident depuis 1996 et en Ethiopie depuis 2006, les traitements aient changé les représentations du VIH, l'annonce de

l'infection place la personne dans une situation particulière, la met face à l'expérience de la maladie. J. Pierret rappelle à la suite de R. Frankenberg que :

« Toute expérience de la maladie est une confrontation aux métaphores produites et imposées par la société, selon l'anthropologue anglais Ronald Frankenberg (1988) » (Pierret, 2006 : 19)

A ce titre, il apparaît que le VIH demeure une maladie discriminante et/ou stigmatisante, (Langlois, 2006 ; Pierret, 2006 ; Egrot, 2007 ; Vigne, Schutlz, 2008 ; Nguyen, 2010 ; Desclaux et al., 2011) quoique celle-ci soit moindre qu'il y a quelques années (Ouattara, Gruénais et al., 2004). En Ethiopie, la diminution de la stigmatisation des PVVIH est sensible. Au plus fort de l'augmentation de l'épidémie au VIH, au milieu des années 1990, c'est le silence qui prédomine (Vidal, 1996 ; Shinn, 2001) puis au début des années 2000, au moment de la (re)politisation de l'épidémie, une stigmatisation importante des PVVIH s'est fait jour, (*ibidem*), pour enfin décroître depuis quelques années sous l'effet conjoint des campagnes de prévention et de la distribution des ARV (Mengistu, 2007 ; voir chapitre 2 et chapitre 6). Mais qu'elle que soit l'expérience de stigmatisation vécue par les PVVIH en Ethiopie, un nombre certain, quoique impossible à évaluer, d'entre eux se sont rendus sur un site d'eau bénite pour y trouver la « guérison » et la « rédemption ». Ces sites d'eau bénite sont des lieux hors du monde dans lequel des communautés de malades ou de *tsäbältägnas* vivent ensemble créant des espaces de solidarité. Les règles de vie religieuses qui régissent l'existence, le caractère éloigné du monde, et cette solidarité entre les membres, s'apparentent, comme nous l'avons montré ailleurs (Hermann, 2010 ; 2012), à une laïcisation du monachisme extra-mondain. En tant qu'espace hors du monde, de communauté fraternelle (Weber, 1988), ou d'hétérotopie au sens foucauldien du terme (Foucault, 1984), l'assimilation à une telle communauté est, d'une certaine manière, ritualisée. Devenir *tsäbältägna* et vivre hors du monde est un statut, son acquisition rappelle les « rites de passages » impliquant dès lors une étape particulière : la liminalité. Ainsi, les PVVIH devenant des *tsäbältägnas* cumulent deux types de liminalité, une première liminalité induite par le VIH qu'ils vont retraduire en une liminalité religieuse en acquérant le statut de *tsäbältägna*.

Le concept de liminalité est employé tant dans les sciences sociales du fait religieux que par les sciences sociales de la santé et plus particulièrement du sida. Toutefois ces derniers y recourent moins et usent plus souvent des notions de stigmaté, stigmatisation et de discrimination.

Traiter de ou simplement évoquer ces notions appelle un inévitable retour aux définitions établies par E. Goffman (1963). Ceci sachant que depuis cette étude pionnière, ces concepts de stigmaté, de stigmatisation et de discrimination sont devenus pluriels (Link and Phelan, 2001 ; Parker & Aggleton, 2003) voire comme le note H. Deacon, I. Stephney et S. Prosalendis, « élastiques » (2005 :14). Les travaux de E. Goffman l'ont amené à définir la stigmatisation comme un processus par lequel un groupe fait passer un individu ou un groupe entier, de "normal et habituel" à "souillé, discrédité" ("a tainted, discounted one"). E. Goffman montre que le rejet et le discrédit entourant les personnes stigmatisées, alors qualifiées d'"autres" ont pour effet d'asseoir la "normalité" du groupe et des individus qui la composent, légitimant ainsi, non seulement le groupe, ses valeurs et sa cohésion, mais aussi le rejet des "autres". Selon E. Goffman, le terme 'stigmaté' sert

« A désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en terme de relations et non d'attributs qu'il convient de parler » (1975:12).
« Un stigmaté représente donc en fait un certain type de relation entre l'attribut et le stéréotype » (1975:14).

Le stigmaté est le résultat d'un « désaccord particulier entre les identités virtuelles et réelle. » (1975:12). Il ajoute,

« Le terme stigmaté ainsi que ses synonymes dissimulent deux points de vue : l'individu stigmaté suppose-t-il que sa différence est déjà connue ou visible sur place, ou bien pense-t-il qu'elle n'est ni connue ni immédiatement perceptible par les personnes présentes? Dans le premier cas, on considère le sort de l'individu *discrédité*, dans le second celui de l'individu *discréditable*. » (1975:14)

L'usage de la notion de stigmaté pour qualifier la situation des PVVIH dont le statut sérologique est connu ou soupçonné est donc récurrent. Celui de liminalité beaucoup moins, toutefois, plusieurs auteurs des sciences sociales de la santé l'ont employé soit pour les maladies chroniques comme le cancer (Saillant, 1988 ; Sarradon-Eck, 2005), le handicap (Calvez, 1994 ; Murphy, 1990) ou encore la douleur (Jackson, 2005), soit enfin, pour l'infection au VIH (Bloom, 1997). M. Calvez remet en cause l'approche de E. Goffman, quant au stigmaté, trop liée selon lui à la sociologie de la déviance :

« La limite de cette approche réside dans l'absence de prise en compte d'autres contextes sociaux présentant des solutions alternatives pour traiter les attributs de la différence. Une limite complémentaire réside dans la perception des attributs en terme de discrédit. Certes les individus stigmatés peuvent tenter de retourner l'attribut discréditant et en faire le symbole d'une identité valorisée ; mais cela suppose toujours un modèle dualiste. » (1994 : 68)

Cette remise en cause de l'emploi de la notion de stigmaté semble particulièrement pertinente pour le handicap. Il n'est pas tout à fait sûr qu'il en soit de même pour l'infection au VIH. Toutefois, recourir à la notion de liminalité, et de manière complémentaire à celle de stigmaté permet de déplacer le problème ou de l'aborder sous un autre angle. A ce titre, nous avons suivi la démarche de M. Calvez, et sur la base d'un grand nombre d'homologies, l'avons appliqué à l'infection au VIH. Pour le handicap comme pour l'infection au VIH, ces deux notions désignent

« Un rapport social qui exploite une déficience physique ou mentale de l'individu pour instituer sa mise à l'écart des relations sociales ordinaires. La spécificité de ce rapport réside dans l'absence d'attribution d'une autre place. La liminalité désigne cette situation de seuil dans laquelle l'individu flotte dans les interstices de la structure sociale. » (1994 : 61)

Cette absence d'attribution est sensible dans de nombreux contextes pour l'infection au VIH. Ainsi, J. Pierret montre que le sida conduit à une gestion de la maladie « qui dépasse le seul monde médical et concerne toutes les sphères de la vie sociale » (1997 : 98). E. Langlois parle du sujet fragile (2006), M. Egrot de la « peur d'une mort sociale annoncée » (2007 : 51) et L. Nyblade et ses coauteurs d'une perte d'identité et de rôle social advenant après l'annonce (2003 :31). Dès lors, cette transformation de l'existence, suite à l'annonce de l'infection présente des similarités avec le handicap en ce qu'elle est une désignation sociale d'invalidité, et met en jeu une déficience :

« Comme les autres désignations sociales de déficiences tels l'infirmité, l'invalidité ou le retard mental, le handicap renvoie à un rapport social qui prend appui sur la condition organique ou mentale d'individu pour instituer une différence irréductible et pour leur assigner une place sociale à part en leur imputant la cause de leur exclusion. Les usages sociaux de la catégorie du handicap se rapportent à ce que Bourdieu appelle des "*rites d'institutions*" qui exploitent des différences entre personnes pour créer une séparation arbitraire que la culture fait apparaître nécessaire. La fonction essentielle de ces rites est de "*séparer ceux qui l'ont subi non de ceux qui ne l'ont pas encore subi, mais de ceux qui le ne subiront en aucune façon et d'instituer ainsi une différence durable entre ceux que ce rite concerne et ceux qu'il ne concerne pas.*" (Bourdieu, 1982) ». (Clavez, 1994 : 63)

Cependant, pour l'infection au VIH, la tendance à la baisse de la stigmatisation, la banalisation de la maladie induite par l'existence des ARV (Sebton, 2000) ainsi que sa chronicisation (Fee, Fox, 1992) nous conduisent à relativiser la prégnance de ces « rites d'institutions ». Il demeure, par contre, évident que les personnes séropositives sont considérées comme sortant de la normalité. Ce qu'atteste l'emploi par J. Pierret (2006) et par M. Vigne et O. Schlutz (2008) de guillemets pour parler de la « normalité » des sujets infectés ou encore du balisage « quantitatif » de la perception des patients sur leur état de santé par les chercheurs ayant mené l'enquête ANRS-VESPA (Peretti-Watel et al., 2008). Ces tâtonnements, témoignent, à notre sens, d'une difficulté d'assignation d'une place aux PVVIH, de la fluidité de leur positionnement. A titre d'exemple, les titres mêmes de l'ouvrage de J. Pierret rendent compte de la difficulté de qualifier les situations auxquelles les PVVIH font face : qu'il s'agisse des stratégies mises en place par les PVVIH pour « vivre avec une maladie mortelle le plus normalement possible » avant l'arrivée des thérapies antirétrovirales puis après, de la « persistance du maintien du secret malgré un changement de signification » ou encore d'« une vie normale sous contrainte » (2006 : 37 ; 51 ; 99). Ces éléments attestent du fait que les personnes infectées par le VIH sont en dehors-pas tout à fait en dehors, normales-pas tout à fait normales, bref, elles sont en situation de liminalité et ce que M. Calvez montre pour le handicap paraît transposable à l'infection au VIH puis au sida déclaré :

« Dans le schéma du passage d'un statut à un autre chez Van Gennep (1981), cette situation de seuil est qualifiée de liminalité. Au niveau structurel comme à celui de l'expérience des individus, la liminalité permet de désigner la configuration sociale spécifique qui caractérise le handicap. » (Calvez, 1994 : 63)

L'emploi de la notion de liminalité permet dès lors de rendre compte du fait que l'individu se trouve dans une situation d'entre deux, il a été séparé de son statut « normal » et n'a pas encore acquis le deuxième. « L'individu se trouve alors dans une situation spéciale pendant un temps plus ou moins long : il flotte entre deux mondes » (*ibid* : 74) « dans les interstices de la structure sociale » (*ibid* : 61).

M. Calvez s'appuie sur les travaux de Murphy (1990 cité par Calvez, 1994 : 74) tétraplégique qui récuse l'usage de la notion de stigmaté, par trop liée à celle de déviance, de criminalité et lui préfère celle de liminalité qui intègre des dimensions symbolique et culturelle.

« Les représentations culturelles des déficiences s'insèrent dans la vie sociale sur deux plans, l'un structurel, la situation de seuil, et l'autre expressif des perceptions de crainte, de contagion, de répulsion. Le concept de liminalité englobe ces deux dimensions. Le

cœur de l'approche réside dans l'idée que, par leur déficience physique, les personnes handicapées ont perdu leur condition humaine ordinaire, mais qu'elles n'ont pas pour autant gagné un autre statut stabilisé et reconnu dans l'ensemble du social. Elles échappent aux classifications par lesquelles l'ordre social d'une communauté prend forme. Elles ressortissent alors à la catégorie des êtres marginaux. » (*ibid* : 74-75)

Le recours à la notion de liminalité pour désigner le « statut » des PVVIH, plus tout à fait normal, nous a donc semblé pertinent à deux titres. Comme Calvez (1994) et Murphy (1990) le mettent en lumière, le concept de liminalité englobe, rassemble des composantes culturelles et symboliques. Dès lors, cette notion constitue une porte d'entrée intéressante pour considérer le phénomène sida ou l'infection au VIH, selon les approches et perspectives conjointes de l'anthropologie de la santé et de la religion. En effet, la notion de stigmatisation n'est guère traitée en sciences sociales du fait religieux, contrairement à celles de liminalité et de *communitas* (Turner, Turner, 1978 ; Sallnow, 1981 ; Turner, 1990 ; Coleman, 2002). Ensuite, il permet de déplacer la focale du processus de stigmatisation, de la mise au ban, vers les réponses sociales, culturelles et symboliques que la société et la culture éthiopienne offre aux PVVIH. On peut alors aborder la question de la cure par l'eau bénite sous un autre angle et poser les questions suivantes : quel(s) statut(s) cette société octroie au PVVIH et à quelles conditions ? Quelle réponse fournit-elle à l'infection ?

Il apparaît dans ces circonstances que le départ vers un site d'eau bénite pour « guérir » du VIH, est bien plus qu'une simple recherche de solution physique et corporelle individuelle, elle s'inscrit dans la structure sociale, culturelle et dans la symbolique éthiopienne du VIH et plus généralement de la maladie, du mal et du malheur.

I.3 Du choix du départ au choix du site d'eau bénite : une sortie du monde ritualisée

Si tous les PVVIH disent s'être rendu sur un site d'eau bénite pour y trouver la « guérison » et la « rédemption », les circonstances les ayant conduits à s'y rendre, sont diverses et multiples. Parmi elles, la stigmatisation n'est pas toujours un élément sinon déterminant du moins central. Par contre, le choix de se rendre sur un site s'inscrit dans une conception du christianisme éthiopien, de l'eau bénite et de la guérison particulière qu'il s'agit dans les sections ultérieures et dans le prochain chapitre de mettre en lumière et de soumettre à l'analyse.

I.3.a De la stigmatisation à la liminalité : le vécu des PVVIH devenant *tsübältägnas*

Un nombre certain de PVVIH rapporte avoir vécu des expériences de stigmatisation, variant entre le rejet objectif et massif par la famille et des remarques plus diffuses de la part de proches. Le questionnaire soumis à 52 personnes, révèle que 22 personnes disent avoir été stigmatisées (soit 42 %), parmi elles, 17 sont des femmes et 5 sont des hommes. Il apparaît donc que les femmes en sont plus victimes. En terme de pourcentage (et là encore, il n'est nullement question de mener une analyse statistique), 30% des hommes ont été stigmatisés contre 49% des femmes. Inversement, 7 hommes sur les 17 interviewés ont révélé leur statut

sans subir en retour de discrimination (soit 41%), et seules 6 femmes sur 52 soit (17%) ont été dans cette situation.

Ce constat n'est pas sans rappeler et peut être considéré comme la conséquence (ou s'articuler à), des règles régissant la sexualité des femmes et principalement des jeunes femmes. Nous avons vu que les jeunes femmes étaient les personnes dont la sexualité était la plus encadrée, la plus soumise au contrôle social, tandis que les hommes en général, et dans une moindre mesure les jeunes hommes, étaient incités à avoir des partenaires sexuels avant de se marier. Incidemment, les jeunes femmes sont celles qui souffrent le plus de la stigmatisation.

« Je sais que je suis séropositive depuis un an et six mois. Ma famille m'a forcée à faire le test car ma tante voulait m'envoyer dans les pays arabes pour travailler. Je suis venue à Ent'ot'o Maryam dès que j'ai su que j'étais atteinte. [Question: te sens-tu stigmatisé ou discriminée depuis que tu es séropositive?] Oui, par ma famille. Depuis que j'ai contracté la maladie, ils m'ont emmenée ici et ils ne me rendent jamais visite. Quand je vais chez eux, les gardiens et les servantes ne me laissent pas rentrer. Je l'ai dit à mes parents car ils devaient savoir, puis à mes amis. Car lors de l'annonce, mes parents m'ont jeté un mauvais regard, et comme je me sentais très perturbée, j'en ai parlé à mes amis. Mes parents m'ont dit: "c'est de ta faute, tu l'as attrapé car tu déambulais avec des voyous". » (une FVVIH à Ent'ot'o Maryam , juin 2008)

« Question : Pensez-vous que la société vous considère comme une personne coupable ? Oui, il y en a beaucoup qui parlaient de moi. Ils disaient "elle est une voyou, une *duryé*", les gens n'arrêtaient pas de parler et de ricaner » (une FVVIH à Shenquru Mikael avril 2008)

Le terme amharique *duryé*, que l'on peut traduire en français par "voyou", est associé à l'idée de mal se comporter, de ne pas respecter les autres et les règles sociales, ses parents principalement, de traîner dans les rues, de boire, de fumer, de consommer du *khat*. Cela va souvent avec un comportement sexuel peu conforme aux attentes sociales (pour les filles comme les garçons) mais n'est pas réductible à ce comportement. Il s'agit d'une attitude plus générale.

Parmi les raisons invoquées pour stigmatiser, la peur de la contagion est fréquente et touche autant les femmes que les hommes:

« J'ai une tante à qui j'ai rendu visite. Elle m'a demandé de sortir parce qu'elle avait peur que j'infecte ses enfants. » (un HVVIH à Ent'ot'o Maryam , décembre 2007)

L'absence de stigmatisation (11 personnes sur 52) est souvent corrélée avec la venue sur un site d'eau bénite qui permet, d'une certaine façon, d'obtenir le pardon social et de couper court à toute accusation de comportement non conforme aux attentes de la société, voire même rassure l'entourage :

« Ma famille sait que je suis HIV+, ils sont content pour moi que je sois ici, ils ne veulent pas que je parte. Ils étaient très tristes à cause de ma situation mais maintenant ça ne les préoccupe pas trop. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam , mars 2008)

« J'ai une marraine qui m'a stigmatisée un peu parce qu'elle n'avait pas de connaissance, mais après elle a reçu des cours de sensibilisation et ça va pour elle. Ma famille sait que je suis séropositive, elle était un peu triste pour moi mais ils sont contents que je sois ici. » (une FVVIH Ent'ot'o Maryam , mars 2008)

« Quand on m'a annoncé que j'étais séropositif et que mon CD4 était de 773, je n'ai pas voulu recevoir de counselling, je suis parti acheter du poison, mais grâce aux conseils de mon père, je suis venu à l'eau bénite » (un HVVIH, Shenquru Mikaél, juin 2008)

Le choix de se rendre sur un site d'eau bénite et de commencer une cure par l'eau bénite est donc hautement valorisé. Dès lors, il pourrait s'apparenter à une forme de « salut » social, symbolique, religieux, corporel, une réponse complète à l'infection au VIH.

I.3.b Le choix du départ

Tous les PVVIH ne se sont pas rendu immédiatement après l'annonce sur un site. Au regard des entretiens menés sur les sites d'eau bénite, trois cas de figures émergent : (1) ils se rendent sur un site immédiatement après l'annonce, ou (2) leur départ est différé de quelques semaines à quelques mois, ou enfin, (3) c'est plusieurs années après qu'ils se rendent sur un site. Ces différences témoignent toutes de l'expérience de l'affection au VIH, du rapport au VIH, à l'eau bénite et à la foi.

L'annonce représente, pour plusieurs hommes comme femmes, un choc réel :

« C'était un tel choc, je n'entendais pas ce que les médecins me disaient » (un FVVIH, Ent'ot'o Maryam, avril 2008) ,

« Je suis allé acheter du poison », (un HVVIH, Shenquru Mikaél, juin 2008)

« Après je marchais sans but au milieu des voitures, je ne savais plus ce que je faisais », (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam , mai 2008)

« J'avais perdu tout espoir parce que je ne voulais pas voir mes enfants mourir de faim. J'ai voulu m'étrangler et j'ai même pris de la mort aux rats, mais comme je crois en Dieu, j'ai gardé espoir et je suis allé à l'eau bénite. » (un HVVIH, 'Uraél, octobre 2005)

Cependant, aucun lien entre ce choc et le fait de se rendre sur un site d'eau bénite immédiatement après n'a pu être établi. Il apparaît plutôt que le facteur le plus décisif soit la connaissance préalable de la possibilité de « guérir » du sida sur un site d'eau bénite. Ainsi, une femme rapporte avoir vu dans un magasin une annonce, une affiche relatant les témoignages de personnes ayant obtenu la guérison sur un site. Une autre connaissait les capacités du *tsäbäl* bien avant de venir :

« Depuis l'âge de sept ans, j'ai grandi en respectant et en appliquant les règles de la religion (carême), et j'aime beaucoup aller à l'Eglise. Quand la femme médecin m'a dit que j'avais "HIV/AIDS", je lui ai dit que je serai guérie par le *tsäbäl*. La docteure était protestante et elle s'est moquée de moi alors. Elle m'a conseillé d'emmener le papier de mon test avec moi parce que je pourrais aller demander de l'aide dans les ONG, mais j'ai refusé. Je suis partie de l'hôpital sans le papier. Puis j'ai choisi Ent'ot'o Maryam par le système de loterie [...] puis je suis venue. » (une FFVIH, Ent'ot'o Maryam , avril 2008)

Dans d'autres situations, c'est un proche, une amie, un père « grâce aux conseils de mon père, je suis venu ici », une famille qui conseille à la personne de se rendre sur un site, ou qui l'y amène directement. La solution de guérir grâce à l'eau bénite apparaît comme première,

immédiate, elle fait sens tout de suite et rend compte de la prégnance de la foi en une « guérison » du sida par l'eau bénite.

Dans le deuxième cas, les personnes se rendent sur un site quelques temps après l'annonce, entre quelques semaines et plusieurs mois (de un à six). Parmi elles, on trouve ceux qui connaissaient également la capacité de guérir de l'eau bénite mais qui ont soit du d'abord organiser leur départ, soit la solution leur a été rappelée dans diverses circonstances (amis, sermon/enseignement religieux, songe, personne proche qui s'y rend). Ainsi, un homme de 33 ans se sait séropositif depuis un an, et est depuis 6 mois à Ent'ot'o Maryam. Ce sont ensemble les rumeurs sur les guérisons du sida à Ent'ot'o Maryam et un rêve qui l'ont décidé à venir ici, avant cela, il vivait avec sa femme et ses enfants, son épouse est au courant de sa séropositivité et s'inquiète pour lui. Il a vécu une expérience de stigmatisation par la famille de sa femme, en venant ici, donc en étant déjà dans le processus de sortie du monde.

Enfin, dans le troisième cas, un certain nombre d'entre eux, (le plus petit groupe) s'est rendu sur un site de un à trois ou quatre ans après l'infection. Pour certains, parce qu'ils ne connaissaient pas le pouvoir de l'eau bénite de guérir le sida, pour d'autres parce qu'ils hésitaient, d'autres enfin avaient une famille à charge et ne pouvaient/voulaient les laisser. Par exemple, cette jeune femme s'est rendue sur un site d'eau bénite un an après l'annonce de sa séropositivité, elle a d'abord été malade puis à la suite de cet épisode a perdu son emploi et s'est ensuite fait dépister au VIH. Elle a loué une chambre et vécu en travaillant en tant que travailleuse journalière. Puis un jour, elle décida de venir à Ent'ot'o Maryam, elle avait entendu parler de cet espace avant, mais ne s'était pas encore décidée. Un autre homme se sait porteur du virus depuis deux ans, ce sont ses voisins et sa communauté qui l'ont convaincu de venir sur un site pour trouver la « guérison ». Ensuite, un homme a été hospitalisé suite à un épisode de maladie important au cours duquel il a découvert sa séropositivité au VIH, il avait perdu son emploi et fut recueilli par l'association et le dispensaire de « Mother Theresa ». Là les gens mourant en nombre important et un songe dans lequel l'ange 'Uraél lui indiqua qu'il pourrait trouver la guérison grâce à l'eau bénite le convainquirent de se rendre sur le site de 'Uraél.

Il ressort donc que les circonstances qui ont conduit les PVVIH à se rendre sur un site d'eau bénite sont très variées, et qu'il est difficile de schématiser les situations, qui font également appel à des sensibilités personnelles et intimes. Par contre, la foi en la cure par l'eau bénite n'est jamais remise en cause, et nous reviendrons très largement sur ce point en dernière section du chapitre. La plupart des personnes à qui il a été rappelé ou auxquelles il a été signalé cette possibilité n'ont jamais « douté » de la possibilité d'une « guérison » par l'eau bénite. Seulement l'adaptation à leur cas semble faire l'objet de doute ou d'incertitude, et l'entrée dans ce processus est initiée par divers éléments parmi lesquels la rupture avec ce qui constituait leur vie « normale » est un facteur important.

En effet, quelques personnes ont essayé de conserver une vie normale après l'annonce de leur séropositivité. Ainsi, cette femme tenancière d'une *t'ela bét* rapporte avoir eu l'habitude de voir une grande quantité de la boisson qu'elle préparait être finie en une journée, mais après le test, plus personne ne venait chez elle (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008). Si ce n'est pas cet événement qui l'a conduite à se rendre à Ent'ot'o Maryam, il a appuyé sa décision et témoigne de la stigmatisation et de la perte de statut social suite à l'annonce et la révélation de l'infection au VIH. L'annonce de la séropositivité conduit à la stigmatisation certes, mais ce

phénomène peut être lu comme une attitude liminalisante, comme la perte de statut, une séparation d'avec le monde normal. Cette situation est similaire dans d'autres contextes d'Afrique de l'Est. En Ethiopie, en Tanzanie et en Zambie L. Nyblade et ses coauteurs établissent :

« De plus, une fois que leur séropositivité au VIH est connue, les PVVIH sont parfois traités comme si soudainement, ils avaient perdu leur capacité à assumer leur fonction tant physiquement que mentalement. Ils perdent le pouvoir, le respect, et le droit de prendre des décisions ayant trait à leur propre vie, et plus spécifiquement, perdent leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes (cette situation sensible à travers les conseils autour de leur bien-être, par exemple "ne bois pas, ne fume pas, n'ai pas d'enfant")¹¹⁸. » (2003 :31)

La venue sur un site d'eau bénite fait suite pour de nombreuses personnes à une perte de statut, à une séparation d'avec les personnes « normales », pleinement humaines et pouvant pleinement vivre normalement. Cette situation n'est pas sans rappeler l'existence du statut de malade mis en lumière par T. Parsons (1951) et telle que rappelée par F. Meyer :

« La première étape d'une maladie en tant que phénomène social est la communication à d'autre par la parole et un comportement souvent culturellement homologué. Le sujet accède ainsi au rôle social de malade qui se caractérise par la reconnaissance de son incapacité involontaire à remplir ses fonctions sociales habituelles. Ce rôle a des implications très diverses selon les cultures et les contextes particuliers : activation de solidarités, marginalisation, intégration à de nouvelles structures sociales (hôpital, couvent de lignage, confrérie religieuse), accès à un nouveau statut (thérapeute, chamane) ou à des modes d'expression qui ne sont légitimés que dans le contexte de la maladie (possession institutionnalisée). » (2004 : 437)

L'infection au VIH présente toutefois certaines particularités. D'abord, elle peut être asymptomatique pendant un temps assez long, rendant délicate et complexe l'identification à un statut de malade. Ensuite, et à l'instar du handicap, ce statut de malade, de porteur du VIH, n'est pas réversible, il n'est pas temporaire, et interroge incidemment sur justement, le statut, l'espace dans lequel les personnes porteuses du VIH sont placées, se placent. M. Calvez emploie, il nous semble à très juste titre, l'expression « interstices de la structure sociale » (1994 : 61) pour désigner cet espace.

Nous estimons qu'en réponse à cette perte de statut, les PVVIH se rendent sur un site d'eau bénite, pour y chercher la guérison. C'est à dire que plutôt que de rester dans ces « interstices de la structure sociale », ils vont, nous allons le voir, endosser un statut social identifié, respecté, qui leur permet de sortir de ce « no man's land » et qui en outre, peut déboucher également (quoique éventuellement) sur une guérison signifiant réintégration dans le monde normal.

Par ailleurs, ce choix d'une thérapie spirituelle s'inscrit dans un itinéraire thérapeutique (Laplantine, 1986 ; Janzen, 1995 ; Massé, 1997 ; Marcellini et al., 2000). Pour la grande majorité des personnes interviewées, et en l'absence de cure pour cette affection, il est souvent le premier choix, et moins souvent le deuxième (un homme dit s'être rendu chez les

¹¹⁸ La traduction est notre fait.

médecins traditionnels et une femme a commencé les ARV puis les a arrêtés pour prendre le *tsäbäl*).

Ainsi, le départ vers ces sites entérine une rupture avec l'ancienne vie, de laquelle ils ont été parfois déjà séparés par l'environnement social. Le choix de se rendre sur un site n'est toutefois pas toujours immédiat et nécessite une préparation. Plusieurs personnes rencontrées ont expliqué avoir vendu un terrain, rassembler l'argent nécessaire, préparer les effets de première nécessité pour y vivre (vêtements sobres, lits, brûleurs pour préparer les repas, couvertures, etc.) de nombreux mois, voire le restant de leurs jours.

I.3.c Le choix du site (réputation, "loterie", "songe" ou entourage)

Il existe en Ethiopie un grand nombre de sites d'eau bénite, plus ou moins généralistes, plus ou moins réputés. S'est donc posé la question des manières dont les personnes choisissaient le site sur lequel se rendre ou plus exactement, les techniques de choix sont apparues d'elles-mêmes des entretiens menés. Trois moyens ont émergé : la réputation du site relayé dans certain cas par l'entourage, la "loterie" et enfin, le songe.

La réputation d'un site fait appel à deux éléments. D'abord la connaissance, l'expérience, largement partagée par les Ethiopiens selon laquelle l'eau bénite « guérit » de toutes les maladies mais également du sida (Fassin, 1992 ; Berger, Luckman, 1996). Ensuite, certains sites sont plus réputés que d'autre, pour toutes les affections, ou comme dans le cas de Ent'ot'o Maryam pour sa spécialisation dans la cure du sida. Comme il a été rappelé en introduction de cette partie, le terme 'croyance' n'est pas employé ici, car justement, il ne rend pas compte de ce que vivent les Ethiopiens et dans les premiers temps de cette enquête, son usage, nous a même éloigné des conceptions éthiopiennes de la foi, et des modalités de l'intervention divine. Il a été rappelé dans le chapitre 3 (section 3) que les Ethiopiens considéraient que

« La plupart des évènements adviennent par la volonté de Dieu et que rien ne peut se produire sans sa volonté » (Cruise, 1995 cité par Getnet Tadele, 2006 : 91)

L'existence de l'eau jaillissant déjà bénite par le divin et capable de « guérir n'importe quelle maladie pour peu que l'on ait la foi » s'inscrit dans cette conception de Dieu, de l'existence. Dieu peut tout, « guérir » un homme du sida, n'est incidemment pas un problème de capacité ou même de volonté divine, il le peut et peut aussi le désirer, puisqu'il a créé l'eau bénite à cette fin, selon cette conception. Cependant, entre la capacité de toutes les eaux jaillissant déjà bénites par le divin et la réputation de puissance d'un site, un écart existe. Il est systématiquement démenti tant par les fidèles que par les clercs et pourtant, autour de ces sites, des puissances de l'eau, des sites mêmes, des tensions font rage, des luttes intestines et sourdes entre les encadrants (églises, leaders charismatiques) suintent par moment. La réputation d'un site fait sa puissance et la puissance attire, créant une boucle vertueuse à laquelle aspirent plusieurs leaders de sites ou plusieurs églises, mais qui les dépassent parfois très largement. Tous les autres modes de choix d'un site présupposent une connaissance du site sur lequel la personne se rendra.

La deuxième manière de choisir un site est ce que les Ethiopiens nomment *et'a* que l'on peut traduire en français par "tirer au sort", "tirer à la courte paille" ou encore "loterie". C'est-à-

dire que le « sort » influence le choix. A notre connaissance, seules les femmes optent pour cette technique. Celle-ci consiste à sélectionner trois sites et à inscrire leur nom sur un morceau de papier, que l'on roule ou plie, et qui est ensuite placé dans un contenant. Ensuite, une tierce personne ou la même personne choisira un morceau de papier et se rendra sur le site indiqué.

La dernière possibilité est le songe. Contrairement à la loterie, ce mode de choix est plus souvent cité par les hommes, mais des femmes ont également choisi un site suite à cet évènement. Le "songe" renvoie à un motif fréquent sinon récurrent dans la culture éthiopienne. Rêver se dit en amharique *hélm* cependant, les Ethiopiens distinguent les songes, des rêves de type prophétique qui eux sont appelés *ra'ey*. Seules les personnes les plus saintes, moines, ermites, et éventuellement prêtres sont sujets à ces rêves, contenant une vision comportant un message de type religieux. Certains rêves ou songes sont particuliers : un personnage surnaturel, de caractère religieux intervient pour donner une indication, délivrer un message ou s'entretenir avec le sujet. Ainsi, il n'est pas rare d'entendre une personne, homme ou femme, expliquer que la Vierge lui est apparue dans un rêve et qu'elle lui a dit de faire telle ou telle chose, afin de résoudre son problème. Le Synaxaire Ethiopien, le Livre des miracles de Marie, les *kidan* (pacte accordé par Dieu à un moine ou un clerc méritant) contiennent tous des références à ces songes ou dans certains cas, à ces rêves prophétiques, *ra'ey*, dans lesquels des anges, la Vierge, un saint et pour les plus saints, Dieu directement, leur parlent ou les guident dans leur vie spirituelle, religieuse ou moins fréquemment leur vie courante.

Suite à ces évènements, ces messages, les personnes déjà en situation liminale du fait de leur infection au VIH, décident de quitter leur vie quotidienne, leur travail quand elles en avaient un, leur famille, leur maison pour se rendre sur un site d'eau bénite. Ce processus, le fait partir de chez elles, cette séparation de leur vie quotidienne s'apparente à une rupture, (plus exactement à une deuxième séparation, la découverte de la séropositivité étant la première), elles laissent derrière elles leur précédent statut social, en abandonnent oripeaux, étendards et signes en tous genres pour changer de monde, de vie, afin de transsubstantier leur rapport à l'existence en général et se concentrer sur leur âme.

I.3.d La liminalité : retour et croisement conceptuels

Ainsi, le départ vers un site d'eau bénite constitue la deuxième étape de la séparation avec le monde, A. Van Gennep nomme cette phase « préliminaire », elle consiste à séparer la personne avec son état antérieur, avant de la faire entrer en phase liminale à proprement parler. Cette phase préparatoire à la liminalité, qui consiste en une purification, et un abandon de ses anciens attributs est le plus souvent volontaire, décidée et voulue par l'aspirant au rituel. Dans le cas de l'infection au VIH, l'annonce constitue une première rupture et la deuxième phase, celle du départ vers un site, une réaction à celle-ci. Il apparaît donc, que la stigmatisation est cause et conséquence de cette séparation nette.

Recourir au concept de liminalité ne rend guère compte de la brutalité du phénomène, il nous semble donc plus judicieux de les combiner. La stigmatisation est présente, et rend compte du processus de mise à distance (de soi-même ou par le groupe), par contre, la liminalité décrit, il nous semble, mieux la situation dans laquelle les PVVIH se situent après l'annonce.

Considérer l'infection au VIH comme plaçant les individus et sujets dans une situation liminale permet, donc, d'introduire des variations, des degrés, bref de la souplesse dans la(es) position(s) qu'occupe(nt) les PVVIH ou dans lesquelles ils sont placés. Cette notion peut être combinée à celle de stigmatisation, qui implique une rupture, et permet de l'assouplir, de lui conférer une extension. En effet, la stigmatisation est subie par la personne même si elle tente de masquer son discrédit, ou ses attributs discréditables, elle ne choisit pas, et ne fait que réagir. E. Goffman étudie les stratégies ou les tactiques pour reprendre la terminologie de M. de Certeau (1990, t.1) mises en place par les sujets pour contourner et cacher l'attribut, il part de la possession de l'attribut et de l'interaction. Considérer l'infection au VIH sous l'angle de la liminalité permet de déplacer plus encore la focale sur la personne en analysant toutes les situations dans lesquelles elle se trouve comme autant de variation autour de la stigmatisation, la rupture, et le seuil ou *limen*.

Par ailleurs, V. Turner, lui-même, décline le concept de liminalité dans le cadre du spectacle et des grands rassemblements festifs et/ou populaires périodiques ou ponctuels, il qualifie ces moments et les personnes activement présentes dans ces événements de "liminoïdes" (Turner, 1992 : 57). Dans ces cas là, la liminalité est ponctuelle, hautement réversible, c'est là-même une de ses qualités. Si l'infection au VIH n'est pas réversible, elle place le sujet dans des situations variables, variantes autour de cette idée de liminalité, elle n'est certes plus "normale", mais cette absence ou cet écart à la norme, se décline entre deux pôles. Le premier est la rupture totale à la norme, la séparation atteint son paroxysme, que la distinction soit ressentie ou qu'elle soit vécue, elle est exemplifiée dans les cas où la personne a vécu des épisodes de forte stigmatisation, et se considère ou est considérée comme très différente de ce qu'elle était avant :

« [Question : Vous sentez-vous stigmatisés ou discriminés depuis que vous vous savez séropositif ?] J'ai vu dans mon village comment ils traitaient mal les personnes dont ils savaient qu'elles étaient séropositives. C'est la raison pour laquelle je suis parti pour venir ici. [Est-ce que des personnes savent que vous êtes ici ?] Comment pourrais-je le leur dire !? Ils me détesteraient, ils ne comprennent pas ce que signifie d'avoir HIV/AIDS. [Est-ce que certains de vos amis savent que vous êtes séropositif ?] Oh ! Je ne veux même pas penser à ça. Ils penseraient que je suis un voyou inutile. Comment peut-on vivre dans la communauté après ça. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

L'autre pôle est constitué des personnes qui tout en étant différentes, et guère plus "normales", n'ont pas vécue d'expérience de stigmatisation, et leur différence n'est que faible par rapport à la norme, la liminalité est dans ces cas-là, limite et faible.

« [Question : Vous sentez-vous stigmatisés ou discriminés depuis que vous vous savez séropositif ?] Non, et rien n'a changé avec ma famille. [Est-ce que votre famille sait que vous êtes à Ent'ot'o Maryam ?]. Oui, j'ai dit à ma femme quel était le résultat de mon test au VIH et je l'ai emmenée à l'hôpital où elle a été testée séronégative pour le sida. Ma femme est une bonne personne, elle a pris soin de moi et prendra soin de moi. [Est-ce que des personnes à Ent'ot'o Maryam savent que vous êtes séropositifs ?]. J'ai une bonne relation avec mon frère et avec ma femme. Mon frère m'aide beaucoup à la ferme et moralement, ils me donnent beaucoup d'énergie. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Enfin, la situation peut évoluer :

« [Question : Vous sentez-vous stigmatisés ou discriminés depuis que vous vous savez séropositif ?] Oui, pendant longtemps je me cachais de mes amis. Je n'aimais pas parler de ce qui m'arrivait, je préférais rester à l'église. Mais après avoir commencé à vivre ici [Ent'ot'o Maryam] et quand j'ai eu ma fille, les choses ont changé, je me sens bien et j'ai une vie sociale. [Est-ce que votre famille sait que vous êtes à Ent'ot'o Maryam ?] Oui. Ma famille a vu tous les changements dans ma vie. Ils ont vu une grande différence de ma santé, et de plus, Dieu m'a donné une enfant en bonne santé. Alors, ils pensent que je suis dans un endroit sûr, maintenant, je suis mariée, et ma famille m'aide dans toutes les situations. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Ainsi, employer à l'égard des PVVIH la notion de liminalité permet, nous pensons, d'insister sur le caractère réversible et variable de la "normalité" des PVVIH et des relations qu'ils entretiennent avec leur entourage, tandis que la notion de stigmatisation nous paraît avec M. Calvez (1994) et M. Murphy (1990), plus « figée » et comprenant moins de nuances. De plus, faire varier la liminalité en quantité (et en qualité, et c'est un point qui, ici, n'est que soulevé), permet de rendre de la multiplicité des situations sans les enfermer une fois pour toutes dans une « stigmatisation » certes réelle, mais non systématique, et elle-même pouvant, comme nous l'avons vu, changer de visage pour prendre des formes plus diffuses, rendant compte de l'existence de tensions, et d'aller-retour entre ne pas vouloir exclure et exclure quand même.

II. L'entrée sur un site d'eau bénite pour devenir *tsäbältägna* : un rite de passage ?

L'arrivée sur un site d'eau bénite évoque la période liminale d'un rite de passage. En effet, les personnes ont quitté leur domicile et leur ancienne vie, mais ne sont pas encore des *tsäbältägnas*, car ils ne vivent pas encore dans ces espaces hors du monde que sont les sites d'eau bénite.

Nous avons vu dans le chapitre 3 que si l'eau bénite était un « objet-élément » auquel les fidèles recouraient fréquemment, devenir *tsäbältägna* requiert une implication et un investissement bien plus conséquent que le recours ponctuel et/ou que le pèlerinage. Etre *tsäbältägna* est un statut social, un mode de vie, une marque identitaire qui s'acquiert certes facilement, mais non pas en un jour. Certaines étapes en marquent l'entrée, et l'endossement de ce statut n'est confirmé qu'après quelques jours de vie sur un site d'eau bénite. Il s'agit dans cette section de présenter cette entrée et les étapes fondant l'acquisition de ce nouveau statut. L'analyse des sites d'eau bénite se fait sous l'angle de l'infection au VIH et du sida, ce qui implique, que les perspectives de l'anthropologie du fait religieux et de la santé sont totalement imbriquées dans cette section et les suivantes.

Un des aspects les plus importants de la vie de *tsäbältägna* est le respect des nombreuses règles religieuses. Ces règles ont une double vocation : elles permettent au malade de trouver la guérison, et préservent en même temps la sacralité des sites, de ces espaces. L'acquisition du statut est conditionnée par la connaissance et le respect de ces règles ainsi que par l'obtention d'une pureté permettant l'accès au rituel de l'eau bénite dans son intégralité, aspersion ou baptême puis absorption. C'est-à-dire, que les règles doivent être incorporées au sens propre comme au sens figuré et la confession des péchés constitue un moyen pour obtenir la pureté préalable à l'accès au rituel de l'eau bénite.

II.1 Le changement de statut, devenir *tsäbältägna* : une première incorporation par la communauté

Sur ces espaces, la sacralité et la puissance divine sont notables et précieuses, sensibles pour les personnes réputées saintes qui sont aptes à y voir les anges. Il a été précisé dans le chapitre 3 puis dans le chapitre 5 que l’Eglise éthiopienne, le christianisme éthiopien est une Eglise de la sacralité. Elle porte une attention particulière à la préservation de la sacralité, provenant de sa proximité avec le divin, dont elle est la dépositaire, la protectrice. Incidemment, elle porte un soin accru à tenir à distance, à empêcher la souillure du profane et/ou du sacré impur au sens où E. Durkheim (2003[1912]) et R. Caillois (1950) l’ont établi. En outre, le christianisme éthiopien fonde la préservation de l’élection divine du pays, et localement la prégnance de la présence divine, sur la participation de tous et le respect de chacun des règles préservant la sacralité de l’ensemble. A l’échelle locale comme au niveau national et même mondial,

« Quand les péchés sont plus lourds que les vertus, Dieu recourt à l’autorité et au pouvoir pour punir. Quand les vertus sont supérieures aux péchés, les mêmes autorités et pouvoir sont utilisés pour récompenser » (Wolde-Mariam 1991 : 181 cité par Getnet Tadele, 2006 : 91)¹¹⁹

Si bien que sur un site d’eau bénite le respect des règles religieuses qui y prévalent prend une densité supplémentaire. Là, c’est la potentialité de la guérison individuelle qui entre en interaction avec la protection de la sacralité du lieu.

II.1.a Des règles préalables à l’acquisition du statut de *tsäbältägna* nombreuses

Comme nous l’avons vu dans le chapitre 3, la sacralité des sites d’eau bénite est similaire à celle des églises, les règles encadrant l’existence sur ces sites sont plus nombreuses et s’imposent avec d’autant plus de force que leur respect met en jeu tant la rédemption individuelle que le salut collectif et qu’enfin la sacralité même de l’espace. Un profane venant habiter sur un lieu sacré doit se défaire d’une partie de ses oripeaux profanes pour se purifier et ne pas trop contaminer l’ensemble. Ainsi, une femme expliquait :

« On nous dit de ne pas se marier, de ne pas commettre la fornication et de salir l’endroit » (une FVVIH, Ent’ot’o Maryam, avril 2008).

De même le *bahetawi*, le jour de la fête de la Vierge (le 3 *tähesas*, commémorant la présentation de Marie au Temple) expliquait aux fidèles venus à Ent’ot’o Maryam pour la célébrer qu’ils ne devaient pas prendre de l’eau bénite en étant souillés, sinon, la source risquait de se tarir et/ou eux de mourir ou d’avoir de graves problèmes de santé (Carnet de terrain, décembre 2005).

¹¹⁹ Traduction par l’auteure de la présente étude.

Les règles établies pour la vie sur un site d'eau bénite concernent de nombreux aspects de l'existence. Elles ont trait au rituel de l'eau bénite même mais ne s'y réduisent pas. Ainsi, l'état de pureté requis pour se soumettre au rite de l'eau bénite se situe à mi-chemin entre les niveaux de pureté nécessaire pour accéder au sacrement de l'eucharistie, soit le sacrement par excellence, et celles autorisant l'accès au bâtiment principal de l'église abritant les *tabots* ou les Tables de la Loi, et en son sein, uniquement à l'espace destiné aux fidèles, le *qéné mahlet*. L'eau bénite ne peut se prendre (aspersion et/ou absorption) qu'à jeun, à l'instar de la participation à la liturgie eucharistique, et sur la plupart des sites le matin tôt de 5 heures à 10-11 heures¹²⁰. L'accès au *tsäbäl* requiert un certain degré de pureté qui implique le respect d'interdits ayant trait au sexe, à l'absorption de substances associées au diable, au commerce avec les esprits. De manière générale, tout ce qui dénote d'un manque d'un contrôle de soi est soumis à interdiction. Les relations sexuelles sont prohibées trois jours avant la prise d'eau bénite (aspersion/absorption) pour un homme et sept jours avant pour les femmes. Les consommations de tabac, marijuana, *khat* ou *tshat*, alcool et café (pour ces derniers on observe des variations selon les sites) sont interdites, durant les sept jours précédents la prise d'eau bénite et durant toute la durée de la cure¹²¹.

Les règles ayant trait aux relations sexuelles et aux substances interdites visent, théoriquement, autant les hommes que les femmes. Cependant, les entretiens révèlent, de manière assez attendue ; que l'alcool, le tabac, le *tshat* et la marijuana concernent plutôt les hommes. En effet, plusieurs *tsäbältägnas* (hommes) prennent de l'eau bénite pour se défaire de diverses addictions aux premiers rangs desquelles figurent la cigarette et l'alcool. Un nombre conséquent d'interdits intéresse spécifiquement les femmes. A l'instar de l'entrée dans le *qéné mahelét*, soit l'espace dédié aux fidèles à l'intérieur d'une église, l'accès au rituel d'eau bénite ne leur est pas autorisé en période de menstrues et ce durant sept jours. Il en va de même en sortie de couches jusqu'à ce qu'un prêtre ait purifié la mère, l'enfant et la maison. Outre ces prohibitions, le maquillage ainsi que le vernis à ongle sont proscrits. La teinte des cheveux, les matières grasses, les ajouts capillaires et les extensions le sont également. Enfin, le port du pantalon est proscrit ou alors, il doit être largement couvert par une jupe longue. Ces tabous sont invariants d'un site à l'autre. Enfin, l'espace dédié au rituel

¹²⁰ Dans certaines églises (Gyiorgis à Lalibela), le site d'eau bénite accueille les fidèles dès 3 heures du matin. Sur d'autres sites comme Shenquru Mikael et Abuna Hara, le *tsäbäl* est accessible jusque dans l'après-midi et à Zeq^wala uniquement l'après-midi. Pour ce dernier, la froidure du matin est la raison invoquée, à Shenquru Mikael et à Abuna Hara, l'absence d'aspergeur (*atmäqi* et/ou *bahetawi*) attitré ainsi que les caractéristiques même des sites en font des espaces où l'aspersion et l'absorption sont libres et peuvent avoir lieu à n'importe quelle heure de la journée.

¹²¹ A Ent'ot'o Maryam, le rapport à la consommation du café et d'alcool a nettement évolué. Au début de nos enquêtes de terrain, en 2004, la cafétéria située sur la place de l'église donc, à proximité de celle-ci n'était pas équipée pour servir du café ni fournie en alcool. En 2008, elle s'était dotée d'un percolateur et servait du café aux clients qu'ils soient *tsäbältägnas* ou pas. Sur les sites récents ou nouvellement réputés comme Wänqeshet Gäbrél, Shenquru Mikael et Shenq^wära Mikael aucune cafétéria ou restaurant n'existe à proximité de l'église, la consommation d'alcool et/ou de café est donc impossible. Sur les sites localisés en zone urbaine ou périurbaine, tels 'Uraél et Kidanä Meherät, le café et l'alcool sont certes interdits sept jours avant le recours à l'eau bénite. Cependant, à leurs alentours existent de nombreux cafés, restaurants et cafétéria. Leur clientèle est hétéroclite, et non principalement composée de *tsäbältägnas* contrairement aux sites reculés, si bien que le rapport de ces derniers à ces boissons est moins contrôlable et également plus ambigu. Les propos d'un jeune *tsäbältägna* vivant à 'Uraél sont, à ce titre, révélateur :

« J'ai connu une jeune fille qui avait le VIH, elle est venue ici et après 10 jours elle était guérie alors qu'elle continuait à boire du café » (*tsäbältägna*, 'Uraél, décembre 2005).

de l'eau bénite, la salle de douche à proprement parler n'est accessible que pieds nus, à l'instar du bâtiment principal des églises.

Il apparaît donc que les règles encadrant l'accès au rituel de l'eau bénite - ou tout simplement son contact puisque même les fidèles venus prendre uniquement de l'eau bénite destinée à être bue doivent les respecter - sont plus sévères que celles contrôlant l'entrée dans le *qené mahelét*. En effet, les femmes portant des pantalons, ayant les cheveux teints ou comportant des extensions, peuvent y accéder. Les consommations de substances interdites par l'Église sont certes prohibées le matin même, mais non durant les sept jours précédents. Par contre, ces règles sont moins drastiques que celles encadrant la délivrance du sacrement de l'eucharistie. En effet, la communion doit être précédée d'une période de carême et de pénitence plus ou moins longue qui inclut la prohibition des substances interdites et de relation sexuelle. La préparation est donc plus longue et plus exigeante ; le rituel de l'eau bénite pouvant, en outre, constituer un préalable à la communion.

Outre ces règles concernant directement l'accès à l'eau bénite, les sites d'eau bénite sont des lieux de retraite spirituelle, de pénitence et de rédemption. En effet, prendre de l'eau bénite pendant un temps long, est associée à une demande de guérison et celle-ci implique l'adoption d'une posture de pécheur. Plus précisément, la cure par l'eau bénite est-elle également un rituel d'expiation, et le sida est, dans ce cadre, considéré comme une punition divine, nous y reviendrons à la fin de ce chapitre. S. Ancel, à la suite de plusieurs auteurs (Hyatt, 1928 ; Aymro Wondemagegnehu, Joachim Motovu, 1970) définit la pénitence comme suit

« La pénitence consiste en général en périodes de jeûne plus ou moins longues, en récitation de prières et de psaumes, en aumônes et en prosternations [Ferret, Galinier, 1847; Coulbeaux, 1929 ; Hyatt, 1928 ; Aymro Wondemagegnehu, Joachim Motovu, 1970]¹²² Dans les cas graves, une distinction existe entre deux types de pénitence. » (2006 : 308)

Ces cas graves s'appliquent parfaitement à l'infection au VIH, pour laquelle les personnes séropositives font pénitence, demandent la rédemption et opèrent une retraite spirituelle sur les sites d'eau bénite. Celle-ci est appelée en amharique *qänona*, elle est associée, à la "retraite spirituelle", en amharique *subaé*. S. Ancel note que cette pratique accompagne le *nesha* signifiant la "contrition", la "repentance", et en même temps la "confession" :

« Le *nessh'a* [sic] correspond à un état spirituel. Le fidèle doit avoir conscience de son état de pénitent et il est astreint à des obligations établies par le confesseur. Le fidèle est exclu temporairement des sacrements jusqu'à ce qu'il accomplisse sa pénitence. Quant à lui, le *subaé* est à la fois une unité de mesure et une règle de comportement. Un *subaé* correspond à une semaine durant laquelle le pénitent doit effectuer une retraite spirituelle. » (2006 : 309)

Ainsi, la vie sur les sites d'eau bénite requiert le respect d'un grand nombre de règles. Les *tsäbältägnas* doivent adopter une attitude humble, discrète et centrée sur la rédemption, la pénitence et le pardon de leurs péchés.

¹²² S. Ancel précise en note de bas de page :

« Les français Ferret et Galinier nous offrent un récit dans lequel une femme devant faire pénitence se voit imposer la récitation quotidienne des psaumes du *Dawit*, trois années de jeûne et la distribution aux pauvres d'aumônes. » (2006 : 308)

II.1.b Une communauté aux aguets et qui intronise le « curiste »

Si les règles concernent pour une grande part l'accès à l'eau bénite et la pénitence individuelle, les prêtres et les clercs ne sont toujours pas les plus ardents défenseurs de leur respect ni les plus concernés.

A leur arrivée les aspirants à la pénitence cherchent et trouvent un logement. La configuration de l'habitat sur les sites est similaire à celle « du monde profane ». Cependant, on observe un plus grand nombre de ce que les anglophones appellent "compound" et qui en français correspond au terme "concession". Le compound ou concession est un ensemble de maisons dont les seuils et portes d'entrée donnent tous sur une cour intérieure, formant un espace commun. En Ethiopie, le plus souvent, une maison principale est celle du propriétaire de l'ensemble du *gebi*, équivalent de la concession, des dépendances ou plus petites maisons ou encore des chambres bâties dans la cour, sont louées. Ces espaces sont des lieux d'intense sociabilité, les membres y habitant forment souvent des réseaux d'entraide importants sur les sites d'eau bénite, mais plus généralement en ville quoique la solidarité y soit moins prégnante. En cherchant un logement, les *tsäbältägnas* rencontrent les membres, les cohabitants du *gebi*, se familiarisent avec les lieux et trouvent des personnes qui les aideront souvent dans leurs premiers pas vers le rituel de l'eau bénite. Ce sont également ces cohabitants, avec l'ensemble de la communauté, qui veilleront à énoncer les règles (variables d'un site à l'autre) de vie, et d'en vérifier, dans une certaine mesure, le respect. Car ce contrôle est bien plus large et est le fait de la communauté entière.

Nos propres observations sur différents sites, ainsi que l'immersion qui a été opérée à Ent'ot'o Maryam pendant trois mois, nous ont permis d'évaluer le rôle que jouait la communauté dans le contrôle du respect des règles religieuses ayant cours dans ces espaces, et ce, bien plus, ou du moins accompagnant finement, par le menu, l'encadrement opéré par les clercs. Dans la majorité des cas, quand nous contrevenions aux règles des sites, les rappels à l'ordre émanaient du groupe et de temps en temps des clercs.

A titre d'exemple, durant notre dernière enquête de terrain sur plusieurs sites d'eau bénite, nous étions munies des autorisations du Patriarcat pour interroger les prêtres, et les responsables des sites, les diacres et prendre des photos, ce qui est, en temps normal et pour un fidèle classique, totalement prohibé et seule l'Eglise détient ce droit. La plupart du temps, connaissant l'interdit, les photos étaient prises discrètement, soit très tôt le matin, ou à la tombée du jour quand plus aucun *tsäbältägna* n'était présent. A Wänqeshét Gabréel, toutefois, la configuration du site, et la présence de nombreux pèlerins pour l'Assomption, ne permirent pas ces précautions. Les photos furent prises en plein jour, et à chaque fois, des fidèles présents nous rappelaient l'interdiction, la mention de l'autorisation du Pape coupait court aux commentaires, mais de nouvelles personnes non informées la reformulaient les minutes suivantes¹²³.

¹²³ Nous avons choisi de prendre des photos de ces sites car ils évoluent, grossissent, changent de configuration, s'établissent ou au contraire perdent en taille et en importance. Ces photos nous permettent d'avoir une trace visuelle de l'organisation du site, de sa taille et de sa structuration. On trouvera en annexe quelques une d'entre elles.

Deux autres observations appuieront le propos. Les premiers jours de notre installation sur le site, le leader du site, le *bahetawi* G. M. nous demanda : « Es-tu prête à sortir du monde ? ». Cette question acquit tout son sens au cours des jours suivants. Ainsi, nos premières semaines de vie à Ent'ot'o Maryam furent celles d'un encadrement rigoureux du comportement et d'un contrôle quasi-permanent. Après quelques jours, les habitants du quartier nous avaient identifié comme *tsäbältägna*. Fumer est durant la présence sur le site généralement mal considéré, et pour une personne se soumettant au rituel de l'eau bénite, cela est totalement interdit et constitue une entorse grave à la règle. Cependant, nous conservions cette habitude de fumer, mais le plus discrètement possible. A cours de nicotine, l'achat au « souk » le plus proche fut tenté, en vain. Le vendeur arguant de l'interdit rétorqua : « les *tsäbältägnas* ne fument pas ! ».

La vie sur le site se déroule au rythme des cérémonies religieuses, une des plus importantes est bien entendu le *kedasé*, la liturgie eucharistique qui se termine sur un site vers 12 heures. Ayant un rendez-vous en ville un peu plus tard, nous nous étions « échappées » du rituel de l'eau bénite un peu plus tôt et hâtions le pas pour prendre un minibus afin de descendre « dans le monde ». Nous marchions d'un pas décidé quand la cloche annonçant la transsubstantiation des espèces, retentit. Naïve et peu informée, nous poursuivions sur le même rythme, assez étonnée tout de même de ce silence et de ce calme rare sur la place du village de Ent'ot'o Maryam, lorsqu'un monsieur assez âgé nous intima de nous arrêter là séance tenante s'exclamant sèchement : « Tourne toi vers l'église, il est interdit de traverser la place maintenant ! ». Penaude, nous nous exécutâmes sur le champ.

Ainsi, devenir *tsäbältägna* implique non seulement de respecter les règles religieuses, nombreuses et contraignantes, mais également de se soumettre au contrôle de la communauté, de vivre avec elle. Cette communauté encadre et confère quoique de manière informelle, non explicite, son statut au *tsäbältägna*. C'est elle qui en encadrant les comportements fait adhérer à ce rôle, c'est aussi elle qui, et là encore de manière non officielle, implicitement, confirme la personne dans ce statut en encadrant, en englobant la personne, en tissant des liens jour après jour avec elle.

L'entrée dans la pénitence, le début de la cure d'eau bénite, requiert un certain degré de pureté rituelle. Celle-ci n'est acquise et ces règles de vie ne deviennent effectives qu'après la confession des péchés auprès d'un prêtre œuvrant sur le site. Cette confession des péchés, et de là, assumer son statut voire son état de pécheur, est une condition *sine qua none* pour devenir un *tsäbältägna*, un prérequis fondamental à l'acquisition de ce nouveau statut, de ce nouveau rôle¹²⁴. Si cet état de pécheur est un grand classique dans la théologie chrétienne, toute confession confondue, cette notion, le péché, n'a dans le christianisme éthiopien, et à notre connaissance, que rarement voire pas été abordée. Nous allons voir que dans le contexte du VIH, et il nous semble que cette situation peut être étendue à d'autres malheurs (voire à d'autres christianismes ?), cette idée, cette notion de pécheur est complexe et ne se laisse guère enfermer dans une ou même des catégories fixes et établies.

¹²⁴ Cependant, certaines personnes ne s'y soumettent guère, ce qui pose de nombreuses questions sur le statut de la confession dans le christianisme éthiopien, nous y reviendrons.

II.2 Le pécheur, le sida et l'infection au VIH : une relation ambiguë

Un prérequis nécessaire, obligatoire à la demande de rédemption consiste à endosser le statut de pécheur. Selon la théologie chrétienne les humains sont nés et naissent pécheurs. Si bien que le péché pour non-respect des règles religieuses, et notamment celles ayant trait à la sexualité, est arrimé à ce statut ontologique du chrétien. De l'un à l'autre, nous allons voir que les glissements sont complexes, évolutifs, hautement variables d'un laïc à l'autre, d'un clerc à l'autre.

II.2.a Les représentations de l'infection au VIH et du sida vues des sites d'eau bénite

La quasi-totalité des fidèles vivant avec le VIH se soumettant au rituel de l'eau bénite considère le sida comme une punition divine. La position, ou plus exactement, les positions des clercs (évêques, prêtres-moines ou *monoxes*, prêtres, moines, diacres, *bahetawis*, *däbtäras*) ne sont pas aussi uniformes (ou unifiés pour reprendre l'appellation de cette Eglise : Ethiopian Orthodox *Täwahedo* Church) que la centralisation croissante de l'EOTC et le poids du patriarcat dans le processus de rationalisation, d'homogénéisation de l'enseignement de la théologie ne le laisserait penser. Enfin, les habitants (ne prenant pas d'eau bénite régulièrement) des sites d'eau bénite ont des représentations variables quant à cette association.

Les entretiens révèlent donc des différences d'appréhension et de conception quant à cette affection : les représentations du sida ne recouvrent pas exactement les mêmes conceptions que le fait d'être porteur du virus. C'est-à-dire que la maladie elle-même fait l'objet de discours et du (des) sens sont produit autour d'elle. Les acceptions, les représentations existant autour du fait de vivre avec le VIH sont élaborées, construites en interaction avec les conceptions du sida, mais ces deux types de représentations ne se recourent pas toujours, du moins, divergent parfois comme nous allons le voir. Si bien que dans les lignes qui suivent nous opérerons, quand nécessaire, une distinction entre le sida et le fait de vivre avec le VIH.

Les représentations du sida évoluant avec le temps et le degré de politisation de l'épidémie

Les variations quant aux représentations du sida et des PVVVIH les plus sensibles sont liées au temps. Entre les premiers cas d'infection au VIH en Ethiopie et les premières mentions du sida et l'année 2008, plus de vingt ans se sont écoulés rendant immanquables des évolutions représentationnelles du VIH. On peut distinguer quatre périodes : (1) des débuts de l'épidémie à la première moitié des années 1990, (2) de l'apparition de Ent'ot'o Maryam, site spécialisé dans la guérison du sida dans ces années 1990, à la décennie 2000, (3) qui correspond au début de la politisation de l'épidémie et de sa publicisation à l'arrivée des ARV en 2005/6, et enfin (4) la période actuelle, qui s'arrête à 2008 date de la dernière enquête de terrain.

Des informateurs nous ont rapporté lors de discussions informelles des récits relatifs à des personnes infectées par le VIH désireuses de se confesser et de bénéficier d'une cérémonie religieuse pour leur enterrement, dans la première moitié des années 1990. La plupart de ces

informateurs ont mis l'accent sur l'impossibilité pour les personnes qui décédaient du sida d'être ensevelies selon les rites chrétiens, de nombreux prêtres refusant même d'honorer le corps au prétexte que son péché était trop grand pour même venir à l'Eglise. Nous avons vu dans le chapitre 7 (section 1) que les entretiens menés avec les PVVIH rendaient compte de l'existence de trois périodes dans le rapport au VIH, la première courrait jusqu'au années 1990 et témoignait de la peur, du contact avec les personnes mourant du sida :

« Beaucoup de gens tombaient malades, ils étaient rejetés et même quand ils mourraient, on ne les touchait pas » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam , mars 2008)

Nous n'avons pas d'information sur les représentations du VIH des personnes vivant sur les sites d'eau bénite car le sida alors, trop effrayant pour être même évoqué, n'y était guère présent, du moins, de manière explicite. Les premières mentions débutent au début des années 1990, en 1992 exactement, au moment où le *bahetawi* G.M. commença à "asperger" ou "baptiser" les personnes séropositives pour les "guérir" du sida.

En effet, l'apparition de la source spécifiquement dédiée à la guérison du sida nous semble constituer une étape importante dans l'évolution des représentations du VIH qui inaugure la deuxième période. Du rejet total de la communauté des hommes voire même de la communauté des chrétiens, on passe à l'émergence, à la création d'une réponse, d'une solution à cette infection. Cette solution concerne tant la personne infectée que le groupe puisqu'elle allège l'ensemble de la communauté d'une partie de la peur que représente l'infection. Elle permet d'éloigner les PVVIH de la communauté et d'en même temps annoncer la possibilité d'en « guérir ». Pour autant, pour le *bahetawi* G. M. le sida est certainement une punition divine, voire la punition par excellence pour les hommes en tant qu'ensemble et individuellement :

« Il ne faut pas perdre espoir, c'est quand on n'accepte pas les idées de Dieu que la maladie advient. Ne laissez pas la loi de Dieu : un homme avec une femme. [Question : alors le sida est une punition de Dieu ?] Oui et le péché d'un seul peut tuer les gens du monde entier. Si les gens du monde entier ne croient plus en Dieu, alors c'est le signe de la fin du monde. [Question : et que penser des enfants qui naissent séropositifs, ils sont innocents ?] Le péché du père est porté par ses enfants jusqu'à la septième génération. [Question : et une femme qui respecte la loi de Dieu, le un pour un mais qui est infectée ?] On ne peut savoir pas ce que cette femme a fait, seuls, elle et Dieu, le savent » (Entretien avec le *bahetawi* G.M, octobre 2005).

Cette conception du sida était assez répandue parmi les prêtres, jusqu'à ce que les campagnes de prévention et de lutte contre la stigmatisation n'infléchissent leurs discours sur le sida, marquant le début de la troisième période. Un diacre nous expliquait ne plus dire que le sida était une punition divine mais continuer à le penser (Entretien, le diacre M., novembre 2005). Ainsi, la politisation croissante de l'épidémie, sa publicisation et les campagnes de prévention ont légèrement modifié le rapport au VIH. Si l'infection est toujours considérée comme la conséquence d'une faute individuelle et si l'apparition même de la maladie est le signe de l'impiété des hommes, on note que l'association tend à perdre de sa prégnance et des prêtres, ou plus généralement des clercs, commencent à relativiser le poids de la faute individuelle. Sur les sites d'eau bénite, certains habitants et commerçants non-*tsäbältägna* n'adhèrent pas à l'idée d'une punition justement à cause des enfants contaminés : ils sont innocents et n'ont pas encore péché. Le fait que l'EOTC prennent en charge des orphelins à partir des années

2001-02 (Cf. chapitre 2 section III et IV, et chapitre 11) témoigne de l'évolution de ses représentations peut-être pas du sida même, mais de l'infection. La maladie et l'infection au VIH commencent donc à être distinguées, le sida demeure, le plus souvent, une punition divine, mais d'autres conceptions apparaissent. Ainsi, certaines personnes ont pu nous dire et notamment des prêtres et des PVVIH que le sida était envoyé par le diable, qu'il était comme toutes les maladies faites par Satan, Dieu ne pouvant vouloir tuer des enfants innocents. La contraction de la maladie, le fait d'être contaminé devient une faute d'adulte, qui lui est responsable de lui-même.

La distribution à large échelle et gratuite des ARV a introduit un nouvel élément et impulsé une évolution des représentations du VIH, ouvrant la quatrième étape. En Ethiopie, les esprits sont nombreux. Comme J. Mercier (1992 ; 1979) D. Hecht (1976) et avant eux M. Leiris (1996) ont pu le noter le monde éthiopien est surtout en milieu rural peuplé d'esprits, *buda*, *zar*, *qolé*, ou *ganen* selon le terme générique employé par les clercs, influent sur la vie des hommes. A notre connaissance, le sida n'a jamais été associé à un esprit, causé par l'un de ces *ganenotch* (pluriel amharique de *ganen*), en cela l'Ethiopie se démarque d'autres contextes africains dans lesquels le VIH a pu être considéré comme lié à un esprit ou causé par lui (Vidal, 1996). Pourtant, en 2008, lors de nos observations sur le site d'eau bénite de Shenquru Mikaél, nous entendîmes des PVVIH crier sous le jet d'eau bénite : « *hiv ! hiv ! hiv !* ». Interloquée, nous demandions ce qu'ils hurlaient ainsi, on nous expliqua :

« Le sida est un esprit qui entré dans le corps et l'eau bénite l'en fait sortir » (carnet de terrain, février 2008).

L'apparition de ce que des Ethiopiens appellent *äganenet hiv* ou l' "esprit *hiv*", cette notion témoigne d'une évolution importante des représentations du VIH. En effet, il nous semble que dès lors, le sida n'est plus associé à la sexualité, du moins, il peut être envisagé comme distinct. Il peut entrer dans le corps de la personne sans que celle-ci ait péché, ou ait commis un acte condamné par la société. Il faut rapprocher cette idée des connaissances sur les modes de contamination citées par les PVVIH sur les sites d'eau bénite. Nous avons vu dans le précédent chapitre que l'idée que des personnes ayant pris soin d'un malade du sida pouvaient être contaminées, était répandue, du moins existante. Un autre mode de contamination fréquemment cité est l'emploi des objets tranchants :

« Par exemple, si ta main est ensanglantée et si la mienne aussi, le virus peut se transmettre, je pense. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam , avril 2008)

L'apparition de cet "*hiv*" pourrait être considérée comme rendant compte de la multiplicité des modes de contamination possible, conduisant ainsi à séparer l'infection au VIH de la sexualité, acte toujours un peu immoral, et de lever le poids de la faute, de la culpabilité individuelle et de la responsabilité. Cependant, cette relation est complexe, ainsi, sur le site de 'Uraél, en 2005 les personnes parlaient en petits groupes de leur mal, et pouvaient dans certaines circonstances révéler leur statut. Trois ans plus tard, en 2008, les maux que les *tsäbältägna* venaient soigner étaient tous imputés à un esprit *äganenet*, un diable :

« A 'Uraél, personne ne parle du VIH. Tout le monde dit qu'il est venu à cause (pour) de l'esprit *äganenet*. Alors, je ne parle pas aux gens en leur disant que j'ai le VIH. » (une FVVIH, 'Uraél, juillet 2007)

Si les imputations causales du VIH se sont diversifiées, il n'est pas sûr que la stigmatisation à l'endroit des PVVIH soit moindre, ou plutôt, elle l'est dans une certaine mesure, mais elle n'a certes pas totalement disparue. La honte entourant l'infection au VIH perdure comme l'atteste le rejet par leur famille des deux jeunes femmes se disant infectées dans le cadre des soins à une PVVIH malade ou mourante (et pour l'une d'elle, sa séronégativité préalable semble l'attester ; voir chapitre 7). Au moins, pouvons-nous proposer le constat d'une diversification des imputations causales de l'infection au VIH rendant compte de l'augmentation des connaissances quant au mode de transmission du virus. Les deux tendances, ouverture des imputations et stigmatisation n'étant peut-être pas autant exclusives et/ou incompatibles qu'on pourrait le penser.

Si les PVVIH considèrent dans leur grande majorité le sida comme une punition divine, il n'en va pas de même des habitants dont les postures et conceptions varient, même à Ent'ot'o Maryam où le nombre de PVVIH est conséquent (ou dépasse une certaine masse critique), et où la spécialisation permet de dédramatiser l'infection. La géographie des sites apparaît être un facteur déterminant.

Du centre à la périphérie : une géographie de l'association sida-punition divine.

En 2005, sur le site de Ent'ot'o Maryam, l'infection au VIH était considérée comme une punition divine. Cependant, une attention aux propos des commerçants, des habitants du village de Ent'ot'o rend compte de différences et de conceptions moins uniformes. Ainsi, les commerçants situés près de la source, et de l'Eglise donc, sur la place du village considèrent tous le sida comme tel. Cependant, à mesure que l'on s'éloigne du centre du village, deux phénomènes émergent. D'abord, aucun commerçant du centre ne vend des préservatifs, la cafétéria centrale ne sert pas de café aux *tsäbältägna* et la seule boucherie située dans une rue proche de la place est fermée en période de carême, soit plus de 200 jours par an. Par contre, les commerçants interrogés et localisés plus loin, à partir de 700 mètres à près d'un kilomètre, mais encore envisagés comme des quartiers de Ent'ot'o et dans lesquelles vivent des *tsäbältägnas* (les loyers y sont d'ailleurs moins élevés), avaient des représentations différentes. Ils ne considéraient déjà pas, en 2005, le sida comme une punition divine, car justement les enfants étaient touchés et selon leurs propos même, le fait de voir autant de PVVIH a remis en cause leurs conceptions. En outre, dans ces quartiers éloignés, les souks vendent les préservatifs (un des commerçants était d'ailleurs presque en rupture de stock, s'amusa-t-il), une cafétéria sert de la viande même en période de carême ainsi que de l'alcool. Ainsi, les conceptions du VIH sont-elles arrimées à la sacralité des sites d'eau bénite et des églises (en tant que bâtisses sacrées) et influent largement au-delà des limites physiques de leurs espaces et ce surtout sur les sites d'eau bénite. Au centre, la sacralité et l'association sida-punition divine est forte, et à mesure qu'on s'éloigne, la sacralité décroît ainsi que les représentations d'une infection comme étant une sanction divine. Dans ces lieux « hors du monde », la sacralité du tandem source d'eau bénite-église s'étend jusqu'à plusieurs centaines de mètres à la ronde et l'exhortation à nous arrêter séance tenante sur la place du village de Ent'ot'o au moment de la fin de la liturgie participe de cette diffusion du sacré, de sa dissolution, de sa contamination à un grand nombre d'espaces. En ville, « dans le monde profane », si se signer devant les églises à tout moment de la journée, est de bon ton en tant que chrétien, peu de gens interrompent leur cheminement quand la cloche retentit. Cette

distinction entre monde profane et monde sacré est également sensible dans les propos même des clercs réguliers et séculiers quant au sida.

Du moine au prêtre : variations sur le mode de la punition divine

A titre de rappel, nous avons pu visiter douze sites d'eau bénite, et rencontrer sur chaque site, des clercs de grade et de fonction très divers. Un écart réel, sensible voire massif est apparu quant aux représentations du VIH entre ces diverses catégories de clercs. La première différence est structurelle. Elle tient à l'éloignement du site du monde profane. Ainsi, sur les monastères de Zeq^wala et de Gärima Gädam, la mention même du sida à certains des moines interrogés provoquait une crispation sensible. A Zeq^wala, un fidèle expliquait :

« On ne peut pas parler du sida ici car les moines sont "hors du monde", ils sont saints, ils ne peuvent pas entendre ce genre de choses » (un pèlerin, Zeq^wala, avril 2008)

Là s'incarne la souillure par excellence pour des moines et des moniales ascétiques reniant le corps et attachés à la maîtrise des pulsions. A Zeq^wala, outre l'association sida-punition divine quasi unanime, un moine nous expliqua que les ARV constituaient une menace car, alors, les hommes pêcheraient encore plus. A l'inverse, à Wänqeshét Gabréel, un site encadré par l'Eglise, par la paroisse et non par un leader charismatique ou des moines, le prêtre responsable de l'église et du site encourageait au contraire les fidèles à prendre les ARV et selon lui le sida n'était pas une punition divine. Entre les deux, les leaders charismatiques considèrent justement le sida soit comme étant le diable soit comme une punition que seule la miséricorde divine peu absoudre, mais Dieu selon leur conception absout facilement à celui qui se tourne vers lui et invoque sa miséricorde. Nous y reviendrons longuement dans le prochain chapitre ainsi que dans le chapitre 12.

Ainsi les conceptions du sida et de l'infection au VIH sont-elles variables, selon la posture de l'interlocuteur, une personne requérant le pardon divin aura plus tendance à adhérer à l'idée selon laquelle le sida est une punition divine qu'un habitant qui n'a pas cette infection à se faire pardonner, pour laquelle il requiert une guérison miraculeuse. La prégnance du sacré, sa proximité influe également sur les rapports au VIH, et ce tant pour les clercs que pour les habitants des sites. De même le nombre de PVVIH parmi les membres de la communauté de *tsäbältägnas* joue un rôle dans le dévoilement de la séropositivité et dans la stigmatisation dont sont l'objet les personnes séropositives, nous reviendrons sur ce point dans le prochain chapitre. Les PVVIH quant à eux envisagent, pour une grande majorité, le sida comme une punition divine et se considèrent eux-mêmes comme pécheurs. Cependant, nous avons vu dans le chapitre 7 (section III) que rares étaient les fidèles vivant avec le sida sur des sites d'eau bénite à imputer leur contamination à un péché. Les circonstances rapportées par les PVVIH quant à l'origine de leur infection n'avaient que très peu de rapport avec les règles religieuses. La plupart des conditions invoquées étaient d'ordre profane et avaient plutôt trait à la faute sociale ou sanitaire. Ainsi, une distinction apparaît et on peut s'interroger sur sa nature. Est-elle purement langagière, formelle ou recouvre-t-elle une différence, une séparation plus profonde ? Dans quelle mesure la non-mention du péché dans l'explicitation des circonstances de la contamination et l'adhésion quasi générale au statut de

pécheur dans le cadre religieux rend compte d'une acception particulière du péché, du sida, de la rédemption et de la confession dans le christianisme éthiopien ? Telles sont les questions auxquelles nous allons tenter de répondre.

II.2.b De la faute « sexuelle » sociale au statut de pécheur

Etat des lieux général sur les sites d'eau bénite

Comme il a été présenté dans le précédent chapitre, les personnes interrogées sur les sites d'eau bénite font références pour expliquer la manière dont elles pensent avoir été contaminées à trois types d'imputations, dans l'ordre d'importance suivant : la faute sanitaire (le défaut de protection), la faute vient de l'autre (trop confiance, mensonge, alcool), la faute sociale (infidélité, nombreux amants/maîtresses), ce qui n'est pas sans rappeler le schéma d'imputation causale de la maladie proposé par S. Fainzang (1988). Ainsi, il est apparu que les célibataires attribuaient leur infection à la consommation d'alcool, et/ou à leur jeunesse qui ont provoqué une absence de protection de leur(s) relation(s) sexuelle(s) avec une « prostituée ». Ils accusent également les femmes qui mentent et taisent leur infection. Les hommes mariés incriminent des relations sexuelles ou amoureuses en référence à leur mariage (avant ou plus rarement pendant), les femmes ayant eu plusieurs amants l'imputent à un défaut de protection et certaines femmes mariées à leur excès de confiance. A ce stade, seules quatre personnes ont considéré leur infection comme la conséquence d'un péché, sur les 70 PVVIH interrogées et vivant sur les sites d'eau bénite. L'écart entre ce petit nombre de personnes et la conception presque unanime chez les PVVIH du sida comme punition divine est, à notre sens, très étonnante et témoigne d'une distinction entre les notions de faute, de responsabilité et de péché. Le fait que seules quatre personnes considèrent leur infection comme la conséquence de leurs péchés montre que l'association faute-péché est possible, mais est loin d'être fréquente. Inversement, le fait que quatre personnes ne se considèrent pas pécheurs alors qu'elles vivent sur un site d'eau bénite révèle que l'association sida-punition divine n'est elle pas non plus pas systématique. Il semble donc que les notions de péché et de pécheur soient distinctes ce qui interroge le lien entre faute d'ordre social et faute religieuse.

Faute, responsabilité et péché : une triangulation variable selon les christianismes

Le rituel de l'eau bénite est un rite propitiatoire, c'est à dire une demande de pardon, de rédemption, et les sites d'eau bénite sont des espaces de retraite spirituelle soit des formes de monachisme extra-mondain laïcisées (Hermann, 2010 ; 2012). Ces notions de rituels de rédemption, de pardon, renvoient à la question du péché, de la pénitence et des moyens d'obtention du pardon, et de réparation, thématique récurrente en science sociale des faits religieux (Hertz, 1988[1922] ; Delumeau, 1983 ; 1990 ; Destro, Pesce et al., 2004 ; Firey, 2008 ; Casagrande, 2010).

Une plongée dans de telles notions invite à se pencher sur la question de la morale. En effet, les études sur le péché menées de R. Hertz (1988 [1922]) à Casagrande (2010) et que près d'un siècle séparent, ne manquent pas d'évoquer la règle, la loi ou encore la norme, le plus souvent établie par le divin mais pas uniquement (Descro, Pesce et al., 2004). Car, la notion de péché est pour partie une traduction religieuse de l'idée justement de faute. Nous tenterons dans la dernière section de montrer que si le péché est effectivement lié à la sanction au sens

large, son lien à la faute est plus complexe. Nous proposerons de reconsidérer cette notion de péché en opérant non pas seulement un pas de côté ou en considérant les marges, mais en effectuant un renversement de perspective, la notion de péché sera approchée, pour ainsi dire, à l'envers. Plutôt que de partir de l'idée que « Des différentes conceptions de la faute dérivent les différentes modalités de sa *réparation* ¹²⁵ » (Casagrande, 2008 : 378), nous envisagerons la possibilité inverse. Pour l'heure, nous nous en tiendrons à la conception chrétienne du péché que R. Hertz lie intimement à la sanction :

« Ainsi la transgression qu'est le péché porte en elle-même sa propre condamnation [...] Le péché se définit donc : une transgression qui, par le seul fait qu'elle s'accomplit, tend à produire la mort » (1988 : 41).

La relation entre faute, responsabilité et péché n'est pas une et univoque mais au combien plurielle. On peut distinguer : la relation entre la faute et le péché, et celle entre péché et responsabilité.

Les doctrines catholique et protestante considèrent dans l'ensemble, et cette position est presque caricaturale ou idéal-typique, que les péchés sont essentiellement volontaires. La question de l'irresponsabilité et les nuances autour de cette idée est moindre dans ces christianismes (Delhaye, Didier, Anciaux, 1960 ; Voguel, 1982 ; Delumeau, 1983 ; 1990), on pourrait même postuler que le sacrement de la confession et sa place dans l'Eglise post Tridentine¹²⁶ est telle qu'elle a éludé la question de la responsabilité du péché. A l'inverse, chez les chrétiens orientaux, cette question est importante (Régis, 1948 ; Dalmais, 1958 ; Ligier, 1963 ; Meyendorf, 1975 ; Blanchette, 1989 ; Isaac, 1989). En effet, la participation à la liturgie eucharistique est considérée comme délivrant de certains des péchés (Blanchette, 1989 ; Vassaliadis, Passakos, 2004) et entre autres ceux commis « involontairement, par ignorance ou pas faiblesse » (Isaac, 1989 : 213). Des anaphores de l'eucharistie (partie de la liturgie) contiennent en effet des prières d'intercessions et de purifications des fidèles et de l'assemblée, destinés à les préparer à être les témoins de la transsubstantiation des espèces (Blanchette, 1989). C. Blanchette cite B. Gogan qui montre que pour certaines Eglises d'Orient :

« L'eucharistie pardonne les péchés qui sont le résultats de la faiblesse humaine et qui ne sont pas soumis à la pénitence publique. Aussi existe-t-il un rite pénitentiel sacramentel à l'intérieur de l'anaphore eucharistique. [...] A l'origine, affirme Gogan, le rite de la pénitence publique, par lequel la réconciliation avec la communauté ecclésiale du pécheur exclu de l'eucharistie par sa propre faute, était réservé aux trois grands péchés d'apostasie, meurtre et adultère. » (1989 : 126).

Si la place de la pénitence et ses modes ont dans ces christianismes évolué, et notamment dans le christianisme éthiopien, il n'en reste pas moins que la liturgie eucharistique comporte une forte composante pénitentielle (Ancel, 2006 : 281). Il semble donc que la conception du péché dans les Eglises orientales et orthodoxes diffère quelque peu de la manière occidentale de l'envisager. Cependant, des études globales et comparatives sont, à notre connaissance, trop rares pour pouvoir se prononcer de manière précise sur ces différences.

¹²⁵ En italique dans le texte original.

¹²⁶ A titre de rappel, on appelle Eglise post Tridentine, l'Eglise (désormais) catholique telle qu'elle fût repensée, après le Concile de Trente tenu en réaction à l'apparition de la Réforme.

La relation entre faute et péché est également interrogeable. En effet, on peut s'intéresser à ce que les notions de faute et de péché recouvrent. Le péché est-il uniquement une faute d'ordre religieuse, c'est-à-dire d'une entorse à un commandement d'ordre divin (carême non respecté par exemple), ou une faute sociale ce qui est sous-tendu par une homologie entre les règles divines et humaines ? Cette question nous amène à considérer les relations entre les différents ordres moraux : religieux et laïc, spirituel et temporel. Il apparaît que les positions des différents spécialistes divergent grandement. Pour les uns, les deux ordres sont intimement mêlés mais ne se recoupent pas toujours (Hertz, 1988), pour d'autres, ils sont distincts (Casagrande, 2010). Nous pensons que cette distinction tient également au degré de séparation des ordres temporels et spirituels et renvoie à la place des Eglises dans les cultures et les sociétés, à leur rôle dans l'établissement des règles morales guidant la conduite séculière. Dès lors, la faute sociale et le péché religieux dans les Eglises catholiques et protestantes auront un lien plus étroit, car les ordres moraux spirituels et temporels sont plus intriqués. Dans l'Eglise éthiopienne, nous avons vu dans la deuxième partie et plus précisément dans le chapitre 6 que l'Eglise n'avait que peu encadré les pratiques sexuelles de ses fidèles, ne s'intéressant que peu à leur vie courante, séculière. Il nous semble dans ces circonstances que les notions de faute sociale et de faute religieuse, de péché sont plus disjointes. Nous n'estimons pas qu'elles n'aient aucun lien ou que ces notions ne se recouvrent pas, seulement, elles sont plus distinctes que dans les Eglises occidentales.

Le sida, le péché et la faute sociale vue par les PVVIH vivant sur les sites d'eau bénite

Les entretiens menés avec les PVVIH révèlent que la relation entre responsabilité, faute et péché est complexe et présente en première instance des contradictions. Ainsi des personnes ne se considérant pas comme responsables de leur infection s'estiment pécheur, à l'instar de personnes qui se sentent responsables. Dans d'autres cas, des personnes responsables ne se sentent plus ou pas pécheurs. Cette absence d'adéquation systématique entre les notions de responsabilités et de péché nous a conduit à opérer une disjonction entre ces deux positions. Ainsi, une femme se considérant comme contaminée par son époux pense que le sida est une punition divine et se demande :

« Oui, quand je suis pécheur, je demande à Dieu : "qu'est-ce que j'ai fait pour être séropositive, qu'est-ce que j'ai fait pour le mériter ? » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, avril 2008

A l'inverse, cette jeune femme impute son infection à son *wushema*, son amant, soit un acte correspondant d'après l'enseignement religieux à un péché. Elle prend de l'eau bénite depuis trois mois, jeûne, prie et se «protège de la vie de la ville ». Elle est allée se confesser, le prêtre lui a dit de jeûner et de faire pénitence, et la locutrice ajoute : « ils ne sont pas bon du tout, ils te demandent de l'argent ». Cependant, quand on lui demande si elle se pense pécheur elle répond : « non, cette infection est arrivée seulement parce que je n'ai pas pris soin de moi ». (une FVVIH, Shenquru Mikaél, mai 2008). Ainsi, cette jeune femme ne se considère ni pécheresse ni fautive, ou plutôt la seule faute qu'elle estime avoir commise est « de ne pas avoir pris soin d'elle ». Si d'autres personnes ne s'envisagent pas comme pécheresses, la majorité des *tsäbältägnas* adhèrent à ce statut. Une autre femme, imputant son infection à son deuxième mari, explique :

« Une fois que tu est VIH positive, tu sais que tu n'es plus une personne libre. Tu attrapes froid, et tu as des maux de tête facilement. Donc oui, je me considère comme pécheur. J'ai attrapé le sida parce que je suis pécheresse. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Cette personne attribue son infection à son mari qui buvant parfois « ne savait pas ce qu'il faisait ». Elle explique ailleurs que sa communauté la connaît bien, et ne la considère pas comme fautive pourtant :

« [Question : est-ce que prendre de l'eau bénite cela signifie que l'on est un pécheur ?] Oui, d'abord, la première chose, j'ai admis et j'ai confessé tous mes péchés, après, j'ai commencé à prendre de l'eau bénite. [Question : Vivre avec le virus implique-t-il que vous êtes un pécheur ?] Bien sûr, j'ai attrapé le sida parce que je suis une pécheresse, sinon, je ne l'aurais pas eu ! » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Les propos d'une autre personne rendent compte de la prégnance de la corrélation sida, punition divine et péché :

« [Question : Vivre avec le virus implique-t-il que vous êtes un pécheur ?] Oui. [Est-ce que vous faites le carême quand vous prenez de l'eau bénite ?] Oui, et ils nous disent que c'est une maladie dont on peut guérir. Je vois beaucoup de gens guérir et partir après en avoir témoigné. Moi, je n'y arrive pas, c'est pour cela, je me dis souvent que c'est parce que je suis pécheresse. Et je bois de l'eau bénite parce que je veux que Dieu me pardonne mes péchés. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Les associations et explications de cet homme, infecté avant son mariage, montrent que ces positions quant au sida comme punition, comme conséquence d'un péché, sont mobiles, en évolution et en réaménagement constant en fonction de l'environnement :

« [Question : est-ce que prendre de l'eau bénite cela signifie que l'on est un pécheur ?] Oui, mais j'ai appris beaucoup de bonnes choses sur les *tsäbäl bota* ["les lieux de l'eau bénite"] Quand je compare avec avant, je ne me considère plus comme pécheur parce que le sida n'est pas pour une personne individuelle, c'est pour le monde entier. [Question : Demandez-vous à Dieu ou à la Vierge de vous pardonner ?] Oui, je demande à Dieu, en priant. Je pense que Dieu est miséricordieux, et en priant, en jeunant, il me pardonnera. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Une femme nous indiqua une clef de compréhension. Elle estime avoir été infectée par son mari. Elle rapporte qu'ils s'aimaient, mais se plaint qu'il l'ait abandonnée après avoir appris qu'elle était malade et hospitalisée. Après avoir passé plusieurs mois à témoigner, à enseigner aux personnes autour d'elle, elle se rendit sur le site de Ent'ot'o Maryam:

« [Question : comment connaissez-vous Ent'ot'o Maryam?] Avant, je ne connaissais pas Ent'ot'o. A la campagne, un moine m'a conseillée d'aller à Ent'ot'o et m'a dit qu'ici je serai guérie. D'ailleurs, tout le monde m'a conseillée de venir ici. [Combien de temps aimeriez-vous rester ici ?] Sainte Marie sait, jusqu'à ce que je guérisse, je resterai ici, mais je ne sais pas jusqu'à quand. C'est très bien ici. C'est apaisant, si vous priez de tout votre cœur Sainte Marie, cela vous apaisera. [Question : est-ce que prendre de l'eau bénite cela signifie que l'on est un pécheur ?] En tant qu'homme, il n'y a pas de saint, tout le monde est pécheur. Quand vous avalez de l'eau bénite, il faut vous convaincre que vous êtes pécheur, et Dieu vous pardonnera. [Question : Vivre avec le virus implique-t-il que vous êtes un pécheur ?] Oui. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Ces propos rendent compte d'une tendance fréquente chez les PVVIH à considérer que pour obtenir une guérison du sida, il faut « se convaincre d'être pécheur ». Une autre interviewée explicite clairement le lien entre prendre de l'eau bénite, la pénitence et l'acceptation du statut de pécheur :

« [Question : est-ce que prendre de l'eau bénite cela signifie que l'on est un pécheur ?]
Oui ! Avant de commencer l'eau bénite on fait la pénitence en acceptant qu'on est pécheur. » (une FVVIH, 'Uraél, juin 2008)

Si vivre avec le virus est considéré comme la marque d'un péché, si la personne se soumettant au rituel de l'eau bénite adhère à une lecture religieuse du VIH, cette adhésion, cette lecture du VIH comme punition par le divin, n'est ni obligatoire, ni systématique. On observe de nombreuses variations individuelles quant à cette association, tous les *tsäbältägnas* n'adhèrent pas à en bloc à l'idée du sida comme punition divine, ni de la même façon. Mais le fait le plus saillant est qu'ils semblent y adhérer pour guérir du sida, pour obtenir une guérison miraculeuse. L'adhésion au statut de pécheur paraît donc plus conditionnée par le type de cure choisie, la cure religieuse, que par une idée générale qui serait largement partagée par la population du sida comme sanction divine. En outre - différence entre la responsabilité individuelle et le péché - se reconnaître comme pécheur apparaît pour la majorité des personnes une condition *sine qua none* au rituel de l'eau bénite, et cette adhésion semble pouvoir ensuite évoluer. Ces deux catégories semblent ne pas exactement recouvrir les mêmes univers de sens, les mêmes conceptions. Cette disjonction entre les univers de sens, faute, responsabilité et péché aux sens religieux du terme a émergé lors de l'analyse du matériel collecté lors de la dernière enquête de terrain, si bien que nous n'avons pas pu interroger les PVVIH plus avant sur les sens qu'ils attribuaient aux notions de fautes, de responsabilités et de péché. Cette différence est toutefois manifeste, assez pour être notée et pour appeler, nous estimons, de plus amples études et analyses.

Il est toutefois possible de proposer des analyses préalables notamment au regard des conclusions auxquelles nous a conduit la lecture d'études quant aux péchés et à la pénitence dans les Eglises orientales. Il a été posé plus avant que les Eglises orientales, et plus certainement l'Eglise éthiopienne, avaient peu d'intérêt pour les pratiques sexuelles de ses fidèles. En témoigne le fait que les règles religieuses en la matière sont peu explicites et précises. C'est le social, la communauté au sens large, qui établit les règles maritales et sexuelles, et les manquements sont d'abord sanctionnés par cette institution et non par l'Eglise. En matière de contamination au VIH, il en va de même, il semble que la faute sociale et même sanitaire soit prégnante sur la faute religieuse, si bien que sur les sites d'eau bénite, les PVVIH rendent compte de la primauté de la sanction sociale sur la sanction divine en disant d'abord qu'ils ont été contaminés suite à un défaut de protection (faute sanitaire), puis à une faute sociale (infidélité, relation avant le mariage). Ces fautes sanitaires et sociales sont retranscrites en fautes religieuses, en péchés pour obtenir la guérison divine, ils doivent se considérer comme pécheur pour être guéris. Cette adhésion au statut de pécheur confirme la traduction religieuse de la liminalité due ou inhérente au VIH. En effet, les PVVIH adhèrent à cette idée à partir du moment où ils choisissent la cure par l'eau bénite qui prépare et conditionne le processus de rédemption, d'expiation puis d'obtention du pardon.

L'adhésion à ce statut de pécheur et de pénitent (on a péché en sens religieux du terme parce qu'on est sur un site d'eau bénite) peut se traduire en recourant à des concepts propres à l'anthropologie de la santé. En effet, les anthropologues de la santé ont montré que le recours aux thérapeutes spécialisés s'inscrit dans un partage des univers de sens et de savoir des symptômes entre les différents acteurs en présence (Young, 1982 ; Good, 1996 ; Taverne, 1996 ; Vonarx, 2012). Ou autrement formulé, la construction du sens de la maladie et ses symptômes est une relation dynamique et évolutive qui dépend également du recours choisi. Ainsi, la liminalité propre au VIH, le fait d'être porteur du virus, sont-ils traduits en terme religieux par l'acceptation et l'endossement du statut de pécheur, et incidemment de pénitent puis de *tsäbältägna*. Car si une PVVIH se reconnaît pécheresse, elle doit pour accéder à la cure d'eau bénite atteindre un état de pureté préalable qui s'obtient grâce à la confession des péchés auprès d'un prêtre.

II.3. La confession des péchés sur le site d'eau bénite

Il est désormais parfaitement établi qu'en Occident la confession a acquis un caractère obligatoire avec le Concile de Latran IV en 1215 qui en fixa l'obligation pluriannuelle (Delumeau, 1990 : 13 ; Duby, 1988 ; Jaspard, 2005). Ce sacrement conservera son importance pendant des siècles, jusqu'à la Réforme après laquelle la confession perdit pour les protestants son ancienne prégnance. Les catholiques quant à eux continueront à s'y soumettre, imprégnant les mentalités très profondément et donnant naissance comme M. Foucault (1976) puis N. Rose (1999) l'ont montré à des formes particulières de la subjectivité et du contrôle de soi et de son esprit. La confession catholique et son absence dans le protestantisme sont parfaitement attestées et ont fait l'objet de nombreux travaux (Weber, 1964 ; 1996 ; Foucault, 1976 ; Vogel, 1986 ; Delumeau, 1990 ; Firey, 2008 ; McLaughlin, 2008). Il n'en va guère de même dans les christianismes orientaux ou orthodoxes pour lesquelles la prégnance de la confession est certes moindre. Ainsi, la plupart des auteurs sont unanimes sur le fait que les chrétiens orientaux et orthodoxes se confessent bien moins souvent que les catholiques (Régis, 1948 ; Dalmais, 1958 ; 1980 ; Gy, 1958 ; Ligier, 1963 ; Meyendorf, 1975 ; Blanchette, 1989 ; Isaac, 1989 ; Vassiliadis, Passakos, 2004). En outre, la confession dans les mondes orientaux et orthodoxes est moins sacramentelle (Meyendorf, 1975 ; Gy, 1958 ; Weber, 1996), et une grande partie de la pénitence à laquelle la confession est adossée, est intégrée à la participation à la liturgie eucharistique (Ligier, 1963 ; Dalmais, 1980 ; Blanchette, 1989 ; Ancel, 2006). Le christianisme éthiopien, orthodoxe de nom et oriental d'influence, ne fait pas exception.

II.3.a Retour sur la notion de péché et sur la confession dans le christianisme éthiopien

Statuer sur la fréquence de la confession chez les fidèles de l'Eglise éthiopienne est une véritable gageure. Pour le rite orthodoxe, J. Meyendorf établit la dimension largement informelle de la confession, quoique la pénitence qui la suit, soit au nombre des sept sacrements :

« Très peu d'auteurs de traités ascétiques sur la pénitence mentionnent spécifiquement l'absolution comme une exigence formelle. Ce fait n'implique pas que le repentir sacramental n'existait pas ; mais [...] il était seulement encouragé mais non pas exigé. » (Meyendorf, 1975 :259)

Par contre, comme le note S. Ancel, les rapports d'un fidèle à son confesseur, à son prêtre sont parfois intimes (2006). Pratique rapprochant les rites orthodoxes russes et éthiopiens quant à la confession, puisque J. Meyendorf rapporte :

« Est-ce que confession, est-ce direction qu'il faut appeler les rapports de consciences entretenus par les simples fidèle avec leurs pères spirituels ? » (Pargroire, 1923, cité par Meyendorf, 1975 : 260)

Ainsi, la question de la fréquence de la confession dans les christianismes orientaux et orthodoxes reste, nous pensons, en suspend. S. Ancel établit que la confession est obligatoire pour accéder aux sacrements, notamment l'eucharistie, le mariage ainsi que l'onction aux malades (2006 : 302). Les deux premiers, l'eucharistie et le mariage sont les seuls sacrements destinés aux fidèles adultes en bonne santé, mais ces sacrements sont très rarement requis par les fidèles comme il a été précisé dans le chapitre 3. Les autres occasions de se confesser sont les circonstances particulières, un péché particulièrement grave, l'approche de la mort et une maladie grave ou du moins assez sérieuse (Ancel, 2006 : 302-303). S. Ancel a interrogé plusieurs clercs, tous confesseurs, et a pu préciser les ouvrages utilisés pour établir les actes devant être sanctionnés et les pénitences à octroyer aux fidèles s'accusant de ces péchés (2006 : 308-310). Les ouvrages cités par les prêtres mentionnent un certain nombre de péchés suscitant des pénitences parfois lourdes parmi lesquels : rendre hommage aux étoiles, aux arbres et aux pierres ; celui qui touche la femme d'un autre ; avoir des relations sexuelles le mercredi, le vendredi, le samedi et le dimanche, soit des jours saints ou jeûnés (*Anqäsä nesehä*. 2003-2004 : 12-13 cité par Ancel, 2006 : 309). Ces comportements sont toutefois assez fréquents. Ainsi, D. Reminck (1973), à la suite de plusieurs auteurs (Hecht 1976 ; Mercier, 1989 ; Leiris, 1996) a montré que le peuple amhara, chrétien par ailleurs, rendaient des cultes à différentes divinités et esprits. Le nombre moyen d'enfant par femme en Ethiopie (entre 6 et 7, DHSE 2005) pourrait attester du non respect des interdits quant aux relations sexuelles, enfin, la prégnance des notions comme *wushema* et *qemet'* (amant et maîtresse) incite à relativiser le respect de l'interdit quant aux relations avec la femme d'un autre homme. Il est donc très probable que les Ethiopiens chrétiens ne se confessent guère pour ces péchés eus égard aux lourdes sanctions religieuses associées à ces pratiques :

« Celui qui rend hommage aux idoles et aux étoiles, aux arbres et aux pierres : douze *subaé* en supplication et trois années de pénitence.[...] Celui qui touche la femme d'un autre : trois ans en supplication et sept ans de pénitence. [...] Celui qui a des relations sexuelles avec une femme le mercredi, le vendredi, le samedi, le dimanche et 9 autres jours : 69 *subaé* et 3 ans de pénitence. » (*Anqäsä nesehä*. 2003-2004 : 12-13 cité par Ancel, 2006 : 309)

Il semble donc assez vraisemblable que les pénitences soient moindres, ou même non existantes puisque ces types de péché ne sont peut-être tout simplement pas dévoilés. D'après les observations que nous avons pu mener en Ethiopie et en France auprès de la communauté des chrétiens éthiopiens de la diaspora vivant à Paris, il apparaît que les personnes les plus

pieuses se confessent régulièrement ou assez fréquemment. Par contre, la majeure partie des chrétiens, qui respectent les carêmes et se rendent à l'Eglise, ne se confessent que très rarement. Le plus souvent les fidèles s'y soumettent quand un problème advient et que le recours à Dieu, aux Saints et aux autres personnages divins ou « semi-divins » (anges, saints de moindre importance, saint patron) constitue un appui, une solution à de multiples niveaux (personnel, pour supporter la situation ou pour la faire changer). Par contre, l'approche de la mort et une maladie comme le sida qui requiert une cure par l'eau bénite implique très souvent, mais pas dans tous les cas, une confession. Un retour sur les pratiques des fidèles vivant avec le VIH quant à la confession nous permettra d'apporter un éclairage supplémentaire.

II.3.b Sur les sites d'eau bénite : se confesser ou ne pas se confesser ?

Se soumettre à la cure d'eau bénite appelle une purification préalable des péchés et incidemment une confession. Traditionnellement, les fidèles se rendaient à l'église de leur choix et choisissaient également leur prêtre attiré (Ancel, 2006), la rationalisation et l'organisation en paroisse de l'EOTC a transformé ce lien et c'est désormais parmi les prêtres de la paroisse de leur quartier que les fidèles adoptaient un confesseur (*ibidem*). Seuls les prêtres sont habilités grâce à l'ordination à recevoir la confession des fidèles, les moines ne peuvent l'entendre. Le prêtre confesseur est appelé en amharique *yänäfs abbat*, soit littéralement «père de l'âme» ou encore *yänesehä abbat*, «père de pénitence». Les fidèles sur les sites d'eau bénite emploient préférentiellement la première expression. Les «pères de l'âme» sont choisis parmi les prêtres de la paroisse abritant, ou encadrant le site d'eau bénite où vivent les *tsäbältägnas* ou les postulants *tsäbältägnas*.

Il apparaît que pour importante que soit cette confession des péchés, les relations que les fidèles entretiennent avec ces «pères de l'âme» sont hétérogènes et témoignent dans certains cas de pratiques cléricales peu orthodoxes. En effet, la plupart des PVVIH se confessent à leur arrivée sur un site d'eau bénite afin de se libérer de leurs péchés pour prendre le *tsäbäl*. Mais plusieurs fidèles se plaignent des demandes de paiement des prêtres en rétribution de cette confession :

« Quand je suis arrivée ici, il était nécessaire d'avoir un confesseur – *näfs abbat* –, je me suis confessée. Mais ce confesseur n'était pas bon, il n'est jamais venu me visiter, alors j'ai arrêté de l'avoir pour confesseur. Au début il m'a recommandée de jeûner et de *sgéhet* (un jeun complet de deux jours). Mais quand tu vas le voir pour te confesser, tu dois leur donner de l'argent, si tu ne leur en donnes pas, ils sont mécontents et te le montrent. » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

« Non, je ne me suis pas confessé, on peut prendre l'eau bénite quand même, Dieu nous connaît. Et puis les prêtres, ils demandent de l'argent quand tu te confesses, ils sont plus intéressés par l'argent. » (un HVVIH, 'Uraél, novembre 2005)

D'autres personnes ont tissé avec leur confesseur des liens plus profonds et celui-ci joue auprès de leur « fils spirituel » un rôle important :

« [Question : Avez-vous un confesseur ?] Oui. [Question : En avez-vous un avant de venir ?] Oui. [Question : Avez-vous un confesseur ici ?] Oui. [Questions : A quelles occasions/ pour quelles raisons vous confessez-vous ?] Quand j'ai des questions sur ma

maladie, quand je veux savoir quand je vais guérir. [Question : Qu'attendez-vous de lui ?] Il me dit ce que je dois faire, il m'encourage, me dit de ne pas renoncer, de ne pas me décourager. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, avril 2008)

« Tu dois te confesser quand tu commences l'eau bénite, mais si tu fais encore le mal, tu dois revenir vers ton confesseur. [Question : Qu'attendez-vous de lui ?] Ils t'encouragent, ils te soutiennent, avant j'avais peur d'eux mais plus maintenant. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« [Question : Avez-vous un confesseur ?] Oui. [Question : En avez-vous un avant de venir ?] Oui. [Question : Avez-vous un confesseur ici ?] Oui. [Questions : A quelles occasions/ pour quelles raisons vous confessez-vous ?] J'ai confessé tous les péchés que j'avais commis dans ma vie passée [avant de venir sur le site d'eau bénite] avant de commencer à prendre du *tsäbäl*. Tu te confesses quand tu commets un péché, comme par exemple se disputer ou se battre avec un autre *tsäbältägna* ou quand tu penses à avoir des relations sexuelles avec une femme, n'importe quelle femme. [Question : Qu'attendez-vous de lui ?] Il m'écoute et me donne des directives (des ordonnances) pour me purifier de ce que j'ai fait. J'attends de lui qu'il me dise comment guérir de mes péchés. » (un HVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

D'autres sont plus distanciés et ont moins besoin de leur soutien :

« [Question : Avez-vous un confesseur ?] Non, je n'ai pas besoin d'un *näfs abbat*. Tu sais, ils ont besoin d'argent quand tu vas les voir. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, juillet 2008)

Quels que soit la qualité des liens établis entre un fidèle et son confesseur, la confession permet d'éliminer le péché et plusieurs *tsäbältägnas* ne se considèrent plus comme des pécheurs suite à ce rituel qui débouche sur la cure d'eau bénite :

« Quand je suis arrivé dans ce lieu, je me suis confessé pour ce que j'ai fait, et je ne me sens plus pécheur désormais. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« Avant de venir ici, je me considérais comme pécheresse, mais maintenant, j'ai confessé toutes les mauvaises choses que j'ai faites dans le passé, j'ai fini tout le jeun et la prière, je suis née à nouveau. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« J'ai confessé mes péchés avant de commencer l'eau bénite. Mon *näfs abbat* m'a dit de jeuner pendant deux jours et après cela je ne l'ai plus vu. » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

La cure même étant un rituel de rédemption, la pénitence spécifique aux péchés du fidèle qui devrait normalement précéder le rituel de l'eau bénite est, dans la plupart des cas, absorbée par ce rite expiatoire. Si bien que la majorité des fidèles se soumettant au rituel de l'eau bénite ne se voit imposer ni pénitence ni rite de pardon préalable à la cure, les deux ayant lieu simultanément. Dans la majorité des cas, les pénitences imposées suite à la confession ne sont pas aussi lourdes que les manuels composés à destination des confesseurs cités par les prêtres interrogés par S. Ancel (2006 : 302-310) ne le laissent entendre. Il est possible que les *tsäbältägnas* étant d'ores et déjà dans une posture pénitente, les actions à accomplir pour se purifier du péché soient moindres.

Si un grand nombre de PVVIH se confessent avant de commencer le rituel de l'eau bénite, devenant ainsi *tsäbältägna*, plusieurs d'entre eux ne le font qu'une fois, échaudés par les

demandes d'argent émanant des prêtres. D'autres plus rares, se passent de ce rituel de la confession et se soumettent directement et sans intermédiaire à la cure par l'eau bénite. Cas encore moins fréquents, certains fidèles vivant avec le VIH ne viennent prendre de l'eau bénite que le samedi et le dimanche, arguant leur travail salarié qui les occupe les autres jours. Les pratiques tant des fidèles que des clercs sont donc variées et oscillent entre indépendance totale pour les fidèles et vénalité pour les clercs d'une part et demande d'encadrement rituel fort de la part des fidèles et offre sacramentelle importante de la part des clercs. Nous reviendrons sur ces variations dans le prochain chapitre.

II.4 Le péché et le pécheur : des notions complexes

Il apparaît donc que l'infection au VIH est, en se rendant sur un site d'eau bénite, retraduit en terme religieux, en affection religieusement prise en compte et traitée spirituellement. Ou autrement formulé, quand une PVVIH se rend sur un site d'eau bénite, son affection que l'on peut qualifier de « laïque » devient une affection traitée religieusement, spirituellement, par l'eau bénite. Cette cure religieuse est un rituel de rédemption, d'expiation, une retraite spirituelle pour les pécheurs au sens chrétien. Recourir à cette forme de cure implique, nécessite, nous l'avons vu, l'adhésion au statut de pécheur, elle en constitue un prérequis : pour prendre de l'eau bénite, il faut endosser le statut de pécheur et confesser ses fautes, même celles qui n'ont pas conduit à l'infection au VIH. Il apparaît donc au terme de cette analyse, qu'être pécheur est un prérequis pour effectuer la cure, en dehors même du fait que l'infection au VIH est associée à une sanction divine. Il semble donc qu'une des raisons expliquant la distinction entre l'adhésion au statut de pécheur et la lecture des circonstances de la contamination au VIH (faute sanitaire, sociale) se situe là. C'est que dans le christianisme éthiopien et pour cette cure par l'eau bénite en particulier, le fait d'être pécheur et faire pénitence ont pour but l'obtention d'une guérison miraculeuse, et non pas uniquement l'affliction des hommes vivant avec le virus pour un péché qui déplaît à Dieu. Cette dimension est certes importante, mais elle ne suffit pas à expliquer le fait que les PVVIH usent des registres sociaux et sanitaires pour expliquer les circonstances de leur infection avant toute imputation religieuse. Le registre religieux est également évoqué, et nous nous permettons d'insister sur le caractère conjoint de l'imputation, parce que la pénitence aboutit à la rédemption et à la guérison du sida. La demande de pardon faite au divin aboutit non seulement à la réintégration du pécheur au sein de la communauté mais aussi enlève la maladie, signe du péché. Cette corrélation entre péché, pénitence et ascèse extra-mondaine monacale laïcisée aboutissant à la rédemption, au pardon divin manifesté par une guérison « miraculeuse » est en Occident, à notre connaissance, inconnue ou du moins très rare. Nous estimons que cette rareté est à mettre en corrélation avec une conception particulière du divin, point qui sera développé dans le prochain chapitre. Il semble, mais cela restera à vérifier, que dans le christianisme éthiopien, la dimension miséricordieuse du divin prenne le pas sur sa dimension punitive ce qu'atteste l'absence de Christ en croix dans les représentations de celui-ci, jusqu'à la fin du XVIII^e siècle (Balicka Witakowska, 1997), de même que l'insistance sur la résurrection du Christ par rapport à sa crucifixion lors des fêtes de Pâques qui nous a été donné d'observer de nombreuses fois. Au contraire, J. Delumeau a montré

qu'en Occident la culpabilisation, la peur de l'enfer ont dominé des XIII^e au XVIII^e siècles (1983) témoignant d'une représentation et de conception du divin comme d'un Dieu vengeur, courroucé, justicier plutôt qu'aimant et miséricordieux.

Mais pour l'heure, nous pensons que cette distinction entre faute religieuse et infection au VIH, cette adhésion au statut de pécheur en vue d'une cure peut être étendue à d'autres contextes, et pose la question de la relation entre péché, ou faute, maladie et guérison.

II.4.a Retour sur les notions de pécheur et de loi

Il s'agit ici d'effectuer le renversement de perspective annoncé plus avant quand aux notions de faute, de transgression, de péchés et tenter de montrer que ces idées, les manières d'envisager le monde qu'elles traduisent sont plus complexes qu'il n'y paraît.

Selon M. Wondemagegnehu, A. Motovu (1970), J. Meyendorf (1975) et V. Lossky (1990) les chrétiens éthiopiens et orthodoxes ne naissent pas pécheurs, le baptême a lieu dans l'enfance pour établir le lien à Dieu, et le faire entrer dans la communauté des chrétiens. A l'inverse, dans le christianisme occidental, R. Herzt rappelle que

« Deux événements dominant et contiennent, selon le christianisme, toute l'histoire du monde et de l'humanité : le péché du premier homme et la Passion rédemptrice du Christ. [...] Ces deux faits historiques révèlent à l'homme le mystère de sa double nature : il est essentiellement un pécheur, mais un pécheur racheté. [...] [L]'expiation individuelle reste la loi d'une humanité corrompue, » (1988 : 17-18)

En Occident, le statut ontologique de l'homme est donc celui du pécheur, s'y surajoutent les péchés individuels que la confession et l'aveu permettent d'obtenir, de racheter, de faire pardonner (Delumeau, 1990). En Ethiopie, quoique l'enfant naissant ne soit pas considéré comme pécheur, l'entrée dans l'âge adulte, vers 14 ans, interdit l'accès à la communion régulière ce qui n'était pas le cas avant. Ce sont donc les adultes qui sont considérés, ainsi que plusieurs personnes nous l'ont indiqué, comme ontologiquement pécheurs. A l'instar du christianisme occidental, les péchés individuels sont surnuméraires. C'est sur cette idée de péché ontologique que nous désirerons nous attarder.

La notion de péché rejoint celle plus large de faute envers une ou des entités surnaturelles ou supranaturelles (divinités, esprits, ancêtres, saints, etc.. qui vivent dans un monde invisible ou non visible aux humains normaux), qui existe dans presque toutes les communautés, et semble constituer, une dimension quasi-essentielle de l'homme, des hommes. En outre, la notion de péché est pour les anthropologues de la maladie puis de la santé, arrimée à celle de maladie. C. Herzlich et J. Pierret ont montré qu' « aux âges où Dieu [...] est le grand principe [de l'ordre du monde], la maladie ne saurait lui échapper » (1991 : 139). La maladie et le péché sont alors des conceptions intimement liées :

« La conception qui met Dieu et le péché au fondement de la maladie n'est pas seulement de l'ordre d'une conception étiologique. La référence à Dieu est parfois énoncée dans le discours sur le même plan que tout autre « cause », mais elle joue en fait, en profondeur, un rôle tout autre. Elle énonce la vérité de l'ordre du monde et nous montre que la maladie ne peut se penser en dehors d'elle. La pensée du mal biologique est toujours, simultanément, pensée sur le monde et la société [...]. Mais cette inclusion du désordre biologique dans le registre de la loi divine est bien plus que l'attribution

d'une cause fût-elle première ; elle est l'énonciation d'un sens du mal et assignation au malade d'une place dans l'ordre du monde. » (Herzlich, Pierret, 1991 : 139)

Si la notion de péché a pu être considérée comme « sens du mal et assignation au malade d'une place dans l'ordre du monde » (*ibidem*), nous estimons qu'il est possible d'ajouter un niveau d'interprétation en inversant la proposition. Il s'agit alors de proposer de considérer la notion de pécheur non pas uniquement comme assignation d'une place, ou comme synonyme de désordre, mais d'envisager le fait que la maladie doit être conçue comme un désordre, un péché, afin de pouvoir mener une action sur, afin de pouvoir agir sur des causes, des agents, pour faire quelque chose et œuvrer sur la maladie.

II.4.b La maladie comme conséquence d'une faute, d'une transgression

L'idée de faute est arrimée à l'existence d'interdits, de règles, de lois dont le non respect constitue ladite faute (ou péché). Cette faute provoque le courroux, la colère, la vengeance, bref une sanction des êtres ou entités supranaturels qui, soit ont édicté ces lois, soit dont l'existence, et/ou le bien-être, sont conditionnés par leur respect. La sanction, la punition est dirigée vers les humains en tant que groupe ou à titre individuel. Quelques exemples tirés de plusieurs contextes permettront d'illustrer ce propos. Les anthropologues de la santé (ou de la maladie) ont mis l'accent sur le fait qu'une maladie était un désordre social tout en étant un désordre biologique (Augé, 1986). N. Sindzingre rappelle que la maladie dans les systèmes traditionnels est souvent la conséquence de la rupture, la transgression d'un interdit (1983b : 143). A. Zempléni, un des grands noms de l'anthropologie de la maladie moderne, résumera la situation quant à la relation entre maladie et transgression ainsi :

« Les fondateurs de l'anthropologie médicale anglo-saxonne avaient largement souligné déjà que l'interprétation et la résolution magico-religieuses des épisodes de maladie remplissent d'importantes fonctions de contrôle social dans les sociétés qui ne disposent pas d'institutions juridiques et politiques spécialisées pour régler les conflits et pour imposer le respect des normes. » (1982 : 6)

Dans un compte rendu de lecture de l'ouvrage de R. Beneduce et R. Collignon portant sur la mort ainsi que la lutte contre la dépression en Afrique, M. Tartari rappelle que chez les Dogons (Mali) :

« Dans leurs discours, les guérisseurs insistent sur le lien entre la transgression d'un tabou et l'apparition de la maladie. » (Tartari, 2002 : 96)

Ainsi, les thérapies « magico-religieuses » sont-elles intimement liées à la règle, la loi, la norme. Leur transgression, leur non-respect conduit à la maladie, au mal, au malheur, soit une sanction conséquence d'une faute, d'un manquement à la règle. Cette situation n'est pas propre aux sociétés africaines. De manière explicite, un verset de l'Ancien testament établit à propos des Israélites :

« Tant qu'ils ne péchèrent pas en présence de leur Dieu, la prospérité fut avec eux, car ils ont un Dieu qui hait l'iniquité. Quand au contraire ils s'écartèrent de la voie qu'il leur avait assignée, une partie fut complètement détruite en de multiples guerres, l'autre fut conduite en captivité dans une terre étrangère. » (Livre de Judith, 5 : 17-18)

Ainsi, dans de nombreuses sociétés, règles, leur non-respect et malheurs sont-ils adossés, arrimés les uns aux autres comme les anthropologues de la maladie l'ont établi (Augé, Herzlich, 1986 ; Augé, 1986).

II.4.c Une multiplicité de règles inobservables qui interroge

Cependant, on peut s'étonner de la multiplicité des règles devant être observées pour éviter la maladie et plusieurs auteurs ont pointé leur nombre et l'impossibilité de toutes les respecter. N. Sindzingre dans un texte sur l'interprétation de l'infortune chez les Senufo de Côte d'Ivoire, explique que les interdits sont nombreux et son analyse conduit à penser que seule une devineresse sera apte à mettre à jour la transgression accomplie :

« En effet, la capacité à deviner s'appuie sur une alliance particulière de la devineresse avec certaines puissances de l'univers senufo : esprits de la terre/*madebele* et puissance de continuité de matrilignage/*sandoho*, qui, comme toutes les puissances inobservables, sont spécifiées par des interdits propres, dont la transgression est supposée entraîner des effets néfastes pour l'auteur de la transgression ou un membre de son matrilignage. L'un de ces nombreux interdits (*yafunyi*) est d'utiliser l'argent de la consultation à des fins «séculières», alimentaires, vestimentaires, etc., a fortiori de le prêter et de ne pas le rembourser. » (1983a : 15)

Dans un autre contexte, A. Julliard étudiant les représentations de la maladie en pays Joolafelup en Guinée Bissao, établit que :

« D'une manière ordinaire, il y a maladie parce que le patient s'est mis "en défaut" des valeurs morales, religieuses ou sociales. Il faut préciser que, le plus souvent, la situation pathologique provient moins d'une faute volontaire que d'une erreur de relation : par exemple, laisser inachevé un sacrifice ou tarder à répondre à une demande d'aide de la part d'un parent. Le code des obligations et des interdictions, est suffisamment complexe pour que l'oubli d'une règle soit inévitable et fréquent.¹²⁷ » (1995 : 222)

Il apparaît donc que les lois, les règles, les tabous sont trop nombreux pour pouvoir tous être observés, si bien que les manquements sont pratiquement inévitables et ce, dans des contextes culturels très divers. Un retour aux Tables de la Loi qui ont servi de base à l'élaboration du Talmud juif et à la hiérarchisation des péchés chrétiens occidentaux puis catholiques révèle l'existence de règles qu'il est en pratique, concrètement, difficile, voire impossible dans la plupart des cas, de respecter dans leur totalité. Les versets de l'Ancien testament, suivis donc par les Juifs comme par les Chrétiens explicitent :

« Tu ne te vengeras point, et tu ne garderas point de rancune contre les enfants de ton peuple. Tu aimeras ton prochain comme toi-même » (Lévitique, 19 :18)

« Tu ne convoiteras pas la femme de ton prochain, tu ne désireras ni sa maison, [...] : rien de ce qui est à ton prochain » (Deutéronome, 5 :21)

Ces commandements, lois divines données aux hommes concernent la vie quotidienne et les rapports humains profanes et normaux. L'histoire a bien montré à quel point les premiers commandements cités ici n'ont pas été, et ne sont pas respectés, il n'est guère besoin de le rappeler. Par ailleurs, le fait de « convoiter » les biens de son prochain peut être considéré comme la base même du commerce puis de l'apparition de l'argent comme G. Simmel l'a

¹²⁷ Nous soulignons.

démontré (2009). En effet, cet auteur explique que c'est parce qu'un bien est désiré qu'il prend de la valeur, traduite sous forme d'argent. Et les psychologues nous ont appris que le désir, la libido était également un des moteurs de l'existence, et parmi ces désirs, celui des biens d'autrui constitue un fondement social fort, non pas tellement pour les lui prendre, mais parce que ce qu'il possède fait envie et conduit à se procurer le même bien ou un bien identique par un autre moyen. Ainsi, en substance, ces commandements sont concrètement irréalisables et seuls les hommes les plus saints peuvent y satisfaire et obéir à ces lois, règles ou injonctions. Il ne s'agit pas de mettre en cause la validité de ces commandements, de ces règles, mais de pointer le fait qu'aucune société humaine n'a pu vivre et ne peut vivre en respectant en permanence toutes ces règles et l'histoire des civilisations chrétiennes et juives constitue la plus incontestable des preuves. Nous pensons qu'il est dès lors possible de s'interroger sur la place et le rôle de ces « lois » qui ne sont pas applicables réellement et dont pourtant le non-respect constitue une faute passible de toutes les sanctions imaginables (maladie, sécheresse, accident, fausse couche, mort, fléaux divers, guerres, etc.). Toutes ces règles, prescriptions, lois, juives, chrétiennes, des sociétés « traditionnelles » africaines ou autres ont-elles réellement été édictées uniquement pour être suivies dans leur ensemble et tout le temps ? Ne peut-on pas essayer de les considérer autrement ?

II.4.d Trouver une faute pour réparer

Une attention à quelques unes des techniques, des méthodes employées pour soigner ou traiter une maladie, pour arranger une situation, éloigner un malheur fournit certaines des clefs de compréhension. Dans de nombreux contextes, la survenue d'une maladie conduit la personne affectée elle-même ou ses proches à consulter un spécialiste, le plus souvent magico-religieux (ou religieux). Ce dernier déterminera la règle, la loi qui n'a pas été observée et qui est à l'origine du courroux de l'entité, que cette entité soit conçue comme ayant édicté la règle, le tabou ou l'interdit ou que son bien-être, son existence dépende de leur respect. En Ethiopie du Nord, M. Leiris explique que la colère des *zar*,

« Peut se manifester de toutes façons : maladie, transe, [...] accident, [...] etc. [...] Mais on trouvera presque toujours dans l'explication donnée de cette colère réelle ou supposée, l'idée d'une faute contre le *zar*, faute récente ou ancienne, positive ou négative : soit qu'on ait lésé d'une façon quelconque la créature – humaine, animale, végétale – à laquelle le *zar* est lié d'une façon permanente ou momentanément, soit qu'on ne lui ait pas rendu les honneurs qui lui sont dus. L'idée de "faire la paix" avec le *zar*, de l'amener à "pardonner" est à la base de tout le traitement appliqué par les guérisseurs et les guérisseuses [...] Il s'agit donc essentiellement de réparer la faute commise, de rendre les *zar* conciliants. » (1996 :933)

N. Singzingre montre qu'en pays Senufo la devineresse de lignage consultée en cas d'infortune cherchera la règle, la transgression commise et qui devra être réparée pour retrouver l'équilibre ou ne pas aggraver la situation (1983a ; 1983b). C. Coderey établit qu'à l'Ouest de la Birmanie dans la région de l'Arakan, les thérapeutes arakanais, autres que formés à la biomédecine ou que les « maîtres de la médecine locale »,

« Conçoivent la maladie comme potentiellement déterminée par un large éventail de facteurs (incluant karma, planètes, aspects organiques, agresseurs) et recourent à une

pluralité de pratiques afin d'agir sur un plus grand nombre de ces aspects possibles. »
(2010 : 35)

La maladie peut être, entre autre, imputée tour à tour ou conjointement, à un mauvais « karma » ou à des esprits divers qui « attaquent les humains pour se venger d'une négligence, d'une offense à leur encontre » (Coderey, 2010 : 34-35).

Dans le christianisme éthiopien, nous avons vu que les personnes vivant avec le VIH se considéraient pécheurs non pas tellement pour le non respect d'une faute religieuse particulière - et certains ne savent pas exactement quelle faute les a conduit à être contaminé - mais pour effectuer un rite d'expiation, de pardon et incidemment pour guérir. Il nous semble donc que l'on puisse également considérer les règles, les interdits et les lois comme permettant *a posteriori* de trouver quelque chose à réparer, pour restaurer l'état perdu, retrouver un équilibre, mettre fin à une situation pénible, douloureuse ou conduisant possiblement à la mort. Car si il n'y a rien à réparer, si la situation n'a pas de cause sur laquelle mener une action, que faire, comment agir pour arranger la situation ?

II.4.e Le pécheur ontologique comme mode d'action dans et sur le monde

Nous avons vu dans les chapitres précédents et plus avant dans celui-ci que si l'Eglise éthiopienne édictait des règles en matière de comportement sexuel, elles n'étaient pas toujours suivies, la communauté et la société en générale constituant les instances de règles effectives et s'assurant de leur contrôle. Plus avant, il a été explicité que les personnes apprenant récemment leur séropositivité se rendaient sur des sites d'eau bénite dans l'espoir d'y guérir du sida. Dans ce cadre, ils endossaient le statut de pécheur. Pourtant, il est apparu qu'ils n'imputaient pas leur infection au VIH à un péché au sens religieux du terme :

« [D'après vous comment avez-vous été infecté ?] J'ai été infecté à cause de ma colère contre mon premier petit ami. J'ai commencé à avoir une relation avec le deuxième homme sans le connaître assez. [Avez-vous une idée de qui vous a infecté ?] Oui, c'était mon mari. Je l'aimais beaucoup mais je n'étais pas amoureuse de lui comme je l'étais de mon premier petit ami. » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

Les questions suivantes portent sur ses relations avec les hommes-femmes, puis sur l'eau bénite. Enfin, cette même personne, à la question :

« [Vivre avec le VIH/sida, est-ce que cela implique que vous êtes un pécheur ?] Oui »
(une PVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

Une autre femme considère avoir été contaminée en prenant soin de sa tante, donc, en terme religieux, elle n'a pas fauté en commentant l'adultère, pourtant, elle se dit « pécheresse » :

« Moi, je crois que j'ai ce virus de ma tante quand je l'ai soignée, elle ne m'a pas dit quelle était sa maladie avant qu'elle n'arrive tout près de l'agonie, à ce moment seulement elle m'a dit qu'elle avait le VIH. [Vivre avec le virus, est-ce que cela implique que vous êtes un pécheur ?] Bien sûr ! C'est à cause de mes péchés que j'ai contracté cette maladie. » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

Que les personnes aient été victime d'un viol, qu'elles imputent leur infection à leur conjoint ou qu'elles considèrent avoir eu des relations sans protection, rares sont celles qui emploient

des références religieuses pour expliquer l'origine de leur contamination, mais toutes sont des « pécheurs » :

« [Pour quelle raison avez-vous le test ? Parce que mon mari est mort, et il pensait qu'il avait le VIH. [Est-ce qu'avant de venir à Ent'ot'o Maryam vous vous considérez comme un pécheur ?] Oui, je demandais à Dieu, qu'est-ce que j'ai fait pour mériter cela, qu'ai-je fait pour être séropositive ? [Vivre avec le virus, est-ce que cela implique que vous êtes un pécheur ?] Pour moi, oui. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, avril 2008)

« [D'après vous comment avez-vous été infecté ?] Quand j'étais dans une petite ville qui s'appelle Enkhoni, j'ai travaillé dans une maison, et il y avait un homme, qui m'a dit qu'il va changer ma vie, et qu'il va m'épouser, alors, après quelques temps, je suis partie avec lui, mais après une nuit, il a dit à tout le monde qu'il a le virus et qu'il m'a contaminé. [Vivre avec le virus, est-ce que cela implique que vous êtes un pécheur ?] Oui, bien sûr, j'ai trouvé cette maladie à cause de mon péché, de ma faute. Je ne devrais pas le lui reprocher, même s'il ne me laisse pas guérir. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008.)

Cette manière d'endosser une faute alors même que d'après les termes religieux, leur responsabilité est mimine au regard de leur contamination nous a souvent posée question. Pour quelles raisons, alors même que d'une certaine manière elles s'envisagent également comme des victimes et ne se considèrent pas comme responsable de leur infection adhérent-elles sans réserve à l'idée d'être pécheur, voire même impute leur contamination à cette situation : « être pécheur » ? C'est une *tsäbältäгна* vivant avec le VIH, elle-même, qui nous donna la clef pour comprendre les raisons de l'adhésion massive au statut de pécheur : peu importe les raisons, et comment la personne s'est vue contaminée, être pécheur est « une nécessité ».

« [D'après vous comment avez-vous été infecté ?] Moi, je pense que c'est mon mari qui m'a infectée. Quand j'étais à la campagne, je me suis mariée avec un homme et on a vécu ensemble pendant trois mois. Puis, il m'a quittée pour venir à Addis Ababa. Puis avec mon deuxième mari, on a vécu ensemble pendant onze ans jusqu'à maintenant. [...] A partir de maintenant, j'en ai assez des hommes, je n'ai jamais pensé que l'homme que j'aime m'abandonne comme ça quand je tombe malade. [Vivre avec le virus, est-ce que cela implique que vous êtes un pécheur ?] En tant qu'homme, il n'y a pas de saint, tout le monde est pécheur. Quand vous avalez de l'eau bénite, il faut vous convaincre que vous êtes pécheur et Dieu vous pardonnera. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

La formulation de cette femme rend la situation on ne peut plus claire et explicite : si une personne veut être pardonnée et obtenir la guérison, alors, elle doit se convaincre et admettre qu'elle est une pécheresse. Le péché est la condition de l'homme « normal », mais quand on demande la guérison divine, alors, l'adhésion pleine et entière à ce statut constitue un prérequis essentiel, il ouvre sur la possibilité du pardon. Se dire pécheur, permet de demander pardon.

Ce dernier exemple n'est pas sans rappeler le Livre de Job et de manière plus générale, cette question nous semble être un des sujets traités dans ce Livre, un des plus connus de l'Ancien testament. Rappelons sommairement les grandes lignes du contexte. Job était un homme parfait et qui plaisait à Dieu, il accomplissait les rites, respectait la loi divine, craignait Dieu, il en était béni : nombreuse était sa descendance et il possédait de nombreux troupeaux. Satan

convainquit Dieu que Job n'était obéissant, ou un homme respectueux de la loi divine parce qu'il était dans une situation agréable (de nombreux enfants et petits enfants, de nombreux troupeaux, une bonne santé). Satan poursuivant ajouta que si Job était misérable et devant la peine, il serait moins regardant, et moins obéissant. Alors, Dieu mit au défi par Satan lui envoya tous les malheurs possibles, ses troupeaux périrent, ses enfants et petits-enfants également, enfin, il tomba gravement malade. S'ensuit de longs dialogues entre Job et sa femme d'abord puis entre Job et trois de ses amis venus le visiter. Ce livre a été commenté de nombreuses fois par des exégètes et théologiens. Il est complexe et d'une grande richesse et il ne s'agit pas ici de reprendre les analyses déjà menées. Nous voudrions simplement rappeler quelques uns des échanges les plus significatifs pour notre propos. L'ami qui le premier prend la parole argue :

« Tu as dit "ma conduite est pure, je suis irréprochable à tes yeux." Si seulement Dieu voulait parler, ouvrir les lèvres à cause de toi, s'il te dévoilait les secrets de la Sagesse, qui déconcertent toute sagacité, tu saurais que Dieu te demande compte de ta faute. [...] si tu répudies le mal dont tu serais responsable et ne laisses pas l'injustice habiter sous tes tentes, tu lèveras un front pur [...]. Alors tu débuteras une existence plus radieuse que le midi » (Job, 11 : 4-17)

Le deuxième ami insiste devant l'entêtement de Job à se considérer comme juste et pur, et maintient que Job est forcément fautif et ne peut se considérer comme pur car :

« Comment l'homme serait-il pur, resterait-il juste, l'enfant de la femme ? A ses Saints mêmes Dieu ne fait pas confiance et les Cieux ne sont pas purs à ses yeux. Combien moins cet être abominable et corrompu, l'homme, qui boit l'iniquité comme l'eau ! » (Job, 15 : 14-16)

Tous les dialogues tournent autour de cette idée, Job doit admettre sa faute. S'il est accablé d'autant de malheur c'est qu'il a fauté devant Dieu car Dieu est justement le tout puissant, le grand Sage. Job rétorque qu'il est juste et que même s'il ne l'était pas quel serait son avantage à reconnaître ses fautes puisque Dieu lui inflige ces maux et punit le méchant comme le bon de la même façon.

Un des axes autour duquel le texte s'articule pourrait être celui-ci : comment expliquer et éviter le mal qui atteint l'homme ? Et comment agir sur ce mal effectif pour retrouver la félicité. Les amis de Job considèrent que l'homme, parce qu'humain et faillible ne peut que déplaire à Dieu et que ce dernier aura toujours toutes les raisons de le punir, même si l'homme se considère pur. La seule manière de complaire à Dieu et d'éloigner le mal est de « faire la paix » avec lui et d'implorer son pardon. Job doute et s'interroge et continue de se penser juste, ce qui provoque la colère de ses amis. Un dernier interlocuteur ira dans le même sens que les trois premiers.

Il apparaît donc que la faute, le péché est une condition ontologique de l'homme, non pas seulement parce qu'il ne peut être ni pur ni parfait, mais aussi parce qu'en cas de malheur, l'idée de péché et de faute permet d'expliquer et d'expier. Car si l'homme est toujours parfait, que réparer et comment ?

Dieu, les esprits, les entités supranaturelles vivent selon des lois qui dépassent forcément l'entendement humain, car d'abord, ces mondes supranaturels, sont des espaces qui commandent le monde réel, et qui doivent demeurer manipulables par les humains. Une des manières, et nous considérons bien que c'est une des voies possibles, d'agir sur le monde réel

est par le biais de ces espaces surnaturels dirigés par des entités puissantes, surpuissantes, envers lesquels les hommes sont toujours débiteurs pour pouvoir réparer. L'ordre idéal, saint, pur, parfait est sans mal, maladie, fléau. Les lois divines, les règles inconnues permettent d'obtenir cette existence parfaite, mais, parce qu'elles sont inatteignables par essence, et doivent le demeurer, l'apparition du malheur est inévitable. Mais inversement, ces règles non respectées offrent la possibilité de se faire pardonner, ne pas pouvoir toutes les respecter ouvre une fenêtre pour d'abord expliquer la survenue du malheur et ensuite agir sur les entités supranaturelles pour les inviter à réparer, à pardonner, et à restaurer l'ordre perdu. Dans ces conditions, les désordres biologiques, les infortunes ne sont pas uniquement des désordres sociaux, ils sont transformés, relus, en désordre « tout court », ils sont considérés comme tels pour être ensuite réordonnés. Ainsi, ce n'est pas tant que la maladie est désordre, c'est qu'elle doit être désordre pour que l'ordre soit retrouvé. La multiplicité des règles, des lois, des interdits est telle qu'on pourra toujours trouver une règle non respectée, un tabou transgressé, une loi oubliée, à l'origine du problème et sur lequel il sera possible d'agir. Et c'est bien ainsi qu'il doit en être. Les règles selon cet angle d'approche ne sont pas toutes faites pour être respectées, elles sont nombreuses pour que l'homme puisse toujours être débiteur, en état de transgression permanent d'une manière ou d'une autre, car toujours susceptible de vivre un malheur. On peut se demander la mesure dans laquelle cette situation ne traduit pas l'idée de l'incertitude de l'existence. Dès lors, être pécheur au sens chrétien du terme ne peut être autre chose que le statut ontologique de l'homme pour sa sauvegarde même, et cette idée, cette notion est déclinable et déclinée dans de nombreux contextes sociaux et culturels.

Conclusion : liminalité sanitaire, liminalité religieuse

L'annonce de l'infection au VIH place donc l'individu hors de la normalité, il perd son statut d'individu sain, « normal », qu'il soit stigmatisé ou non. Cependant, le statut d'une personne séropositive est flou, il est placé dans les « interstices de la structure sociale » (Calvez, 1994 : 61). Certains PVVIH choisissent de transformer cette liminalité en une liminalité religieuse et de devenir des *tsäbältägnas*, littéralement des personnes qui prennent de l'eau bénite. Pour ce faire, ils endossent le statut de pécheur, de malade-pécheur qui va dès lors œuvrer pour sa rédemption/guérison. En devenant des *tsäbältägnas*, ils obtiennent un véritable statut reconnu voire respecté par l'ensemble de la communauté vivant normalement, nous allons voir qu'ils entrent dans de nouvelles formes d'existence faites de contraintes religieuses, de nouvelles sociabilités, tissées sur la base d'une foi en un miracle, en une guérison miraculeuse.

CHAPITRE IX

Des communautés de malades et des communautés de PVVIH : pour une anthropologie de la guérison

*« Il n'y a pas de science de la santé...
Santé n'est pas un concept scientifique,
c'est un concept vulgaire. »*

G. Canghulem, (*Le Normal et le Pathologique*, 1966)

*« Les miracles ne sont pas en contradiction
avec les lois de la nature,
mais avec ce que nous savons de ces lois »*
Saint Augustin

*« Les croyants ont un sens aigu
de la mise en scène des miracles »*
Milan Kundera, *La valse aux adieux*

Les PVVIH, une fois la confession accomplie et les premiers jours passés sur le site d'eau bénite, deviennent des *tsäbältägnas* à part entière et des membres de la communauté des personnes vivant sur un site d'eau bénite. Le présent chapitre est consacré dans une première section à l'analyse de la vie communautaire sur les sites d'eau bénite ainsi qu'à la manière dont le VIH y est présent et comment il est intégré au rituel de l'eau bénite, et est rendu visible entre autre à travers l'émergence des associations de PVVIH. La cure par l'eau bénite, à proprement parler et dans sa dimension individuelle, sera l'objet de la deuxième section. Nous verrons que la guérison « miraculeuse » est construite, élaborée puis validée tant par les fidèles que par l'ensemble de la communauté religieuse puis laïque. Dans une dernière section, on s'intéressera à la ritualisation de la sortie de la maladie sur les sites d'eau bénite. Nous tenterons de montrer que la guérison peut, au même titre que la maladie, être considérée comme un fait social total, dès lors, il est possible de mener une anthropologie de la guérison.

I. Les communautés de malades et les associations de PVVIH sur les sites d'eau bénite

Les communautés dans lesquelles les PVVIH devenus *tsäbältägnas* vivent et les espaces rituels et liturgiques sont indissociables : les rituels existent pour les fidèles et les fidèles sont installés là pour suivre les rituels. Cet ensemble, communautés et espaces culturels et rituels, forment les sites d'eau bénite. L'eau bénite et sa socialisation religieuse ont fait

l'objet d'une description dans le chapitre 3, nous intéresserons donc à présent aux communautés et aux relations qu'elles entretiennent avec les rituels et l'eau bénite même.

I.1 Définition des notions et cadre d'analyse

Cette idée ou notion de communauté requiert au préalable une circonscription, une définition et nécessite que les approches choisies pour l'appréhender soient précisées.

I.1.a. Les sites d'eau bénite : rituel, église et communauté

Les rapports entre les communautés de *tsäbältägnas* et l'institution religieuse soit l'Eglise ou encore les clercs dotés de charisme personnel (*bahetawis* et moines) interrogent. On peut questionner la mesure dans laquelle les sites d'eau bénite et le rituel de l'eau bénite génèrent des communautés. Le rituel d'expiation et celui de l'eau bénite sont essentiellement individuels, pourtant, ils suscitent dans la plupart des cas, l'apparition de communautés assez conséquentes vivant selon des règles proches de celles prévalant pour les moines et les moniales cénobites (vivant en groupe). Inversement, les sites d'eau bénite existent aussi parce qu'ils attirent des fidèles, et donc dépendent en partie de l'existence de ces communautés. Les clercs n'encadrent pas à proprement parler les communautés, elles sont d'une certaine manière « autogérées », les fidèles se chargeant ensemble de faire appliquer les règles protégeant la sacralité des lieux, comme il a été explicité *supra*. Ainsi, de même que J. Branthomme et J. Chélini expliquent que « l'Eglise ne crée pas de pèlerinage, elle l'authentifie, l'organise, le discipline » (1982 :429), il nous semble que l'Eglise chrétienne éthiopienne ne crée pas de communauté de malades ou même de communauté de clercs réguliers et sur les sites, nous verrons que rares sont les clercs qui les organisent, les authentifient et les disciplinent.

Rappelons qu'il existe plusieurs manières de prendre de l'eau bénite : un recours ponctuel par les fidèles, durant un pèlerinage (que la source d'eau bénite en constitue le but ou que l'eau bénite soit présente sur le lieu de pèlerinage) et en cas d'affection plutôt sérieuse (voir chapitre 3 section 4). Cette dernière possibilité concerne au premier chef les PVVIH. La dimension curative du rituel prend alors le pas, et s'accompagne et/ou devient rituel d'expiation, de purification et de rédemption. L'eau bénite permet de purifier tout ensemble le corps et l'âme car elle est associée à une ascèse et parfois à un encadrement liturgique stricts. Prendre de l'eau bénite implique donc de changer de mode de vie, de mener une ascèse extramondaine de type monacale qui, de fait, implique une existence de type communautaire (Hermann, 2010 ; 2012). Toutefois, la frontière entre ces trois catégories est bien plus poreuse que ne le laisse apparaître le présent ordonnancement. En effet, sur certains sites d'eau bénite, les trois figures - fidèles, pèlerins, *tsäbältägnas* - coexistent. De plus, les pratiques sont évidemment plurielles et composites. Certains malades et notamment des PVVIH conservent leur emploi et ne viennent prendre de l'eau bénite que le matin, sans se soumettre à l'intégralité du rituel. Ils ne sont donc pas à proprement parler des *tsäbältägnas* pourtant, ils ont adopté la cure par l'eau bénite. Sur les sites entourés de plusieurs sources d'eau bénite, comme sur le mont Ent'ot'o où quatre sources existent, les *tsäbältägnas* vont de l'une à

l'autre, entre autre à l'occasion de la fête du saint auquel est dédié l'église encadrant le site. Ils peuvent alors être considérés comme des fidèles « normaux ». Durant nos observations participantes à Ent'ot'o Maryam, nous avons noté (et participé) que les *tsäbältägnas* effectuent des pèlerinages. Il apparaît donc qu'ils puissent être tour à tour des fidèles et des pèlerins. Ainsi, être *tsäbältägna* inclu les deux autres formes de recours à l'eau bénite. Et un même site peut accueillir les trois figures. Cependant, les caractéristiques de chaque site, l'institution l'encadrant et la rigidité des rituels, vont conditionner le développement d'une forme en particulier. En outre, ces formes d'encadrement et les types de recours préférentiels influent sur la visibilité des PVVIH et sur la prise en charge spécifique de l'infection au VIH. Car si Ent'ot'o Maryam est un site spécialisé dans la cure du sida, sur d'autres sites les PVVIH sont stigmatisés tandis que sur certains sites, la position est plus neutre. Les facteurs explicatifs de la visibilité du VIH sont nombreux, complexes et interdépendants, n'en seront dégagés ici que certains des plus saillants.

I.1.b. Perspective et points de départ analytiques

Différentes perspectives peuvent être convoquées pour appréhender les aspects sociaux des sites d'eau bénite. Les communautés de *tsäbältägnas* sont des communautés de malades, mais sont également des groupements de pénitents, et un certain nombre de ces malades sont porteurs du virus du sida (et la proportion varie d'un site à l'autre). Dans la mesure où le fondement du vivre ensemble sur ces sites d'eau bénite est l'ascèse extra-mondaine, le mode de communalisation comme l'appelle M. Weber (1995) est principalement religieux, appelant dès lors une analyse de ces communautés à partir des approches et perspectives des sciences sociales du fait religieux. M. Weber conceptualise deux grandes types (idéaux) de relation sociale : la communalisation et la sociation. Il appelle la 'communalisation' :

« Une relation sociale [qui], en tant que, la disposition de l'activité sociale se fonde [...] sur le sentiment *subjectif* (traditionnel ou affectif) des participants *d'appartenir à une même communauté*.¹²⁸ » (1995 : 78)

La sociation se situe de l'autre côté du pôle d'opposition, et est de type rationnel, il dénomme ainsi :

« Une relation sociale lorsque, en tant que, la disposition de l'activité sociale se fonde sur un *compromis* [...] d'intérêts motivés rationnellement (en valeur ou en finalité) ou sur une *coordination* [...] d'intérêts motivés de la même manière. » En particulier, la sociation peut (mais non uniquement) se fonder typiquement sur une entente [...] rationnelle par engagement mutuel. » (*ibidem*)

Il précise ce qu'il entend par communalisation en l'adossant à la communauté affective :

« Une *communalisation* peut se fonder sur n'importe quelle espèce de fondement affectif, émotionnel ou encore traditionnel, par exemple, une communauté spirituelle de frères, une relation érotique, une relation fondée sur la piété, une communauté "nationale" ou bien un groupe uni par la camaraderie. » (1995 :79)

¹²⁸ Les parenthèses et les italiques sont dans le(s) texte(s) de M. Weber, les crochets sont de nous.

Cependant et selon sa méthode, aucune de ces deux catégories n'existent en tant que type pur, ou très rarement. Les relations sociales les plus rationnelles contiennent des éléments affectifs et des liens sentimentaux, et inversement, celles ayant le caractère d'une communalisation « peu[ven]t être orientée en totalité ou en partie dans le sens d'une rationalité en finalité » (*ibidem*). Les communautés de malades vivant sur les sites d'eau bénite, voient, nous le verrons, plutôt leurs relations sociales orientées vers la communalisation. Toutefois, le but commun étant la guérison, elles possèdent des traits de la sociation rationnelle en valeur (et/ou peut-être en finalité ?). C'est sans doute l'angle d'approche le plus évident, mais non le seul. Il serait, en effet, tout à fait possible d'envisager ces espaces et la structuration de ces communautés sous l'angle économique: il existe une différence, du moins affichée et voulue, entre l'économie sur les sites d'eau bénite et celle ayant cours dans le monde normal, profane. Dans la première section portant sur les communautés, la perspective dominante sera celle de l'anthropologie du fait religieux. La deuxième section du chapitre, ayant trait à la cure et à la guérison sera l'occasion d'opérer le chemin inverse, il s'agira alors d'employer les outils et concepts des sciences sociales du religieux pour ensuite mener une analyse et les combiner à des outils analytiques propres au champ de la maladie et de la santé.

I.1.c. La sortie du monde comme fondation de l'identité des communautés des sites d'eau bénite

Les sites d'eau bénite sont conçus comme étant des espaces hors du monde. Si la plupart des sites sont effectivement distants du monde profane, et plus spécifiquement de ville ou de village, quelques uns sont proches de la ville comme Kidäne Meherät, et d'autres sont implantés directement en milieu urbain comme 'Uraél. L'eau bénite occasionne des recours ponctuels, des pèlerinages et des *tsäbältägnas* donc des fidèles se soumettant au rituel sur le long terme. De fait, le recours ponctuel attire des fidèles non impliqués dans un processus de sortie du monde et de pénitence, contrairement aux *tsäbältägnas*. Il a été précisé (chapitre 3 section IV) que l'eau bénite est un 'objet-élément' doté d'une sacralité similaire à celle des églises qui nécessite d'être protégée de la souillure du profane pour conserver ses propriétés thaumaturgiques. Cette distance au monde profane est donc structurelle. Si les fidèles recourant ponctuellement à l'eau bénite respectent les interdits et les règles de pureté requis pour accéder à l'eau bénite, ils sont toutefois moins purs que les fidèles en pèlerinage, geste qui assure une purification *de facto*. Ces deux premiers sont encore moins purs que les *tsäbältägnas* qui, s'étant confessés, confession suivie parfois d'une pénitence préalable à la prise d'eau bénite, ont acquis lors de leur première prise d'eau bénite une pureté qu'aucun des deux autres groupes n'a pu atteindre. Les premiers, les fidèles normaux, sont donc plus près du monde profane que les deux autres, les pèlerins et les *tsäbältägnas*. Et la venue de ces fidèles introduit, dès lors, un élément profane, mondain, dans ces espaces hors du monde. Situation qui en se multipliant risque potentiellement de dévoyer quelque peu l'*energeai* de l'eau bénite conduisant incidemment à sa perte de sacralité et d'efficacité curative. En effet, les récits d'apparition de l'eau bénite mettent en perspective le risque de disparition de l'eau bénite suite à un contact prolongé et/ou répété avec le profane (chapitre 3 section IV). Il apparaît donc qu'un des aspects les plus prégnants dans l'étude de ces sites d'eau bénite et des communautés de *tsäbältägnas* vivant ou non avec le VIH concerne ce que de différents

auteurs ont souligné dans plusieurs contextes : l'opposition dedans/dehors, être dans la communauté ou en dehors (Simmel, 1992; Goffman, 2001; Petitat, 1998 ; Bourdieu, 1988; Turner, 1990). Les communautés de *tsäbältägnas* vivent en dehors du monde, ce sont des groupements d'individus effectuant une retraite spirituelle, soit une sorte de pèlerinage prolongé formant donc ce que V. Turner a nommé des *communitas* (1990) qui opèrent une séparation d'avec la structure normale de la société éthiopienne. En outre, une grande partie de leur identité en tant que groupe et en tant qu'individu est fondée sur leur désir de maintenir cette distance avec le monde, avec la société profane, la vie ou l'existence « séculière » comme certains *tsäbältägnas* la qualifie. Cette différence, renvoyant à la dichotomie chrétienne du monde ou du siècle *versus* hors du monde ou hors du siècle, fait écho aux couples d'oppositions profane/spirituelle, corps/âme, qui recoupe en partie les concepts formalisés par M. Weber de intra-mondain et extra-mondain (1996). Les communautés vivant sur les sites d'eau bénite se pensent, se disent, structurés autour de l'idée que ses membres mènent une existence accès sur le spirituel, sur le lien à Dieu, différente de celle ayant cours habituellement. De fait, les rituels d'entrée qui fondent le statut de *tsäbältägna* marquent une rupture avec la vie profane ou « mondaine », rituels qui appellent une lecture en terme de liminalité par rapport au monde normal (Van Gennep, 1962 ; Turner 1990). Nous avons donc choisit de recourir et de croiser les concepts de M. Weber et de V. Turner pour créer celui de 'liminalité extra-mondaine'. Notons que ce sont là les points d'entrées choisis dans le cadre de cette étude, il eut été tout à fait possible d'analyser ces communautés et ces groupements de malades sous l'angle de l'hétérotopie foucauldienne (Foucault, 1986) ou encore grâce à la notion de communauté fraternelle de M. Weber (1986), c'est au regard de la présence d'association de PVVIH sur ces sites que ce choix a été opéré, nous nous en expliquerons dans le dernier chapitre de cette étude.

Les observations menées sur douze sites d'eau bénite révèle des disparités quant à la présence de communauté de *tsäbältägnas* même, quant au nombre de PVVIH ainsi qu'au regard de la visibilité, de la publicisation de l'infection au VIH. La taille et la place du VIH dans ces communautés sont corrélées à la structuration même des sites d'eau bénite, à l'institution (monastère, église) ou au type de personnages (*bahetawi*, moine, prêtre charismatique) qui les encadrent ainsi qu'à l'existence et à la rigidité des rituels délivrés. Nous allons d'abord nous penché sur ces aspects des sites d'eau bénite avant de considérer les communautés en tant que telles.

I.2 La structure des communautés et visibilité du VIH : variation selon les types de site

Les sites d'eau bénite sont adossés pour la plupart à une église, une observation plus fine conduit à opérer des distinctions. Nous avons vu que ces sites pouvaient être situées en milieu urbain ou dans des lieux isolés et difficile d'accès. Les sites d'eau bénite peuvent être encadrés par des églises, des monastères, des leaders charismatiques ou plus rarement par aucune institution ou personnage religieux. Le rituel de l'eau bénite même peut être quant à lui délivré par des *atmaqis* soit des *monoxes* (prêtres-moines ou moines), ou des *bahetawis* ou encore par une entité supranaturelle, un ange directement. En outre, ces différentes formes d'encadrement institutionnel de l'eau bénite renseignent sur la nature même de l'eau bénite et

participent à sa définition. En effet, d'une part l'eau bénite est dotée d'une *energeia* propre, les structures encadrantes possèdent des charismes ou des attributs spécifiques. Ainsi, les monastères sont des espaces de religiosité de virtuose, les églises encadrent une religiosité de masse selon les catégorisations wébériennes (Weber, 1995 ; 1996). M. Weber part du constat observé dans « toute l'histoire des religions » de « la qualification religieuse inégale des hommes » (1996 : 358). « Les biens de salut ayant le plus de valeurs » (*ibidem*) ne sont accessibles qu'à ceux doués d'une forme de charisme particulier que seuls quelques uns possèdent mais non tous les hommes.

« Il en est résulté la tendance de toute religiosité intensive à se structurer par *corps*¹²⁹ correspondant aux différences de qualification charismatique. Une religiosité de "virtuose" (ou de "héros") s'est opposée ainsi à une religiosité de "masse" » (*ibid* : 358-359)

En Ethiopie, et comme il a été explicité (cf. chapitre 3 section II.3.b), les moines vivant dans des monastères et les anachorètes (ceux vivant en réclusion complète et/ou ceux demeurant "dans le désert" isolés de tous), sont les « héros », les « virtuoses » incontestés du christianisme éthiopien. Les laïcs adoptent ou suivent une religiosité spécifique, adaptée à leur besoin, thématique développée tout au long de cette thèse.

D'autre part, les personnes ayant en charge l'aspersion, sont douées de charismes variables en qualité et en quantité. La combinaison de ces trois tangentes confère à l'eau bénite déjà pourvue d'une *energeia* propre un surplus d'aura qui fait la spécificité de chaque site. Spécificité qui va conditionner la manière dont le VIH sera pris en charge et traité sur les sites d'eau bénite et incidemment influera sur le développement de communauté de malade et de PVVIH. Il s'agit donc dans cette section de dégager et de décrire certaines occurrences présidant à leur apparition et à leur développement.

Au regard de ces éléments, trois critères ont été retenus pour proposer des catégories : le genre d'église encadrant le site, le type d'aspergeur en fonction et l'éloignement au monde. Ils permettent de définir trois catégories de sites : (1) les monastères, (2) les sites placés sous l'égide de *bahetawi* ou de moines sortis de leur ermitage ou de leurs monastères, (3) les églises « normales » séculières.

I.2.a. Des charismes, des institutions religieuses et l'eau bénite

Il existe dans le christianisme éthiopien de nombreux personnages dotés de charismes divers mais appartenant tous à cette Eglise. Certains d'entre ces individus comme les *bahetawis*, et les *däbtäras*, (les chantres de l'Eglise et personnages très instruits pratiquant pour certains la magie), ne sont pas ordonnés et représentent la marge de l'Eglise. Cette position des *däbtäras* en marge de l'institution religieuse est attestée par de nombreux auteurs (Velat, 1954 : 21 ; Mercier, 1979 ; Shelemay, 1992 : 243-4), par contre, à notre connaissance, les *bahetawis* n'ont guère fait l'objet d'étude. De l'autre côté du spectre, d'autres personnages, comme les membres du haut clergé éthiopien représentent l'organisation religieuse dans toute sa puissance institutionnelle et sacramentelle. Entre les deux, les combinaisons, les possibilités sont très nombreuses, variables selon la qualité et la quantité de

¹²⁹ Les italiques et les guillemets sont dans le texte.

charisme que possède la personne et la fonction qu'elle occupe. Avant de présenter certains des personnages clefs des sites d'eau bénite, un rappel des notions wébérienne de charisme, est, nous pensons, opportun¹³⁰. M. Weber définit la notion de charisme comme suit :

« Nous appelons *charisme*¹³¹ la qualité extraordinaire ([...] les prophètes et les sages, thérapeutes et juristes, [...] les chefs des peuples chasseurs et les héros guerriers) d'un personnage, qui est, pour ainsi dire, doué de forces ou de caractères surnaturels ou surhumains ou tout au moins en dehors de la vie quotidienne, inaccessibles au commun des mortels ; ou encore qui est considéré comme envoyé par Dieu ou comme un exemple » (1995 : 320)

Le charisme est donc en général porté par une personne (ou un objet) et il

« Peut être de deux sortes. Ou bien c'est un don adhérent purement et simplement à un objet ou à une personne qui le possède par nature, et il ne peut être acquis d'aucune manière : dans ce cas seulement il mérite ce nom dans toute la force du terme. Ou bien il peut être produit artificiellement dans un objet ou une personne par quelque moyen extraordinaire. » (Weber, 1995 t.1 :146-7)

Le charisme de fonction émerge principalement dans les types d'organisations religieuses « sociétisées » (*ibid* : 173), qui routinisent l'acquisition des biens de salut, les rendant accessibles au plus grand nombre. Ces organisations sont donc tournées vers la religiosité de masse, c'est-à-dire l'ensemble du commun des mortels non hautement qualifiés religieusement. A l'opposé se trouvent les virtuoses du religieux : les moines, les ascètes, les prophètes et les saints. M. Weber définit ainsi la notion de charisme de fonction :

« La qualification charismatique est objectivée : elle est liée à l'ordination en tant que telle, et [...] elle est par principe détachée de la « dignité » personnelle de celui qui a été admis à la fonction » (1996 : 254).

L'existence du charisme de fonction n'élimine pas pour autant le charisme personnel qui peut dans certains cas lui être ajouté, mais rarement le supplanter (*ibid.* :191).

Les personnages en charge du rituel de l'eau bénite même, les « aspergeurs » jouent un rôle prépondérant puisque c'est eux qui aspergent, baptisent les fidèles de cette eau bénie par le divin. Ils peuvent être de simples moines, des moines-prêtres, ceux-ci sont appelés *atmaqi*, littéralement 'celui qui donne le baptême'. Les clercs et les fidèles interrogés expliquent que les clercs manipulant, entrant en contact direct avec l'eau bénie de Dieu doivent être particulièrement purs (Entretiens avec le responsable du site de Kidanä Meherät, janvier 2008 ; Entretien avec un moine de Zeq^wala, juillet 2008). A ce titre, les *atmaqis* pratiquent la chasteté, et sont considérés comme ayant reçu leur charge et leur capacité à baptiser les fidèles de Dieu, ils possèdent donc un don, un charisme spécifique. Dans certains cas, des *bahetawis* remplissent cette charge car ils satisfont, en théorie, à ces exigences. Ces derniers peuvent être des leaders de sites d'eau bénite en partageant avec l'objet-élément eau bénite, l'*energeia* divine. Rappelons brièvement que les *bahetawis* sont des ermites dotés d'un

¹³⁰ Cette notion de charisme a été reprise, retravaillée, précisée par de nombreux auteurs. On pourra lire pour plus de précision sur les développements et extensions donnés à ce concept, les auteurs suivant : Freund (1976), Séguy (1984), Ouedraogo (1993), Dericquebourg (2007), Thériault et Duhaime (2009) ainsi qu'un numéro de la revue Social Compass dédié à ce thème (1982).

¹³¹ Les parenthèses et les italiques sont dans le texte, les crochets sont de nous.

charisme personnel fort acquis grâce à leur ascèse et à leur solitude, soit une religiosité de virtuose, propre aux mystiques, et aux prophètes :

« Par prophète nous entendons ici un porteur de charismes purement *personnels* qui en vertu de sa mission, proclame une *doctrine* religieuse ou un commandement divin [...] D'autre part, l'intention du prophète n'est pas en cause si une nouvelle communauté naît de sa prédication » (Weber, 1995 : 190).

Les moines ou prêtres-moines aspergeurs, les *atmaqis*, de part leur ordination, sont d'abord doués d'un charisme de fonction mais possèdent un charisme personnel pour certains indéniablement fort. En effet, ils sont à l'instar des *bahetawis*, des thaumaturges. Cependant, en général, ils ne voient pas leur(s) charisme(s) interagir avec l'*energeia* de l'eau bénite.

Enfin de manière synthétique et à titre de rappel, les moines sont dotés d'un charisme propre, et appartiennent à la catégorie des virtuoses du religieux, par ailleurs, « le monachisme en tant que réalisation radicale de la fidélité à Dieu, [...], ne dépend d'aucune grâce institutionnelle » (Weber, 1996 : 264), et leur religiosité n'est pas, en Ethiopie du moins, orientée vers les fidèles, ou la masse, mais demeure une religiosité de virtuose. De l'autre côté, les églises et les prêtres, le clergé séculier donc, possèdent et détiennent la grâce sacramentelle, soit un charisme de fonction tourné vers la religiosité de masse, nous y revenons.

En conclusion, les institutions et les personnages impliqués dans l'encadrement de l'eau bénite sont dotés de charismes divers et variés. Le charisme de virtuose plus ou moins institutionnalisé sont portés par les moines ermites (charisme de virtuose seul), les moines vivant dans les monastères (charisme de virtuose institutionnalisé) et les monastères eux-mêmes (charisme institutionnel de virtuose). Les prêtres et les églises sont doués d'un charisme de fonction et sacramentel qui les distingue des monastères. Certains prêtres ont un charisme personnel, mais il se surajoute au charisme de fonction principal. Enfin, les *bahetawis* et tous les personnages non ordonnés prêtre ou moine possèdent un charisme personnel fort, de type variable entrant en résonance avec les autres charismes. Les *däbtäras* qui possèdent le charisme de la connaissance, et ont une réelle fonction dans l'église – chanteur et enseignant – contrairement aux *bahetawis* qui eux n'ont aucune charge religieuse spécifique, se rapprochant ainsi des moines. Ils pourraient représenter la marge du clergé régulier, comme les *däbtäras* constituent la marge du clergé séculier, ou autrement formulé, les *bahetawis* sont au clergé régulier ce que les *däbtäras* sont au clergé séculier : la marge.

I.2.b. Les monastères

Deux des douze sites présentés sont encadrés par des monastères : Zeq^wala et Gäräma Gädam. Dans les deux cas, la source d'eau bénite est un lac et un *atmaqi* est en charge du baptême des fidèles. Sur ces deux sites, la source d'eau bénite ne constitue pas le centre de l'activité religieuse, elle est un attribut supplémentaire et les communautés de malades n'y sont guère développées. La difficulté d'accès de ces monastères, associé à leur sacralité propre, limite matériellement et symboliquement le recours ponctuel des fidèles à l'eau bénite. En effet, bien que ces monastères soient entourés de laïcs, ceux-ci ne viennent que rarement prendre ponctuellement de l'eau bénite. Le rituel de l'eau bénite se fait donc essentiellement dans le cadre de la geste pèlerine. Enfin, dans ces monastères, les baptiseurs

sont des *atmaqis*, au sens restrictif du terme, c'est-à-dire que leur charisme personnel est réduit à sa portion congrue.

Les monastères sont évidemment des espaces hors du monde et la vie monastique éthiopienne, et plus généralement orientale ou orthodoxe, n'est pas axée sur la participation aux liturgies, mais sur l'« oraison » intérieure, intime, celle qui aboutit à l'union avec le divin. La figure représentant le plus parfaitement cette union est l'ascète anachorète vivant en complète réclusion (Lossky, 1990 : 15). Leur grâce ne dépend d'aucune institution (Weber, 1996 : 264), si bien que dans ces espaces, aucune liturgie spécifique à la purification/la rédemption par l'eau bénite n'est proposée aux *tsäbältägnas*. Cette absence n'est pas fortuite mais constitue une particularité des sites encadrés par des monastères. En effet, la liturgie spécifique témoigne d'une adaptation de l'église aux besoins cultuels des fidèles en terme de rédemption, et de quête de guérison miraculeuse. Elle entre en opposition avec la nature des monastères sur deux autres aspects.

Premièrement, les monastères étant en eux-mêmes des espaces hors du monde, loin de la vie du siècle, de l'existence séculière des laïcs, on pourrait penser que ces espaces attirent un grand nombre de *tsäbältägnas*. Il n'en est rien, et au contraire, aucune communauté de malade telle qu'observée à Ent'ot'o Maryam, à Shenq^wära Yohānes ou Shenquru Mikael ne s'y est développé. A Zeq^wala, les malades, plus exactement les pèlerins ou les laïcs en retraite demeurent, au plus deux semaines sur le site. A Gärima Gädam, la situation est plus ambivalente puisque des malades demeurent à proximité du site durant plusieurs semaines, ils appartiennent donc à la catégorie des *tsäbältägnas*. Cependant, tous les fidèles vivent en dehors du monastère, à une distance certaine puisque aucune habitation n'est établie aux alentours, au égard à la sacralité du lieu. Les *tsäbältägnas* louent donc des chambres chez les habitants des quartiers limitrophes, en zone péri-urbaine de Bar Dahar. Ainsi, sur ces deux sites les fidèles venus sur ce type de site ne fondent pas de communautés, à Zeq^wala parce que ces groupements sont trop éphémères, à Gärima Gädam parce que ses membres sont trop dispersés. On peut penser que cette absence provient de l'idéologie sous tendant la vie des monastères : l'ascèse extra-mondaine marquée de contemplation mystique poussée à son extrême dans ces lieux se doit de protéger son espace de l'intrusion intempestive des fidèles, considérés comme d'« indignes profanes représentant du monde réel, habité par le diable et le péché ». Nous retrouvons là, la nécessité pour les espaces hors du monde de se protéger du profane et dans le cas des monastères, des *tsäbältägnas* même. Lesquels demeurent irrémédiablement laïcs et profanes, quand bien même ils se purifient, leur ascèse même extra-mondaine, ne leur conférant pas la religiosité de virtuose des moines et des ermites requise pour vivre dans ces lieux retirés et sacrés. Seuls les pèlerins sont tolérés, mais ils ne sont présents que deux fois l'an, pour une durée courte, de 4 à 5 jours¹³².

Ensuite, l'aspersion des fidèles et même des religieux n'est pas le fait de personnage doué d'un charisme personnel quelque peu appuyé, mais d'un charisme de fonction tout juste mâtiné de charisme personnel. D'autres études devront confirmer cette hypothèse, mais il

¹³² Les moines ne considèrent d'ailleurs pas ce pèlerinage profane, appelé communément *mänfäsawi guzo*, soit littéralement « le voyage de la foi », comme un réel voyage spirituel. En effet, selon ces virtuoses de l'ascèse, « seuls les moines vivant en réclusion totale et devenant à leur mort aussi évanescents que les nuages qui, à l'aurore, s'agrippent au mont Zeq^wala effectuent réellement ce voyage de la foi. » (Entretien avec un moine de Zeq^wala, juillet 2008).

semble que le faible charisme personnel de ces *atmaqis* soit à mettre en corrélation avec la sacralité des monastères. Tout se passe, en effet, comme si le charisme de ces communautés de virtuoses de l'ascèse à fort caractère contemplatif était incompatible avec un charisme personnel tourné vers les fidèles laïcs ayant des besoins religieux de masse, spécifiquement orientés vers la guérison miraculeuse.

En effet, la virtuosité monacale est spécifiquement tournée vers la fuite du monde, si bien que les contacts avec les laïcs tendent à être limités, nous y reviendrons. Quand un moine se découvre, *en sus* de son charisme de moine initial, doué d'un charisme personnel spécifique, trois possibilités s'offrent à lui. Si ce charisme est à destination du monde c'est-à-dire des laïcs et alors, il quittera le monastère pour mettre en œuvre, vivre ce charisme spécifique. C'est le cas des moines mentionnés par S. Kaplan qui peuvent endosser pour les communautés laïques les rôles de juge, d'exorciste, ou de guérisseur (1984 : 70-86). D'autres charismes conduiront ces moines à devenir des champions de l'ascèse ce qui les amènera à choisir la réclusion complète ou la fuite dans le désert, cette possibilité est exemplifiée par certains *bahetawis* et les anachorètes purs. Autre possibilité, ce fort charisme personnel incite le moine à fonder une nouvelle communauté monacale, voire un nouveau mouvement monastique. C'est le cas du moine Ewost'atéwos (v.1273-1352) qui fonda le mouvement Stéphanite, au XIV^e siècle (Taddesse Tamrat, 1972 : 206-210). Ce mouvement fut combattu par l'Eglise qui le considérait comme hérétique (*ibidem* ; Kaplan, 1984: 41-43 ; Piovanelli, 1995). Dans ces deux derniers cas, les fonctions ou rôles ne sont aucunement à destination des laïcs, et ces personnages en demeurent à distance. Dès lors, il apparaît que dans les monastères, un charisme personnel fort est incompatible avec la vie monacale « normale ». Quand un charisme de ce type émerge, elle pousse son possesseur à quitter sa communauté, et son monastère pour, comme dans le premier cas cité, aller à la rencontre des laïcs vers lesquels son charisme est tourné.

Par conséquent, dans les monastères, le développement de communautés de malades est structurellement limité. Par contre, Zeq^wala et dans une bien moindre mesure Gäräma Gädam attirent de nombreux pèlerins. Ainsi sur ces sites d'eau bénite, le principal recours est le pèlerinage, les autres formes sont marginales. Ces espaces étant par définition chargés d'une sacralité propre, émanant de la religiosité de virtuose de l'ascèse et tournée spécifiquement vers ces virtuoses, aucune liturgie spécifique orientée vers les besoins des laïcs n'y est donnée et les aspergeurs sont doués d'un charisme personnel minimum.

Comme il a été décrit dans le chapitre précédent, la position des moines quant au VIH est la plus « dure » : le sida est indubitablement et irrémédiablement une punition divine. Il est même impossible pour les *tsübältägnas* de l'évoquer car faisant trop référence à la souillure de la chair synonyme par excellence de péché. D'autres moines expliquaient que les PVVIH ne venaient pas sur ce site car trop éloigné des hôpitaux, les conditions d'hygiène par ailleurs – l'eau profane est très rare à Zeq^wala – ne permettant pas aux personnes infectées par le VIH de demeurer sur le site un temps assez long.

Ainsi, l'éloignement du monde, l'application voire l'opiniâtreté des moines à protéger leur espace hors du monde, de la masse des laïcs ne permet pas à ces fidèles, malades ou désirant se soumettre au rituel de l'eau bénite de constituer une communauté ou de demeurer un temps assez long. Les moines ne tolèrent la présence de laïcs qu'à des moments particuliers, principalement à l'occasion des pèlerinages, qu'ils circonscrivent attentivement. Le VIH,

souillant, ne peut donc être présent sur ces espaces hautement sacrés, loin de la souillure profane.

I.2.c. Les personnages charismatiques : les *bahetawis* ou les découvreurs de sources

De l'autre côté du spectre, les sites de Ent'ot'o Maryam et Wänqeshét Gäbrél, hébergent parmi les plus grandes communautés de *tsäbältägnas* (et de fidèles en retraite spirituelle plus courte) qu'il nous a été donné d'observer. Ces sites comportent des églises, mais l'encadrement y prévalant est la forme charismatique par excellence : chacun de ces espaces est placé sous l'égide d'un *bahetawi* et/ou d'un moine/ermite charismatique. L'activité de ces églises est totalement centrée autour des sources d'eau bénite, qui constituent d'ailleurs le cœur de leur activité.

Les *bahetawis* sont très présents dans la religiosité chrétienne éthiopienne et jouissent d'une popularité certaine. Ils sont assez proches de la figure du starets (ou staretz) russe décrite et mise en scène par F. Dostoïevski dans *Les frères Karamazov*. Le *bahetawi* Abba G. M., responsable du site de Ent'ot'o Maryam, et le moine/*bahetawi*, Abba Y.T.M. celui de Wänqeshét Gäbrél, représentent des figures idéal-typiques de ces personnages doués d'un fort charisme personnel.

Ce charisme leur est propre, sa possession les a qualifiés pour recevoir le message marial quant à l'existence de la source. La réception du message a amplifié ce charisme personnel, cet accroissement s'est vu confirmé et encore augmenté par la découverte de la source, de l'*energeia* de l'eau bénie par le divin avec laquelle ils soignent et guérissent les malades. Ainsi, la boucle entre le charisme humain et l'*energeia* aqueuse, pour ainsi dire à l'état « sauvage », atteint avec ces personnages sa forme, possiblement la plus pure. Ces branchements et associations charisme-*energeia* confèrent à ces personnages et dans une moindre mesure à l'eau bénite, une aura particulière. A ce titre, ces personnages sont considérés tant par les fidèles que par les clercs œuvrant dans l'église proche, comme les leaders des sites et jouissent auprès de la majorité des fidèles, d'un prestige indubitable eu égard d'une part aux révélations dont ils sont les récipiendaires et d'autre part à leurs contacts avec le divin. D'autres clercs n'ont pas exactement les mêmes positions et certains les assimilent aux faux prophètes de l'Apocalypse de saint Jean (16 :13-14). D'autres citent les versets eschatologiques de l'Evangile selon saint Matthieu : « des faux prophètes surgiront nombreux et abuseront de bien des gens » (24 :11). Abba Z. un prêtre-moine, nous expliquait avec un brin de dédain que :

« N'importe qui pouvait se prétendre *bahetawi* pourvu qu'il parle au nom de Dieu » ou d'une forme divine autre, (ange, Vierge) (Entretien avec Abba Z., février 2004).

Ces deux personnages ont une activité prosélyte : ils sillonnent le pays et les différentes églises du territoire pour annoncer l'existence d'une nouvelle source où de nombreux malades ont obtenu la guérison (et spécifiquement du sida pour le *bahetawi* G. M), et enseigner la foi de l'Eglise aux fidèles. En outre, ils possèdent certaines caractéristiques de ce qu'A. Vauchez appelle le « prophétisme contestataire » (1999 :114-133). En effet, selon ces deux personnages charismatiques l'obtention d'une guérison, de la rédemption ou du salut n'est possible que si l'on suit les règles ascétiques et/ou religieuses de manière rigoureuse là où la

position officielle de l'Église tend, depuis quelques années, à s'assouplir. Les principaux points de désaccord entre l'épiscopat édictant la doctrine officielle de l'Église éthiopienne et ces personnages ont trait au rapport au VIH/sida. Les positions divergent sur deux aspects : la responsabilité individuelle quant à la contamination d'une part et la compatibilité de l'eau bénite et des traitements antirétroviraux (ART ou traitement ARV) contre le VIH d'autre part. En effet, ces deux personnages et les *tsäbältägnas* vivant sur leurs sites adhèrent dans leur grande majorité à leurs positions, considèrent le sida comme une punition divine. Le *bahetawi* de Ent'ot'o Maryam allait dans les années 2005-2006, jusqu'à considérer que les enfants porteurs du VIH portaient les péchés de leur père (chapitre 8), héritage porté jusqu'à sept générations. Sur le site de Wänqeshét Gabréel, la conception du sida comme punition divine est identique. Par ailleurs, le site est jeune et n'héberge pas de communauté de *tsäbältägnas* établie et ayant atteint le degré de structuration de celle de Ent'ot'o Maryam. Contrairement à plusieurs moines et prêtres rencontrés, ces personnages de type prophétique n'ont jamais critiqué ouvertement le Pape, cependant, leurs positions dogmatiques entrent en contradiction avec celles du chef de l'EOTC qui lui se montre beaucoup plus souple quant au rituel et prône depuis plusieurs années, la compatibilité entre la cure par l'eau bénite et les ARV. Ainsi, leur charisme est-il au moins potentiellement « prophétique contestataire » (et incidemment contesté), ce point sera à nouveau traité dans le chapitre 12.

Ce n'est pas la seule caractéristique de ce charisme branché sur l'*energeai*, en effet, celui-ci a également la particularité d'être tournée vers les laïcs. Si les moines anachorètes possèdent un charisme personnel, celui-ci n'est pas tourné vers le monde et la religiosité des fidèles, à l'instar des moines de Zeq^wala, qui vivent en dehors du monde et dont la participation au salut collectif est toute contemplative. Le charisme des moines anachorètes, des ermites qui n'ont pas découvert de source et qui ne sont pas thaumaturges, est lié à la virtuosité religieuse, il demeure à destination de ces virtuoses. Les *bahetawis* et moines charismatiques découvreurs de source attirent au contraire des foules de fidèles profanes qui constituent des communautés de pèlerins et de malades. Ils possèdent donc un charisme personnel approprié ou qui est à destination de la religiosité de masse et non tourné vers une fuite hors du monde à l'écart des fidèles. Au même titre que les moines, ils sont des virtuoses du religieux, des champions de l'ascèse et du contrôle de soi, mais leur action n'est pas dirigée vers l'« oraison intérieure », vers la contemplation mystique, elle est tournée vers les fidèles et les laïcs.

Les rapports entre les églises en tant qu'institution locale soit Ent'ot'o Maryam et Wänqeshét Gabréel et ces personnages sont également révélateurs de la nature de leur charisme et de la puissance de l'*energeai* de l'eau bénite. A Ent'ot'o Maryam, l'église préexistait au *bahetawi* G.M. A Wänqeshét G'abréel, l'église a été construite grâce aux dons des fidèles – habitants et pèlerins – après la découverte de la croix et des sources par Abba Y.T.M. Dans les deux cas, toutefois, les églises et le clergé leurs sont, dans l'ensemble, assujettis. L'activité religieuse propre aux églises est adaptée aux besoins des communautés dont ils sont les leaders. Ainsi, à l'église de Ent'ot'o Maryam afin répondre aux besoins culturels des fidèles venus prendre de l'eau bénite, de cinq à sept (selon les jours) diacres et prêtres sont préposés à la liturgie donnée sur le site même. Autour des années 1995-97, l'église a fait construire des maisons pour accueillir les pèlerins attirés par la réputation du *bahetawi*, une cafétéria et un moulin. Une partie de ses revenus et de ses activités sont donc directement liés à la notoriété du *bahetawi* et à la taille de la communauté. Il en va de même, quoique dans une mesure

moindre, à Wänqeshét Gabréel. Par ailleurs, alors que les clergés de Ent'ot'o Maryam et de Wänqeshét Gäbrél sont parfaitement au fait de la position de l'épiscopat quant au sida et à la compatibilité entre l'eau bénite et les ARV, aucun ne contredit ouvertement ces personnages. Le charisme personnel de ces personnages, branché sur l'*energeia* de l'eau bénite, supprime donc localement le charisme de l'institution de salut de l'Eglise délivrant la grâce sacramentelle.

A Ent'ot'o Maryam, les trois types de recours à l'eau bénite par les fidèles sont observés, néanmoins deux sont majoritaires : l'usage pèlerin et les *tsäbältägnas*. Le recours ponctuel existe mais n'est pas aussi visible et développé qu'à Uraél et/ou Kidanä Meherät. En effet, Abba G.M a établi l'obligation de participer au *kidan*, la cérémonie spécifique au site d'eau bénite. Des gardes, postés à l'entrée de l'espace le plus sacré, contrôlent les allées et venues des fidèles. Cet espace est celui où les fidèles laissent leurs souliers, abandonnés à l'œil panoptique des gardiens. Ces derniers empêchent toute sortie avant la fin de la cérémonie, et les fidèles désirant tout de même partir doivent abandonner leurs biens là. La seule dérogation autorisée doit être justifiée par l'occupation d'un emploi salarié. L'église délivre à ces personnes un jeton, appelé *bono*, sur présentation d'un certificat de travail en bonne et due forme, sa possession leur permet de quitter le site après l'aspersion. Le recours ponctuel y est donc de fait occasionnel et relativement rare. Le site de Wänqeshét Gabréel est susceptible d'accueillir des fidèles ponctuellement, mais son éloignement – plus de deux heures de marche sont nécessaires pour l'atteindre – limite considérablement sa possibilité.

Il apparaît donc que les positions de ces leaders quant à l'infection au VIH, soient, après ou avec celles des moines, les plus rigides. Le sida est conçu une punition divine et les ARV y sont envisagés comme incompatibles avec la cure par l'eau bénite. Le rituel de l'eau bénite y est plus structuré et plus encadrant que sur les autres sites (encadrement par des églises ou des prêtres-moines charismatiques) et les règles pour accéder à l'eau bénite, quoique les plus rigides, sont aussi les plus observées. Situation qui n'est pas sans rappeler ce que nous avons démontré précédemment à propos de l'endossement du statut de pécheur en vue d'obtenir une guérison qui est pardon divin, représentant ainsi une action dans le monde *via* le surnaturel (voir chapitre 8 section II.4). Ces sites sont également ceux sur lesquels l'infection au VIH est la plus visible, les PVVIH faisant part de leur infection plus facilement que sur beaucoup d'autres sites. De fait, Ent'ot'o Maryam est dédié à la cure du VIH et à Wänqeshét Gabréel, les personnes interrogées sur les raisons de leur venue expliquaient facilement être là pour guérir de cette affection. Nous verrons que sur d'autres sites également les PVVIH annoncent leur séropositivité, mais le type d'encadrement, l'existence de rituels forts confèrent à ces sites une spécificité prédisposant la révélation de la séropositivité et la prise en charge spécifique de l'infection au VIH.

Ainsi, Abba G.M. et Abba Y.T.M., respectivement *bahetawi* et moine, sont des personnages doués d'un charisme prophétique contestataire à visée laïque. Autour d'eux se constituent essentiellement des communautés de pèlerins et de malades. Leur charisme est branché sur l'*energeia* de l'eau bénite à laquelle ils confèrent un surplus d'efficacité. Les églises locales qui théoriquement partagent le charisme de l'institution ecclésiastique, tirent un bénéfice certain de la notoriété de ces personnages. Finalement et en pratique, le charisme propre de l'institution disparaît derrière le charisme personnel des découvreurs de source.

I.2.d. Les églises simples

Les localisations de ces quatre églises couvrent l'éventail de possibilité suivant : 'Uraél est situé en pleine ville, Kidanä Meherät en zone péri-urbaine, Abuna Hara et Shenq^wära Yohänes sont isolés en milieu rural. Nous aurions pu intégrer Shenquru Mikaél à nos analyses car l'église y joue un rôle important, cependant l'absence d'*atmaqi* lui confère une particularité telle qu'il nous a semblé plus juste de le traiter séparément, nous lui consacrerons un développement certain dans le chapitre 12 de cette étude.

Selon la schématisation posée précédemment, l'encadrement des sites n'est pas le fait d'un charisme personnel fort supplantant celui de l'église, mais d'un charisme de fonction. Le charisme de ces églises, orienté par essence (Weber, 1996) vers la religiosité laïque et de masse est donc la plus neutre possible. Toutefois, ces quatre sites ne se ressemblent pas, les communautés d'eau bénite sont de taille variable. Les observations menées sur ces sites encadrés par des églises, nous ont conduit à poser que la taille des communautés est un facteur déterminant pour la visibilité du sida, mais certes pas le seul. Plus un site attire un grand nombre de fidèle, plus il est susceptible de prendre en charge de manière spécifique le sida et de rendre visible l'infection au VIH, rendant potentiellement la divulgation de la séropositivité plus aisée.

A 'Uraél, lors de nos premières enquêtes de terrain, il nous a été possible de rencontrer plusieurs PVVIH via le responsable du site d'eau bénite. Ces personnes se connaissaient entre elles, et par leur intermédiaire d'autres PVVIH ont été interviewés. En 2008, lors des dernières enquêtes de terrain, il fût plus difficile de rencontrer des PVVIH et tous expliquaient être là « à cause d'un *äganenet* [une sorte de diable] » (une FVVIH, 'Uraél, juillet 2008) (nous y reviendrons). A Abuna Hara, nous n'avons rencontré aucun PVVIH. A Kidanä Meherät qui accueille une communauté de *tsäbältägnas* peu structurée, le site étant préférentiellement visité par des fidèles simples venus prendre de l'eau bénite ponctuellement. Sur ce site, si nous avons pu rencontrer des PVVIH, ils furent rares et ne partageaient leur statut qu'avec parcimonie, de peur d'être victime de stigmatisation. A Shenq^wära Yohänes (comme à Shenquru Mikaél), rencontrer des PVVIH fut très aisé et ils nous mirent en contact avec d'autres congénères. En outre sur ces deux sites, une association de PVVIH est apparue, rendant compte autant que permettant une plus grande visibilité des personnes porteuses du VIH. Cependant, si à Shenq^wära Yohänes nous n'avons pas entendu parler d'une stigmatisation sensible des PVVIH, il n'en va pas de même à Kidanä Meherät, où plusieurs PVVIH nous dirent craindre d'être stigmatisé, ne révélant leur séropositivité qu'avec prudence.

Ainsi, Shenq^wära Yohänes est le site abritant la plus grande communauté des quatre sites et Abuna Hara la plus petite. Entre les deux, soit sur les sites de 'Uraél, de Kidanä Meherät, les situations sont exactement intermédiaires et à 'Uraél évolutive. Un des éléments conditionnant la taille du site est sa réputation, mais là encore, il n'est pas uniformément déterminant pour la visibilité du VIH. Avant de chercher à dégager certains des critères favorisant le développement d'une communauté de taille importante, suffisante du moins pour permettre aux PVVIH de se rendre visibles, intéressons-nous aux points communs à ces sites.

Les observations menées sur ces quatre sites révèlent avec une parfaite régularité que l'observance des interdits religieux et la participation aux cérémonies et rituels sont moins strictes que sur les sites encadrés par des personnages charismatiques. Le suivi du *kidan* est beaucoup moins systématique, les personnes pouvant également absorber une quantité d'eau bénite variable, contrairement aux cinq litres quasi-obligatoires à Ent'ot'o Maryam. En outre, la prise d'eau bénite interdit de consommer du café durant toute la période de la cure, cependant à 'Uraél, une personne nous a rapporté avoir une amie ayant guéri très rapidement du VIH alors qu'elle continuait à boire du café (entretien avec un HVVIH, 'Uraél, novembre 2005).

Si les sites d'eau bénite sont, dans la plupart des cas, des espaces spirituels, se voulant séparés de la vie séculière, les entretiens menés avec différents *tsäbältägnas* montrent que peu d'entre eux revendiquaient ce statut à Kidanä Mehrät et à Uraél. Les sites de Shenq^wära Yohänes et Abuna Hara de part leur éloignement étaient par contre qualifiés de hors du monde.

Une attention au type de recours – ponctuel, pèlerin, curatif – dominant sur les sites montrent, de manière assez attendue que les sites urbains et péri-urbains, 'Uraél et Kidanä Meherät, occasionnent, génèrent plus que les autres un recours ponctuel à l'eau bénite. A Kidanä Meherät, aucune communauté de malades structurée telle qu'observée sur des sites les plus réputés n'existe. Si une communauté de malade s'est développée à 'Uraél, c'est qu'une partie des *tsäbältägnas* vivent dans le bâtiment jouxtant le site d'eau bénite appartenant à l'église de 'Uraél. Cet espace constitue un lieu de rassemblement pour la communauté, et lui donne sa structuration, son cœur. Ainsi, plusieurs *tsäbältägnas* avaient vécu d'abord dans ce bâtiment avant d'opter pour la location d'une chambre dans les quartiers alentours, si bien que les liens et relations établies précédemment avec leurs congénères perduraient. Les sites de Shenq^wära Yohänes et de Abuna Hara, de part leur éloignement, ne suscitent guère de recours ponctuels, mais nulle une décision du leader du site ne s'oppose à leur venue, seul leur éloignement géographique restreint cet usage. Il apparaît donc que recours ponctuel à l'eau bénite et apparition de communauté de malade tendent à s'exclure mutuellement, confirmant l'importance de l'opposition hors du monde/dans le monde.

Enfin, les positions des prêtres quant à l'infection au VIH sont plus nuancées et moins rigides que sur les autres sites : toutes les conceptions y sont présentes, mais majoritairement, la souplesse et la compatibilité prédominent. L'infection n'est pas toujours considérée comme une punition divine et selon certains prêtres « Dieu n'envoie pas ce genre de maladie », ou de manière plus personnelle, d'autres expliquent : « je ne pense pas que Dieu punit avec une telle maladie [VIH] » (Entretien avec Abba W.A. prêtre responsable de Shenq^wära Yohänes, juillet 2008). Quant à la compatibilité entre ARV et eau bénite, les positions des clercs sont dans l'ensemble identiques à celles du Pope pour qui il est possible voire nécessaire de prendre les deux traitements conjointement (nous y reviendrons adondamment dans le chapitre 12).

Il apparaît donc que les sites d'eau bénite encadré par des églises représentant donc l'EOTC, en tant qu'institution en charge de l'encadrement de la religiosité de masse, préserve, favorise, par nature, les trois formes de recours à l'eau bénite et demeure souple quant à l'observance des règles nécessaires à l'obtention d'une guérison miraculeuse. Les différences observées ressortent à la localisation du site et à l'existence d'un espace pour se réunir à l'instar du bâtiment de l'église de 'Uraél. Cependant, l'encadrement par des églises ne semble influencer ni sur la taille des communautés ni sur la présence, la visibilité du VIH sur un site.

I.2.e. Articulation charisme personnel/charisme institutionnel/*energeia* de l'eau bénite : les conditions de la prise en charge du VIH.

La présentation des modalités d'encadrement de l'eau bénite nous a permis de dégager trois manières de capter, thésauriser l'*energeia* propre du *tsäbäl* : les monastères, les *bahetawi*/moines découvreurs de sources, les églises « neutres ».

Chacun de ces types attire des communautés de *tsäbältägnas* de taille et de structuration variables et ont des positions particulières autour du VIH en relation avec le type de religiosité spécifique de chaque encadrant. Synthétiquement, il apparaît impossible sur un monastère d'aborder la question de la séropositivité, les personnes infectées au VIH et venues sur un site pour traiter une affection dont la nature est cachée, protégée par le silence et la discrétion. Nous avons cherché à rencontrer des PVVIH sur ces sites, mais au regard de la structuration des sites (thésaurisation par des monastères), la divulgation d'une infection au VIH est délicate, voire impossible, comme il a été expliqué. Il ne nous a pas été possible donc d'interviewer des personnes porteuses du VIH. A l'inverse, sur les sites encadrés par les leaders charismatiques, le VIH fait partie des infections qu'il est possible d'évoquer, voire dont la guérison constitue un enjeu pour le site, si bien qu'il y est aisé de parler du sida sur ces espaces, rendant les personnes porteuses du VIH, abordables, le cas de Ent'ot'o Maryam, dédié spécifiquement à la cure du sida, l'exemplifie à l'extrême. Entre ces deux pôles, les sites encadrés par des églises présentent le plus grand nombre de possibilités. La principale raison tient à ce que leur charisme de fonction est tourné, par nature, vers la religiosité de masse autorisant, en théorie du moins, tous les types de recours possible (fidèles, pèlerins, curistes). Aucun de ces sites n'est tourné vers la guérison d'une affection particulière, et la rigidité du rituel est variable, mais le plus souvent elle bien moindre que sur les sites placés sous l'égide de *bahetawis* et de moines.

I.3 Le VIH au sein des communautés de *tsäbältägna*

La visibilité du VIH sur les sites d'eau bénite est favorisée par l'importance des communautés, mais si la taille du groupe est donc une condition nécessaire, elle est certes non suffisante. La réputation d'un site, (sauf pour les sites sous l'égide d'un monastère) est le principal élément permettant au développement d'une grande communauté de *tsäbältägnas*. Outre l'exception notable de Ent'ot'o Maryam, la présence d'un grand nombre de *tsäbältägnas* semble permettre aux PVVIH d'être proportionnellement plus nombreux et d'ainsi se protéger de la stigmatisation. Cependant et comme nous l'avons esquissé, la taille de la communauté ne présume pas l'absence de stigmatisation des PVVIH.

Six sites d'eau bénite accueillent des communautés de taille conséquente : Ent'ot'o Maryam, Wänqeshét Gabréel, 'Uraél, Kidanä Meherät, Shenq^wära Yohänes et enfin, Shenquru Mikaél. Sur ces sites, il a été possible de rencontrer et d'interroger des PVVIH. Parmi les six autres, sur trois sites, les PVVIH n'étaient pas « détectables » (Abuna Hara, Zeq^wala et Gäräma Gädam) et enfin, sur les trois derniers, les conditions de l'enquête ne nous ont pas permises d'interroger des PVVIH. En effet, ces trois sites, Bähshét Maryam, Abba Yohänes et Giyorgis Lalibela, ont été visités avec des membres de la communauté de *tsäbältägnas* de Ent'ot'o

Maryam à l'occasion de deux pèlerinages. Ces pèlerinages ont été menés au titre de notre immersion au sein de la communauté de *tsäbältägnas* de Ent'ot'o Maryam, de novembre 2005 à janvier 2006. Dans ce cadre et comme il a été explicité dans le chapitre 4, nous avons endossée le statut de *tsäbältägna* de la communauté. Il était alors délicat d'adopter un comportement différent de celui attendu par l'entourage, si bien que durant ces pèlerinages, les entretiens ont été exclusivement informels. En outre s'éloigner ou s'isoler trop fréquemment suscitait l'inquiétude de plusieurs membres, dans ces conditions, même tenir un carnet de terrain quelque peu complet était délicat. Au regard de ces éléments, il n'a guère été possible de mener des entretiens avec des membres extérieurs à la communauté, du moins ceux-ci étaient très informels et ne concernaient que peu l'infection au VIH.

Sur les six sites abritant des communautés importantes, trois ont vu apparaître en leur sein des associations de PVVIH : Ent'ot'o Maryam, Shenquru Mikaél et Shenq^wära Yohänes. Des PVVIH de Shenquru Mikaél nous ont rapporté avoir été victime de stigmatisation et de rejet par des membres de la communauté. De même, à Shenq^wära Yohänes, les PVVIH ne divulguent leur statut qu'avec parcimonie et tentent de contrôler le flot d'information les concernant. Inversement, à Wänqeshét Gabréel, site nouvellement réputé et n'ayant pas en son sein d'association de PVVIH, les personnes porteuses du VIH révèlent rapidement leur statut et la stigmatisation y est moindre que sur les deux précédents sites. Enfin, sur les sites de 'Uraél et de Kidanä Meherät, les PVVIH tentent dans la mesure du possible de cacher la raison de leur venue, ne partageant leur véritable affection qu'avec ceux dont ils sont sûrs, soit avec d'autres PVVIH, ou encore pour obtenir de l'aide. Seul Ent'ot'o Maryam déroge à cette tendance, tout le monde y parle librement du sida, mais aucun autre site d'eau bénite n'est dédié spécifiquement à la guérison du sida. Ainsi, nulle cause unique ne préside à l'absence/présence de stigmatisation des PVVIH sur un site. S'il est impossible de spéculer sur la possibilité pour les PVVIH d'un site de parler ouvertement de leur infection, certains éléments jouent en faveur de leur plus grande acceptation. Il s'agit donc à présent de décrire dans ses grandes lignes le fonctionnement des communautés de *tsäbältägnas*, de dégager les facteurs déterminant une moindre stigmatisation des personnes infectées par le VIH et de comprendre le rôle des associations de PVVIH.

I.3.a. Une détermination géographique et territoriale de l'entraide et de la solidarité sur tous les sites

L'organisation de l'habitat sur la grande majorité des sites d'eau bénite est identique à celle prévalant dans le monde « normal », la seule exception est le site de 'Uraél. Là, le lieu principal d'habitation des *tsäbältägnas* est un bâtiment appartenant à l'église. Celle-ci loue des chambres aux fidèles curistes, cet espace devenant celui de la rencontre entre les *tsäbältägnas* vivant sur le site et ceux logeant dans des chambres chez des particuliers aux alentours. Les sites d'eau bénite sont dans la majorité des cas assez isolés ou distant de la ville, de zones habitées relativement densément, et ce en accord avec l'idée que ces espaces sont hors du monde, à l'écart du monde séculier. Ils sont organisés comme des hameaux, des villages voire pour les plus gros sites à l'instar de Shenq^wära Yohänes comme une petite ville. Les habitants des sites habitent des chambres à l'intérieur d'un *gebi* ou "compound" appartenant soit à un propriétaire privé soit à l'église gérant le site. Les *tsäbältägnas* peuvent

louer un espace dans une chambre où poser leur matelas. Les tarifs variaient, en 2008, entre 150 voire 230 birrs, soit entre 12 et 19 €¹³³ (Ent'ot'o Maryam, Shenq^wära Yohânes) pour les chambres les plus chères sur les sites les plus réputés à entre 40 et 25 birrs (3 et 2 €) voire moins pour les chambres les moins chères sur les sites les moins connus. Les chambres abritent de une à trois personnes, mais certains interlocuteurs nous ont rapporté avoir vu des chambres habitées par 6 personnes ou plus.

Le type et le lieu d'habitation jouent un rôle essentiel dans le réseau d'entraide quoiqu'ils ne soient pas les seuls. L'espace au sein duquel, la solidarité est la plus forte (quand elle apparaît) est la chambre partagée. Pour plusieurs personnes, le choix de vivre ensemble est précédé d'une amitié et parfois par l'existence de liens familiaux, les personnes sont alors venues ensemble sur le site d'eau bénite et cohabitent :

« Je suis venue à Ent'ot'o Maryam avec mon amie. [...] Nous vivons ensemble, nous sommes proches, quand je suis malade, elle prend soin de moi, elle fait à manger, elle va chercher de l'eau, et je ferai de même. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Ainsi, les liens d'entraide sont forts : cette femme vit avec son amie depuis quatre ans. Dans d'autres cas, l'amitié est née sur le site voire en partageant la chambre, l'espace de vie quotidien constituant le lieu privilégié de l'entraide et du support mutuel :

« [Question : Avez-vous des amis ici ? En avez-vous plusieurs ?] J'ai un ami avec qui je partage la chambre. [Question : Quel genre de relation avez-vous avec eux ? Vous entraidez-vous ? De quelle manière ?] Avec l'homme avec lequel je partage la chambre nous nous aidons en allant chercher de l'eau, en lavant le linge, en partageant la nourriture que nous avons. » (une FVVIH, Shenkuru Mikael, juillet 2008)

Le partage d'une chambre peut également advenir suite à la proposition d'un(e) ami(e) et pour diminuer la charge financière d'un loyer.

Le second niveau de solidarité est celui des compounds ou *gebi* en amharique. Ces espaces sont de tailles variables, les plus grands comprennent jusqu'à 20 chambres environ. Dans ces grandes *gebi*, la solidarité précipite en grappe entre des personnes vivant dans un même secteur de la cours. Quand le *gebi* est plus petit, elle circule entre tous les membres. Nos propres observations nous ont montré que le réseau premier de solidarité débute avec les voisins immédiats, les affinités interpersonnelles en favorisant certains. Mais dans l'ensemble, le *gebi* constitue un lieu de sociabilité et d'entraide central :

« [Question : Avez-vous des amis ici ? En avez-vous plusieurs ?] J'ai trouvé des amis ici, mais je suis ici depuis deux mois seulement et j'ai loué une maison seul. [Question : Quel genre de relation avez-vous avec eux ? Vous entraidez-vous ? De quelle manière ?] J'aide mes voisins quand ils sont malades, nous nous aidons les uns les autres, et en plus nous partageons la nourriture. » (un HVVIH, Shenkuru Mikael, juillet 2008)

Il favorise les rencontres, les amitiés émergeant en dehors suite à des rencontres dans le cadre des rituels de l'eau bénite et/ou de la participation aux autres cérémonies religieuses, jouent également un rôle important :

¹³³ A titre de rappel, le cours de l'euro en Ethiopie a beaucoup évolué ces dernières années. En 2005-2006, un euro équivalait à entre 10 et 12 birrs. Les années suivantes, il passa entre 14 et 15 birrs.

« Tout le monde ici me connaît et je connais beaucoup de monde ici, mais j'ai seulement une amie avec laquelle je me confie et dont je ne m'écarte pas. On s'aide psychologiquement, on se prête de l'argent, si elle a besoin, je lui prête et elle fait pareil. Par exemple, hier soir, j'avais faim et j'ai dîné chez elle. Je faisais cela avec tout le monde, mais avec elle c'est unique, elle est spéciale. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

La solidarité forte prévalant sur les sites est souvent comparée avec les relations ayant cours en ville, dans le monde séculier :

« Ici, tout le monde aime s'aider, on n'est pas avare comme les hommes de la ville [du monde], par exemple, moi je n'ai pas de travail, je ne fais rien, ce sont les gens que je connais ici qui m'aident. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

La solidarité prend des formes variées. Elle est partage du repas et de la nourriture, partage de l'expérience de prendre de l'eau bénite, échange de connaissances sur d'autres sites à la réputation montante, aide en cas de maladie et moins souvent soutien financier.

I.3.b. La solidarité sur les sites d'eau bénite : la spécificité de Ent'ot'o Maryam

S'il est indéniable que la solidarité entre les fidèles vivant sur les sites d'eau bénite est plus forte que la solidarité commune existant dans le monde séculaire, constituant une marque spécifique de la vie sur un site, celle des *tsäbältägnas* non séropositifs envers les PVVIH déclarés ou dont le statut est connu ou entre PVVIH est variable d'un site à l'autre.

Ainsi, à Shenquru Mikaél, plusieurs PVVIH taisent leur statut sérologique par peur de la stigmatisation, et une PVVIH exprime clairement être victime de stigmatisation et de discrimination de la part de sa colocataire :

« Les gens ici ne savent pas que j'ai le VIH. Quand j'étais à Ent'ot'o Maryam, je parlais librement de ma maladie. Mais, depuis que je vis ici, je suis restée silencieuse, sais-tu pourquoi ? Parce que si les *tsäbältägnas* entendent que j'ai le sida, ils me stigmatiseront et me discrimineront. A Ent'ot'o Maryam, les gens parlent librement, à Shenquru Mikaél, non. Je n'ai aucun ami ici. Je ne reçois aucune aide, au contraire, je suis maltraitée. Parfois, je ne peux pas aller aux toilettes normalement à cause de la diarrhée. Ma co-locataire n'aime pas me voir avec ce problème. Elle ne m'autorise pas à prendre le pot en plastique pour résoudre mon problème, voilà à quoi je fais face le soir. » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

A 'Uraél, la situation semble avoir évolué entre nos premières enquêtes de terrain en 2005 et les dernières en juillet 2008. Les premiers entretiens menés avec des PVVIH de ce site rendent compte d'une volonté de leur part de cacher leur séropositivité à la plupart des personnes présentes, mais, l'existence de réseaux d'entraide entre les personnes infectées nous a conduit à tempérer cette assertion. D'autre part, certaines de ces personnes avouaient clairement leur statut pour obtenir de l'aide. Par contre, en 2008, et comme il a été explicité dans le chapitre précédent, les PVVIH ne dévoilaient pas leur statut, disant comme tous être venus se soigner d'un esprit appelé génériquement *äganenet*.

A Shenq^wära Yohänes site encadré par une église, les *tsäbältägnas* sont nombreux, autour de 7000 personnes, et une association de PVVIH a vu le jour il y a quelques années. Les personnes interrogées n'ont pas rendu compte d'une stigmatisation forte à leur égard, arguant

que les PVVIH se retrouvent entre eux. Toutefois, ils limitent le nombre de personnes à qui ils divulguent leur statut sérologique :

« Les PVVIH se retrouvent entre eux, ils discutent, ils parlent de leur maladie, et ils en parlent à ceux qui peuvent les aider, mais pas aux autres et surtout pas aux fous » (une FVVIH, Shenq^wära Yohānes, juillet 2008)

A Kidanä Meherät, le silence autour du VIH est tel qu'il nous a été possible de rencontrer qu'une PVVIH acceptant de répondre à nos questions. Nos assistants de recherche ont confirmé cette situation. Leurs discussions informelles avec les commerçants ont révélé un rejet palpable de l'infection au VIH, une certaine hostilité à son évocation, rendant pour un PVVIH, toute divulgation impossible ou dangereuse.

A *contrario*, sur le site de Ent'ot'o Maryam spécialisé dans la cure du VIH, nos observations participantes et les entretiens menés avec des PVVIH, des propriétaires de maison et de restaurant, des chauffeurs de taxi ainsi qu'avec des commerçants révèlent d'une part qu'un certain nombre de ces personnes sont elles-mêmes des PVVIH, et d'autre part que la stigmatisation n'y est guère existante voire inexistante. D'après ce que nous avons pu observer, ni les loueurs de maisons, ni les commerçants, ni les chauffeurs de taxi ou les clercs ne se montrent stigmatisant ou ne font montre de rejet des personnes infectées. A l'inverse, la grande majorité de ces personnages, en général ceux qui n'étaient pas infectés pas avec le VIH, comme il a été expliqué dans le chapitre 8, ne considéraient pas le sida comme une sanction divine et apportaient pour beaucoup un soutien réel aux *tsäbältägnas* vivant avec le VIH. Cette situation procure, d'après l'ensemble des PVVIH rencontrées, un grand soulagement et crée sur le site une ambiance de forte entraide et une solidarité d'une rare qualité :

« [Question : Est-ce que les personnes qui vivent ici connaissent votre séropositivité ?] Oui [Comment le savent-ils ?] Pendant que nous prenons le *tsäbäl*, nous parlons librement des raisons pour lesquelles nous sommes venus ici. [Qui vous connaît ?] Tout le monde me connaît ici. [Avez-vous des amis ici ? En avez-vous plusieurs ?] J'ai de nombreux amis ici. [Quel genre de relation avez-vous avec eux ? Vous entraidez-vous ? De quelle manière ?] Nous échangeons des idées. Si nous obtenons de l'aide d'une personne extérieure, nous la partageons en donnant la priorité à nos amis malades. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« [Question : Est-ce que les personnes qui vivent ici connaissent votre séropositivité ?] Oui [Comment le savent-ils ?] La plupart des gens sont venus ici pour le VIH/SIDA. Les propriétaires des maisons ne nous discriminent pas. Et nous sommes libres de discuter de nos problèmes et des raisons pour lesquelles nous sommes ici. [Qui vous connaît ?] Tout le monde. [Avez-vous des amis ici ? En avez-vous plusieurs ?] J'ai une amie intime avec qui je partage la chambre. [Quel genre de relation avez-vous avec eux ? Vous entraidez-vous ? De quelle manière ?] Nous partageons tout. Ma colocatrice travaille et gagne de l'argent, elle partage avec moi ce qu'elle gagne. Quand je suis malade, à ce moment là, elle s'occupe de moi, elle prend soin de moi, elle me traite très bien. » (un FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Par ailleurs, en tant que communauté de personne vivant avec le VIH, le partage des expériences du vécu de la maladie joue un rôle très important. Les PVVIH se racontent leurs souffrances et leurs joies, s'encouragent à prendre de l'eau bénite, à garder la foi, ils se supportent émotionnellement, psychologiquement et spirituellement. Cette situation apparaît

également sur d'autres sites, entre PVVIH se connaissant, et à 'Uraél, une jeune *tsäbältägna* nous rapporta avoir été emmenée à l'hôpital par ses congénères vivant avec le VIH.

Pourtant, le sida y est considéré, tant par les clercs que par les *tsäbältägnas* vivant avec le VIH comme étant une punition divine et les ARV comme incompatibles avec l'eau bénite pour le responsable du site. Tout se passe comme si la rigidité du rituel était une condition favorable à l'émergence d'un groupe solidaire partageant l'accablant statut de séropositif et un rituel dur et éprouvant. La spécificité de Ent'ot'o Maryam tient bien sûr à sa spécialisation pour le VIH, et dans le même temps au charisme personnel du *bahetawi* G.M..

Le charisme de ce personnage ressort à la définition qu'en donne E. Pace. C'est alors :

« Un type d'autorité qui est légitimé sur la base des vertus personnelles ou des dons extraordinaires possédés par une personne en tant que telle. [Le personnage est] comme un porteur d'un pouvoir extraordinaire permettant d'imaginer la possibilité de *changer* un ordre socialement et culturellement établi. Le charisme peut donc être considéré comme la faculté de donner vie à un *nouveau monde*, un nouvel *incipit*¹³⁴ qui, [...] cristallise espoirs et humeurs diffus de changement [...]. Le charisme comme faculté de donner la vie a donc une dimension miraculeuse » (2010 : 124-5)

Et c'est bien de cela dont il s'agit à Ent'ot'o Maryam, le *bahetawi* en fondant ce site dédié spécifiquement à la cure du VIH a, non pas introduit puisque l'eau bénite peut théoriquement guérir toutes les maladies, mais confirmé et appuyé la possibilité de guérir du sida, ce qui, jusqu'au début des années 1990 dans la culture et la société éthiopienne (comme pratiquement partout ailleurs), était impossible, du moins guère pensé en ces termes. A ce titre, il a redonné la vie aux PVVIH pour reprendre la formule de l'auteur. Mais la possibilité d'une guérison a un coût rituel et symbolique fort puisque les PVVIH doivent se soumettre à un rituel strict, à une ascèse exigeante. Si la dureté du rituel est un facteur clef de l'émergence d'une telle solidarité entre les *tsäbältägnas* de Ent'ot'o Maryam, une comparaison des associations de PVVIH existant sur d'autres sites rendent compte de l'importance du partage de l'expérience du vivre avec le virus du sida. A ce titre, leur existence n'est pas sans rappeler un des rôles des associations de PVVIH dans de nombreux autres contextes, en France, comme en Afrique de l'Ouest.

I.3.c. Des associations de PVVIH sur les sites d'eau bénite ?

Trois sites d'eau bénite hébergent des associations de PVVIH ou en comptent parmi leurs adhérents : Ent'ot'o Maryam, Shenquru Mikaél, Shenq^wära Yohänes. La première a bien entendu été créée sur le site de Ent'ot'o Maryam en octobre 2000, les associations des deux autres sites ont été fondées à peu près à la même époque, à Shenquru Mikaél, en mai 2005, et celle de Shenq^wära Yohänes, en novembre de la même année. Notons dès à présent que les deux premières associations ont connu un certain nombre d'évolutions qui feront l'objet d'un traitement dans le dernier chapitre de cette étude¹³⁵, dans la présente section, ces associations ne seront que brièvement présentées.

¹³⁴ Les italiques dans le texte.

¹³⁵ Par ailleurs, les informations collectées à propos de l'association de Shenq^wära Yohänes sont insuffisantes et trop contradictoires pour être exploitées pour elles-mêmes, nous nous concentrons donc sur les deux autres associations, les données quant à cette dernière étayant le propos général.

L'expression association de PVVIH est légèrement abusive car aucune de ces associations n'a été créée au départ spécifiquement pour les personnes séropositives. Aujourd'hui encore leur spécialisation n'est pas toujours claire, hormis celle de Ent'ot'o Maryam, mais le site est lui-même spécialisé. Leurs structures et leurs buts les placent à mi-chemin entre les associations de fidèles décrites par S. Ancel (2006) et les associations laïques de PVVIH décrites dans la littérature (Cornu, 1996 ; Cisé-Wone, 1999 ; Eboko, 1999 ; Ouattara, 2002 ; Ouattara et al., 2004 ; Nikiema, 2008), ce qui n'est pas sans soulever quantité d'interrogations que nous ne pourrions ici que pointer.

Les noms de ces associations et leur implantation (autour d'une église) révèlent l'orientation d'abord religieuse. Celle de Ent'ot'o Maryam se nomme, *Täsfä sät'ätshegn Maryam mahebärä*, que l'on peut traduire par "Marie m'a donné l'espoir", celle de Shenquru Mikaél est appelée, *Mahebärä Mikaél*, et celle de Shenq^wära Yohänes, *Mahebär Yohänes*. Le terme *mahebärä* provient du *ge'ez* et

« Dans son sens classique, le *mahebär* caractérise donc une communauté, monastique ou simplement de croyants » (Ancel, 2006 : 318)

mais ne désigne pas les associations religieuses tel qu'il fut le cas plus tardivement. Au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, ce terme était employé pour désigner toutes formes d'association (*ibid* : 319). C'est à partir du début du XIX^e siècle que

« De nombreux auteurs ont repéré l'existence de ces associations réunissant périodiquement ses membres afin de célébrer collectivement la mémoire d'un saint. » (*ibid* : 321)

Les membres de ces associations religieuses se réunissent une fois par mois autour d'un banquet célébrant le saint sous le patronage d'un prêtre. Ces groupements sont très structurés et organisés :

« Un corps exécutif et gestionnaire est mis en place [...]. Les membres de l'association désignent certains d'entre eux afin d'assurer la gestion des fonds financiers [...]. La constitution du fonds financier résulte de la cotisation obligatoire que doivent fournir les membres à chaque réunion de l'association. Or, ce même fonds permet la mise en place d'un système d'entraide. Les membres bénéficient de la solidarité de leurs condisciples en cas de problème, la maladie ou un décès, et l'argent de l'association leur permet ainsi de palier à une situation difficile. » (Ancel, 2006 : 331)

Ainsi, la base sur laquelle l'aide et le soutien aux PVVIH se développent, est-elle essentiellement religieuse, et contient en elle-même, des potentialités dépassant le seul cadre commémoratif religieux.

Sur les trois sites, le montant de la cotisation pour devenir membre du *mahebär* local est de deux à trois birrs par mois, la délivrance d'une carte atteste du statut d'adhérent. A Ent'ot'o Maryam, comme à Shenquru Mikaél, le but premier de ces associations était de distribuer aux membres de l'association une boisson considérée comme porteuse d'une bénédiction particulière le : *nefro wuha*, littéralement "l'eau des graines germées"¹³⁶ (nous verrons dans le

¹³⁶ Cette boisson, comme son nom l'indique, est l'eau dans laquelle des graines (fèves, pois divers) ont été cuites. Ces graines sont consommées par les moines en particulier durant les périodes de carêmes, c'est également une des nourritures de prédilection des *bahetawi*. De fait, la grande majorité si ce n'est la totalité des personnes demandant, prenant, du *nefro wuha* sont les PVVIH

dernier chapitre que cette ressemblance n'est pas tout à fait fortuite). Par la suite, au regard des difficultés rencontrées par les membres, les activités se sont développées. Celles-ci concernent trois aspects de la vie sur les sites d'eau bénite : les rituels (pèlerinages, *nefro wuha*), les besoins concrets des membres (enterrement, aide matérielle), les relations avec l'extérieur (gestion de l'aide venue de l'extérieur, recherche d'aide des ONG, relation à l'église en tant qu'institution).

L'association de Ent'ot'o Maryam avait pour président un PVVIH du site, et un des membres du comité de direction est le *bahetawi*, le leader charismatique du site en personne. Il joua, jusqu'en 2007, un rôle prépondérant dans l'association, décidant notamment des occasions de la distribution du *nefro wuha*, et hébergeant l'association dans son propre bureau dans l'église. La question du lieu de l'enterrement des morts eut une résonance particulière. Classiquement, seules les personnes enregistrées à la paroisse, et donc vivant là en permanence peuvent être inhumées dans le cimetière paroissial. En effet, comme l'établit S. Ancel, la cotisation paroissiale régulière ouvre l'accès aux divers sacrements gratuitement (2006). Les personnes ne s'étant pas acquittées de leur cotisation doivent payer un tarif bien plus élevé pour être enterrées dans le cimetière de l'église selon les rituels funéraires (Ancel, 2006). De nombreux *tsäbältägnas* vivant avec le VIH désirent être inhumés à Ent'ot'o Maryam, cependant, en l'absence de cotisation, c'est la municipalité d'Addis Ababa qui vient prendre le corps et l'enterrer dans un autre cimetière. Pendant un temps, un des buts de l'association fut d'assurer l'inhumation des PVVIH décédés sur place selon les rites chrétiens, toutefois, devant le nombre de morts, l'église dû interdire aux PVVIH extérieures à la paroisse d'y être enterrées, réservant ce droit à un nombre restreint d'individus.

A Ent'ot'o Maryam, le *nefro wuha* est distribué aux adhérents de l'association, sur ce site majoritairement séropositifs, les jours de fêtes religieuses (par exemple le jour dédié à la Vierge Marie). Le *nefro*, soit les graines germées seules, est dédié à tous les visiteurs (et/ou pèlerins) de manière aléatoire et selon l'ordre d'arrivée, tandis que le l'eau de cuisson de ces graines, le *nefro wuha*, n'est distribué qu'aux PVVIH (de fait).

A Shenquru Mikaél, outre la distribution de *nefro wuha* aux membres, les buts premiers de l'association était : (1) de mutualiser les moyens permettant aux *tsäbältägnas* de Shenquru Mikaél, de se rendre en pèlerinage sur d'autres sites d'eau bénite et monastères ainsi que leur apporter de l'aide, (2) de répondre aux demandes d'infrastructures (en outre, la construction de nouveaux baraquement dédiés à la douche d'eau bénite), (3) d'aider les plus démunis qu'ils soient séropositifs ou non, (4) participer à la construction d'autres églises¹³⁷. Des problèmes de financements récents ont limité ces activités, point qui sera développé dans le chapitre 12.

Une des activités principales de ces associations est la réception, la recherche et la redistribution de l'aide en argent ou en nature. Si les associations ont plusieurs buts, l'aide aux membres constitue le domaine le plus sensible, le plus important mais aussi celui qui génère le plus de tensions. Deux caractéristiques se rencontrent à propos de ces associations comprenant en leur sein ou totalement dédiés aux *tsäbältägnas* vivant avec le VIH. En tant qu'association de PVVIH, celle de Ent'ot'o Maryam est susceptible de recevoir des fonds, des

¹³⁷ En effet, et comme le note également S. Ancel (2006), depuis que l'Eglise a perdu ses terres et son statut d'Eglise d'état, elle sollicite l'appui financier des fidèles pour construire des nouvelles églises. Ceux-ci reçoivent en contrepartie la bénédiction religieuse.

aides d'ONG ou même gouvernementales. En tant que *tsäbältägnas*, toutes les associations reçoivent de l'aide des fidèles et des pèlerins extérieurs à la communauté des *tsäbältägnas*. Ces deux sources appellent donc une analyse employant les outils et concepts tant des sciences sociales du fait religieux que du VIH spécifiquement. Commençons par l'aspect religieux. Dans le christianisme éthiopien, et à l'instar de nombreuses autres religions, l'aide aux plus démunis est un devoir. Ce soutien matérialisé en dons en argent (monnaie papier), en banquets, en nourriture se fait de fidèles à fidèles, l'Eglise et l'EOTC n'ont jamais jusqu'en 1971 date de création de l'EOTC-DICAC (chapitre 2 section 4), et à notre connaissance, centralisé, rationalisé l'aide aux pauvres. En cela elle se rapproche du christianisme occidental du bas Moyen-Âge et jusqu'au XIII^e siècle environs, date à laquelle des hôpitaux, des hospices, et des ordres monastiques tournés vers l'aide aux démunis sont apparus un peu partout en Europe (Schmitt, 1982). Si bien que pour ces deux églises, le christianisme éthiopien et le christianisme occidental médiéval, l'assistance et la charité, pour reprendre le titre du colloque dont J.-C. Schmitt offre un compte rendu, sont essentiellement laïques. Les *mahebärs* et tant que groupement, ainsi que les fidèles à titre individuels, reçoivent de l'aide sous cette forme. Mais ce n'est pas la seule raison. En effet, les anciens *tsäbältägnas* une fois guéris rentrent chez eux et retournent à leur vie normale, s'ils ont reçu le pardon divin, la rédemption associée à la guérison d'une maladie, ils formulent à l'endroit d'une entité supranaturelle (Dieu, la Vierge, un saint ou un ange), une promesse, appelé *selät*¹³⁸. Celle-ci concerne plus généralement tous les fidèles, elle est autant une demande adressée à l'entité pour recevoir un bien de salut ou une réparation que remerciement et action de grâce. Outre que l'EOTC (et l'Eglise), en tant qu'institution de salut, reçoit et capte les *seläts* (Ancel, 2006 : 290), il apparaît que les *tsäbältägnas* peuvent, à titre individuel et en tant que laïc dans le besoin, en être les récipiendaires au nom de l'entité. Dans ce cadre et pour cette raison, plusieurs PVVIH vivant sur les sites d'eau bénite sont en tension entre parler de leur maladie et la taire :

« Les PVVIH se retrouvent entre eux, ils discutent, ils parlent de leur maladie, et ils en parlent à ceux qui peuvent les aider, mais pas aux autres et surtout pas aux fous » (une FVVIH, Shenq^wära Yohänes, juillet 2008)

A 'Uraél, une des premières jeunes femmes interrogées insista sur ce point :

« Moi, je n'ai pas d'argent, alors, je parle de ma maladie pour recevoir de l'aide, les riches et ceux qui ont de l'argent ne disent rien, ils se cachent, mais moi, j'en parle à tous ceux qui peuvent m'aider, et aussi ceux qui viennent de l'extérieur. » (une FVVIH, 'Uraél, novembre 2005)

Ainsi, afin de recevoir de l'aide (dons en argent ou en nature) et/ou de « capter » ces *seläts* pour eux-mêmes, les *tsäbältägnas* doivent divulguer leur statut de PVVIH, de s'exposer donc. De même, les *mahebärs* bénéficient également de ce *selät* ou des dons simples et les redistribuent entre tous les membres. Cette redistribution permet donc aux *tsäbältägnas* de

¹³⁸ D'après différents dictionnaires (Leslau 1976 :48 ; Kane, 1990, vol.1, 451) et comme S. Ancel l'a montré, (2006 ; 289-90) *selät* est utilisé pour désigner un échange entre un fidèle et un saint :

« Sous couvert d'un don à l'église paroissiale en nature ou en espèce, le fidèle honore un vœu prononcé en faveur d'un saint en particulier. Le respect de ce vœu a pour objectif d'assurer au fidèle la réussite de sa requête auprès du saint ou bien de le remercier » (Ancel, 2006 : 290)

conserver l'anonymat. Cependant, plusieurs d'entre eux, et sur tous les sites, se sont plaints de ne rien recevoir, de ne pas savoir où va l'argent de leurs cotisations. D'autres, en étaient relativement satisfaits recevant sucre, huile, d'autres denrées alimentaires ainsi que parfois un peu d'argent. Les *mahebär* permettent donc, théoriquement et dans une certaine mesure, aux PVVIH vivant sur les sites, de préserver la confidentialité autour de leur affection, mais la quantité d'aide reçue est trop chiche et la distribution trop sporadique pour réellement subvenir à leurs besoins quotidiens, tandis que la solidarité directe inhérente, et réelle à Ent'ot'o Maryam, à la vie de *tsäbältägna* semble bien plus efficace et consistante que l'adhésion aux *mahebär*.

Par ailleurs, du point de vue du sida, en tant qu'association de PVVIH, le *mahebär* de Ent'ot'o Maryam a tenté d'obtenir de l'aide des ONG et d'instances impliquées de la lutte contre le sida. Cependant, d'après les personnes interrogées, elles se sont vues, jusqu'en 2007 (date à laquelle les ARV et l'eau bénite sont devenus compatibles), refuser tout support au motif que l'association était religieuse, de fait, le *bahetawi* étant l'un des responsables voire concrètement le principal responsable, ce que confirme Zena Berhanu (2006). Les autres associations parce que non orientées vers la prise en charge des PVVIH n'ont jamais entrepris de démarche en ce sens.

Il apparaît donc qu'à l'instar des membres des associations de PVVIH laïques, d'Afrique de l'Ouest (Cornu, 1996 ; Cissé-Wone, 1999 ; Ouattara, 2002) et de France (Vignes, Schutz, 2008 ; Carricaburu, Ménoret, 2005), les *mahebärs* et/ou leurs membres sont tiraillés entre une visibilité nécessaire à l'obtention de l'aide (des fidèles ou des ONG) ou à la captation du *nefro wuha*, et la volonté de rester discret, et de ne pas divulguer son statut sérologique, dans les cas où la stigmatisation des personnes infectées est toujours possible. Et encore une fois, cette tension est inexistante à Ent'ot'o Maryam. Là, la solidarité entre tous les *tsäbältägnas* supplante le plus souvent l'aide provenant de l'association.

I.3.d. Facteurs favorisant la visibilité du VIH sur un site d'eau bénite

Au terme de ce tour d'horizon des différentes modalités d'intégration de l'infection au VIH sur les sites d'eau bénite, la spécificité de Ent'ot'o Maryam prend toute sa dimension. Ce lieu, cette communauté ressemble autant à un site d'eau bénite comprenant donc une communauté de *tsäbältägnas* qu'à une grande association de PVVIH telles qu'elles sont décrites dans la littérature. Elle offre aux personnes infectées un espace de parole, d'échange d'information et d'expérience (Cisé-Wonde, 1999 ; Ouattara, 2002 ; Ouattara et al, 2004), elle constitue un relais favorisant la prise en charge, et ici religieuse bien sûr, et peut devenir un support pour capter l'aide aux PVVIH (Eboko 1999 ; Vignes, Schultz, 2008), avec tous les aléas et les problèmes inhérents à ce type de configuration (instrumentalisation, captation, mise de côté ou encore surreprésentation).

Si aucun autre site d'eau bénite n'a, à notre connaissance, atteint un tel degré de spécialisation, sur d'autres sites, les PVVIH se rassemblent, s'épaulent et forment des groupes dans lesquels la solidarité est plus forte qu'avec les autres *tsäbältägnas* et entre ceux-ci. Ce qui témoigne du caractère spécifique de l'infection au VIH, bien au-delà de sa prise en charge au sein des sites d'eau bénite.

Avant de nous intéresser à la cure à proprement parler, les éléments collectés et mis en lumière appellent une synthèse quant aux facteurs favorisant l'apparition de communauté de PVVIH sur les sites d'eau bénite, le nombre de *tsäbältägnas* présent n'étant certes pas le seul. Quatre éléments ont pu être dégagés : la spécialisation du site, la présence d'un leader charismatique, l'éloignement au monde, la taille de la communauté. Ces conditions sont, bien évidemment, interdépendantes, fluides et évolutives dans le temps, en outre, les changements du rapport au VIH pourront sans doute modifier la capacité des sites d'eau bénite à intégrer l'infection au VIH. Ces quatre facteurs sont ici figés pour les besoins de l'analyse.

Le premier est exemplifié par le site de Ent'ot'o Maryam, qui fut spécialisé dès sa fondation par un leader charismatique « redonnant la vie » aux personnes séropositives. Un autre site est placé sous l'égide d'un leader charismatique, Wänqeshét Gabré, et quoiqu'aucune communauté de PVVIH n'y ait été observée, le fait que des pèlerins-*tsäbältägnas* (soit des personnes venues pour des retraites spirituelles courtes) puissent y révéler rapidement la raison de leur venue, nous conduit à penser que ce site pourrait à l'avenir et si les autres conditions s'y rencontrent (pérennisation d'une communauté), présenter des caractéristiques similaires à celles de Ent'ot'o Maryam ou au moins à celles de Shenq^wära Yohänes. L'éloignement du monde est une donnée essentielle et centrale. Un site trop éloigné et trop sacré (les monastères) ne peut accueillir de grande communauté, inversement, un site trop proche du monde et ouvert au recours ponctuel à l'eau bénite ne peut voir se développer une communauté de *tsäbältägnas* structurée, c'est le cas de Kidanä Meherät. Si le site est trop près du monde, comme 'Uraél, une communauté peut accueillir en son sein des PVVIH leur donnant l'occasion de se rassembler. A condition qu'il existe sur le site, un au sein duquel les *tsäbältägnas* peuvent justement tisser des liens et échanger. Enfin, un site trop petit et non encadré par un leader charismatique, à l'instar de Abuna Hara, ne semble pouvoir prendre en charge l'infection au VIH ou du moins permettre aux PVVIH de rendre visible leur affection réelle.

Les facteurs prédisposant un site à accueillir des PVVIH ont donc été mis en lumière. Le rituel de l'eau bénite quant à lui, demeure dans sa majeure partie similaire de site en sites et surtout partout et quelque soit l'importance des modulations du rituel observées, le but est toujours d'obtenir la guérison. Nous allons donc nous intéresser à présent à la manière dont cette guérison « miraculeuse » est « construite » et dont elle advient.

II. Guérir du sida, la construction sociale et symbolique du miracle pour sortir de la maladie

La cure par l'eau bénite, comprenant le rituel de l'eau bénite et l'ascèse extra-mondaine pénitentielle, est certes moins variable. Si des différences existent (présence ou non de cérémonie de type liturgique spécifique, rigidité du rituel, quantité d'eau bénite absorbée), elles n'intéressent pas la structure même du rituel dont le but est la sortie du monde et la concentration sur la composante spirituelle, l'âme du fidèle au détriment du corps dont les besoins doivent être contrôlés voire obliérés.

Il est ici important de noter que la cure telle qu'elle est décrite dans cette section a lieu en l'absence d'ARV. En effet, il a été précisé (chapitre 2 section I.1.b) que les traitements

antirétroviraux ont été introduits à large échelle et gratuitement en Ethiopie en 2005-6, et que jusqu'en 2007, ils n'étaient pas visibles sur les sites d'eau bénite. Les deux premières enquêtes ont donc été menées en leur absence. Les entretiens exploités et cités dans cette section ont été menés pour une grande part en 2008 donc lorsque certains *tsäbältägnas* vivant avec le VIH combinaient les traitements spirituel et biomédical. Cependant, et nous y reviendrons largement dans le dernier chapitre, la prise conjointe des ARV et de l'eau bénite n'a en rien entamé les conceptions et représentations de Dieu, des autres entités surnaturelles et de l'eau bénite.

II.1 Les technologies de soi religieuses : la purification et le contrôle de soi

Nous avons montré que la cure par l'eau bénite est une ascèse extra-mondaine laïcisée, soit une démocratisation, une laïcisation de la vie monacale (Hermann, 2010 ; 2012), celle-ci est doublée d'un agenda religieux spécifiquement adapté aux besoins laïques en terme d'encadrement liturgique et sacramentel, propre à la religiosité de masse par opposition aux besoins religieux des virtuoses (les moines et les ermites). Ces éléments nous ont conduit à recourir au concept foucauldien de technologie de soi (1984 ; 1994) et à nous appuyer sur certaines de ses analyses. M. Foucault donne la définition suivante de ce qu'il appelle les techniques de soi :

« [Elles] permettent aux individus d'effectuer, seuls ou avec l'aide d'autres, un certain nombre d'opérations sur leur corps et leur âme, leurs pensées, leurs conduites, leur mode d'être ; de se transformer afin d'atteindre un certain état de bonheur, de pureté, de sagesse, de perfection ou d'immortalité » (1994 : 785)

Dans le cas de la cure par l'eau bénite, il est clair que le but des techniques de soi, n'est pas le bonheur, la pureté, ou même l'immortalité, mais très prosaïquement la guérison, obtenue grâce à la pénitence. Les buts décrits par M. Foucault peuvent, éventuellement, être visés mais uniquement dans un second temps ou comme moyens d'obtenir la guérison (ex. la pureté). Nous avons donc couplé cette définition avec les notions mises en exergues et développées dans un texte portant sur les technologies de soi du christianisme primitif et du haut moyen âge (1984 : 1623-32). La plus importante à notre sens est celle qu'instaure l'*exomologêsis* que l'auteur traduit par « reconnaissance d'un fait »,

« Le mot avait [...] une signification pénitentielle. [...]. L'*exomologêsis* était le rituel par lequel un individu se reconnaissait comme pécheur et comme pénitent. Elle comprenait plusieurs caractéristiques : d'abord, le pécheur avait le statut de pénitent pour une période qui pouvait aller de quatre à dix ans, ce statut affectaient l'ensemble de sa vie. Il supposait jeûne, imposait certaines règles concernant l'habillement et des interdits en matière sexualité. L'individu était désigné comme pénitent, de sorte que sa vie ne ressemblait pas à celle des autres. » (1984 : 1626)

L'*exomologêsis* implique donc un changement de statut, le pénitent entre dans une autre sphère de l'existence, mène sa vie à côté de celle des autres. Dans le christianisme éthiopien, le statut de pénitent ne semble pas exister à proprement parler, par contre, être un *tsäbältägna* implique une posture pénitente (quoique celle-ci puisse varier en degré), et la pénitence menée hors du monde confirme ce changement de statut. Etre *tsäbältägna* correspond à un statut religieux et social à part entière. Celui-ci appelle une technologie de soi propre qui

comprend les composantes suivantes : la purification corporelle extérieure et intérieure (aspersion et absorption d'eau bénite), le contrôle du corps et de ses besoins (jeûne et continence sexuelle) accompagnés d'un encadrement liturgique rigoureux (prières, participation aux diverses liturgies, enseignements, confession) et proprement laïc.

II.1.a. La cure par l'eau bénite : aspersion et absorption

Le rituel de l'eau bénite comprend deux phases successives : l'aspersion (ou baptême selon la notion *emic*) puis l'absorption. En effet, les *tsäbältägnas* et les chrétiens éthiopiens généralement emploient les termes *at'ämmäqä* qui signifie "baptiser" et *mät'ämmäqä*, "se faire baptiser", "recevoir le baptême" et l'absorption pour qualifier la « douche », l'« aspersion » d'eau bénite quelque soit la quantité.

L'aspersion a lieu sur le site d'eau bénite qui est, à Ent'ot'o Maryam¹³⁹, distant de la source même. Une rigole achemine l'eau bénite vers un bassin permettant son stockage le temps du rituel, et flaquant l'espace de douche, la rigole est, à la fin du rituel, fermée par un clapet. Le rituel débute au petit matin vers 6 heures et se termine autour de 11 heures. Sur ce site, il se déroule, dans un coin de la grande salle dédié au *kidan*, (sur de nombreux autres sites, cette étape se déroule dans une salle spécifique cf. chapitre 3 section IV.2.b). Les femmes, puis les hommes alternativement, une fois dévêtus, pénètrent dans l'espace d'aspersion, s'accroupissent en rang jusqu'à ce que la salle/l'espace soit rempli(e). Des volontaires (toujours de sexe masculin) acheminent des jerricanes remplis d'eau bénite au *bahetawi* et à ses assistants et les ramènent vides pour les remplir à nouveau. Avant de commencer l'aspersion du groupe, le *bahetawi* fait une courte prière à laquelle chacun répond en donnant son nom de baptême. Puis, l'aspergeur versera sur la tête de chaque personne une grande quantité d'eau bénite, dans certains cas, en psalmodiant des prières que la personne peut éventuellement réciter avec lui. Le *bahetawi* signifie la fin de l'opération en imposant sa croix portative manuelle sur le corps du fidèle. Une fois baptisée, la personne se rhabille pour assister au *kidan*.

A la fin du *kidan*, les fidèles se voient délivrés dans un jerrican qu'ils ont apporté à cet effet, une quantité variable d'eau bénite destinée à l'absorption. Sur ce site, c'est généralement cinq litres d'eau bénite qui seront absorbés, mais là comme ailleurs, cette quantité peut varier entre un et sept litres. L'absorption doit être assez rapide, elle dure entre une et trois heures en fonction de la quantité, et selon que la période est jeûnée ou non. En effet, le carême étant rompu après 15 heures, il laisse plus de temps pour boire l'eau bénite. Cette phase aura lieu aux alentours du site, mais jamais dans l'espace de douche même, ni au domicile. L'absorption d'une telle quantité d'eau bénite est une phase centrale du rituel qui a plusieurs conséquences, tant symboliques que physiques. Physiquement, elle provoque l'expulsion par diverses voies (vomissement, miction, diarrhée) de substances colorées (noir, rouge, vert, jaune, blanc) qui manifestent, témoignent de la sortie, de l'expulsion du mal et attestent de l'efficacité de l'opération ainsi que de la puissance de l'eau bénite. Ces expulsions de

¹³⁹ Rappelons brièvement, selon les sites, ce rituel connaît de nombreuses variations quant à l'heure de son déroulement, la quantité d'eau absorbée et nous l'avons vu le type d'encadrement du rituel. La description faite ici est issue de nos observations participantes à Ent'ot'o Maryam, quelques variantes seront parfois indiquées.

substances corporelles s'inscrivent dans le processus classique de guérison de toute autre maladie par l'eau bénite. En effet, il s'agit dans le cas d'une infection au VIH d'expulser le virus du corps, à l'instar de l'esprit possédant dans le cas des possédés, du sort pour les victimes de sorciers ou encore de n'importe quelle affection en général. Le rituel de l'eau bénite, douche et absorption, fait sortir l'esprit malin, le mal, responsable et purifie le corps.

II.1.b. Le carême, la prière, la liturgie : un agenda religieux

Outre le suivi des règles présentées précédemment (chapitre 8 section II.1) et du rituel de l'eau bénite, la journée type d'un *tsäbältägna* vivant à Ent'ot'o Maryam ou sur un site encadré par une église est structuré autour d'un agenda religieux précis laissant peu de temps libre. Le rituel et le *kidan* se terminent donc vers 12h et l'absorption de l'eau bénite de une à deux heures plus tard. En période de carême, ou si la personne effectue une *subaé*, une pénitence supplémentaire impliquant des jours de jeûne additionnel au carême régulier, le premier repas est pris vers 15h. Tous les *tsäbältägnas* nous ont rapporté que le rituel de l'eau bénite fatiguait, si bien qu'après le repas, un repos est pris. Autour de 17h30, un enseignement religieux est délivré dans l'enceinte de l'église, pendant environs une heure trente, occupant les fidèles jusqu'à 19h. Enfin, et c'est une spécificité des sites encadrés par des personnages charismatiques, une prière du soir est organisée vers 20h, dont la durée varie entre un peu moins d'une heure et deux heures. Cette organisation de la vie autour des cérémonies, des liturgies et autres rites religieux laisse donc peu de place à la liberté individuelle. En outre, il a déjà été explicité que les *tsäbältägnas* suivaient un grand nombre de règles, d'interdits, s'abstenaient de nombreux produits, d'actes et appliquaient la continence sexuelle. En ces points, la vie des *tsäbältägnas* s'apparente à celle des moines et moniales.

II.2 La construction du miracle

L'absorption de l'eau bénite, souvent en quantité importante, permet de faire sortir le mal et de purifier le corps, l'expulsion de matières corporelles (miction, vomis, défécation) colorées (rouge, vert, jaune, noir) constituant le signe de l'effectivité de la cure et que le processus de guérison est en marche.

« L'eau bénite élimine toutes les maladies qui se trouvent à l'intérieur de ton corps, les choses jaunes, vertes, blanches sortent comme elles peuvent et puis ça te donne faim et si tu manges dans ces conditions, alors ça te donne beaucoup d'énergie. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

L'expulsion de ces substances est considérée comme un « miracle ». Elles sont, à 'Uraél et dans une moindre mesure sur d'autres sites d'eau bénite, mises dans des bouteilles en plastiques et exposées à la vue de tous pour justement attester des « miracles » advenant grâce à l'eau bénite.

La survenue de cette guérison miraculeuse est donc construite, jalonnée d'étapes identifiées, l'ensemble du processus faisant l'objet non pas exactement d'une ritualisation mais d'une mise en forme particulière dont l'analyse ressort tant à l'anthropologie religieuse qu'à l'anthropologie de la santé. Un rapide préambule consistant en la présentation succincte des

différentes analyses et études portant sur le miracle aboutira à l'exposition de la position qui a été adoptée ici.

II.2.a. Du miracle à la construction de l'efficacité.

Depuis le siècle des Lumières (Hobbes et Hume) et dans un mouvement qui plonge ses racines plus loin dans le temps (au haut Moyen-Âge [Sigal, 1985 ; Guillaume, 1990]), la position occidentale sur l'advenue des miracles n'a cessé d'être reconsidérée (Sbalchiero, 2007 ; Albert, 2010). L'Eglise catholique contrôle, depuis le XIX^e siècle, l'authenticité des miracles de Lourdes (Albert, 2010 ; Amiotte-Suchet, 2006) tandis que de l'autre côté du spectre, les nouveaux mouvements religieux, dont les nouveaux Pentecôtistes, ont remis la croyance dans les miracles sur le devant de la scène (Corten, 1997, 1999 ; Mary, 1997 ; Amiotte-Suchet, 2005, 2006). Comme le note J.-P. Albert, ces différentes évaluations et conceptions du miracle appellent également des analyses portant sur leur construction (Amiotte-Suchet, 2005, 2006) et sur la croyance (Lamine, 2008 ; Piette, 2010).

Il est d'usage en Occident de considérer les miracles comme,

« Un événement, impossible selon les lois de la nature, dont un être surnaturel est considéré comme l'auteur. » (Albert, 2010 : 725-726)

Dans le monde occidental et rationnel, cette définition est arrimée à l'opposition entre nature et surnature, entre l'« ensemble de réalités soumises aux lois du déterminisme, et un monde qui l'a dépassé » (*ibidem*). Et « la catégorie même de miracle serait donc inséparable d'un processus historique de distinction entre nature et surnature » (*ibidem*), entre physique et métaphysique. Cette séparation, comme l'auteur cité le note, est cependant à nuancer, et il semble bien plus évident que chaque culture, et

« Chaque époque tend à privilégier quelques miracles-types, dessinant en somme un espace de crédibilité de l'incroyable » (Albert, 2010 : 727)

C'est entre autre, ce que L. Amiotte-Suchet interroge en étudiant la manière dont les congrégations de pèlerins catholiques à Lourdes et les pentecôtistes de l'Est de la France, imputent à Dieu leur guérison ou toute amélioration sensible de leur santé. Il tente de répondre à la question suivante :

« Comment, avant toute déclaration de guérison, le croyant parvient à s'affranchir de l'étape de conscience entre une amélioration sensible de sa santé constatée et l'idée même que cette amélioration puisse être de nature divine ? » (2005 : 242).

Pour ce faire, il s'intéresse

« Aux représentations de la guérison divine véhiculées au sein du groupe considéré et aux procédures d'authentification mises en place pour véritablement transformer le "prétendant" en un authentique miraculé ». (*ibidem*)

C'est-à-dire qu'il dégage l'infrastructure symbolique des groupes, qui joue le « rôle de grille de lecture de la réalité qui déclenche (ou interrompt) le procès de guérison » (*ibidem*).

Dans sa thèse, il utilise et définit à nouveau cette notion :

« L'infrastructure symbolique "détermine le pensable, l'envisageable, le plausible en matière d'espoirs de changement [...] c'est l'univers des possibles dans lequel navigue

chaque fidèle qui doit servir de cadre d'analyse puisqu'il construit la grammaire des déclarations publiques" (Amiotte-Suchet, 2005 : 250-251). Comme le disait déjà Émile Durkheim en 1912, « pour que nous ayons l'idée du surnaturel, il ne suffit pas que nous soyons témoins d'événements inattendus; il faut encore que ceux-ci soient conçus comme impossibles, c'est-à-dire comme inconciliables avec un ordre qui, à tort ou à raison, nous paraît nécessairement impliqué dans la nature des choses » (Durkheim, 1968, p. 38). » (Amiotte-Suchet, 2006 : 612, note 1289)

Ces infrastructures symboliques sont l'ensemble des conceptions de Dieu, des représentations quant à la manière dont il intervient dans la vie concrète des fidèles voire dans leur corps même. Ces infrastructures symboliques comprennent également la grammaire des événements permettant aux fidèles de repérer, d'identifier les événements imputables au divin, (que ces événements soient liés à leur vie ou à leur corps) de codifier la manière dont ces actions sont imputées à Dieu ainsi que des dispositifs permettant de les provoquer. C'est donc sous cet angle et de cette manière que nous envisageons la construction du miracle de guérison dans le christianisme éthiopien. Il s'agit également de se tenir éloigné des théories sur l'efficacité symbolique (Lévi-Strauss 1958 ; Benoist, 1993 ; Tavernier, 1996) et nous l'aborderons dans la prochaine section, des approches sous l'angle de la croyance.

II.2.b. La foi dans le miracle : tout est possible à Dieu

Dans le christianisme éthiopien, les « infrastructures symboliques » (Amiotte-Suchet, 2005 : 250), préexistantes à la survenue d'un miracle, se situent déjà dans la conception, les représentations de Dieu ainsi que dans la manière d'envisager les interactions entre nature et surnature. Il a été explicité que les Ethiopiens chrétiens considèrent que

« Dieu est le créateur de tout ce qui existe. Après les avoir créés il continue de les soutenir. [...] "tous ont été créés par sa Grâce, et vivent par Sa bienveillance". Parfait lui-même, Il n'a de cesse d'insuffler cette perfection à Ses créatures. Les hommes en tant qu'individus ainsi que le processus historique complet sont ultimement sous son contrôle. Dieu n'est pas une perfection passive ou un idéal abstrait, mais une réalité dynamique toujours active » (Samuel, 1997 :45)

Ainsi, Dieu continue d'intervenir dans la vie des hommes, que ce soit pour les grands événements comme les petits. Nous avons longtemps pensé que, dans la conception éthiopienne, nature et surnature étaient moins distinctes que dans le monde Occidental. Mais des entretiens avec un prêtre et plusieurs fidèles, ont mis à mal cette « préconception » et nous ont éclairé sur les rapports du christianisme éthiopien à ces deux entités. Interrogé sur ce point un prêtre nous expliquait :

« Il y a des miracles partout et tout le temps. [Question : mais quelle est la différence alors entre les miracles et la vie normale ?] Le soleil, la nature sont aussi un miracle, mais à cause de l'habitude, nous ne les voyons pas ou ne les considérons pas comme un miracle, c'est devenu comme un du, c'est en nous. Alors, Dieu fait pour nous de plus grands miracles pour que nous ne l'oublions pas, pour que nous n'oublions pas qu'il est celui qui a tout créé pour que nous vivions dans le monde. Dieu a créé le monde en sept jours et de la même façon, l'homme est fait de sept choses et ces sept choses sont séparées en deux. Quatre sont pour le corps, ce sont : la terre, l'air, le feu et l'eau. Trois choses sont pour l'âme, ce sont : l'éternité (*näbebit*), la parole

(*tenägäri*), la pensée (*lebawit*). Encore aujourd'hui, il y a des miracles. Dieu nous montre en songe et en réel, il enseigne, il nous appelle et il nous apprend. » (Entretien avec un prêtre, Addis Ababa, mars 2009)

Il est donc apparu que nature et surnature sont effectivement distinctes, c'est l'écart entre elles, qui diffèrent, et donc leur imperméabilité. Loin de considérer que nature et surnature sont indistinctes, la séparation est posée et claire, l'homme contient en lui-même les deux entités, il est constitué des deux, de nature (les quatre éléments) et de surnature (l'éternité, la parole et la pensée). La nature est l'ordre normal du monde, créé par le divin, tout comme la surnature, distincte de la première est une création divine. Les ordres sont différents, mais dans la conception éthiopienne, Dieu agit dans les deux univers, utilisant toutes les possibilités qui lui appartiennent, comme V.C. Samuel l'explique :

« Dieu n'est pas une perfection passive ou un idéal abstrait, mais une réalité dynamique toujours active qui amène tout ce qui existe vers la destinée finale qu'il réserve pour chacun ainsi que pour le monde entier. » (1997 :45)

Dans ce cadre, la distinction entre nature et surnature existe, mais elle n'est simplement pas pertinente pour les Ethiopiens chrétiens.

En outre, dans le christianisme éthiopien, la nature de Dieu n'est pas définie une fois pour toute, se rapprochant en cela des christianismes orthodoxes. Les théologiens cherchent moins à savoir ce qu'il est que, éventuellement, ce qu'il n'est pas. Cette manière d'envisager la connaissance de Dieu est appelée chez les Orthodoxes, la théologie négative. C'est-à-dire que les théologies

« Condamnent les déformations de la vérité chrétienne plutôt qu'elles n'établissent son contenu positif, celui-ci étant tenu pour acquis dans la tradition vivante en tant que vérité totale se situant au-dessus et au-delà des formules doctrinales. » (Meyendorf, 1975 : 11-12)

« Il y avait ainsi à Byzance, dans l'approche même de la théologie, une antinomie : Dieu s'est en vérité révélé en Jésus-Christ, et la connaissance de sa vérité est essentielle au salut, mais Dieu est aussi au-dessus de l'intellect humain et ne peut être pleinement exprimé par des mots. » (*ibid* : 12)

Selon cette conception, les miracles constituent une part du mystère divin, et chaque chose peut être considérée comme telle, à cette réserve près que si tous les événements peuvent être envisagés comme voulus par Dieu, le cadre culturel, social et théologique en limite la portée : certains faits sont dus au diable tandis que d'autres ne sont pas vus par les chrétiens Ethiopiens comme des miracles. L'investigation quant à la notion de miracle dans le christianisme éthiopien a tenté d'être menée plus avant, nous avons cherché à en comprendre la teneur et la construction générale, mais la complexité du phénomène nous a convaincu de nous en tenir à l'analyse de la cure miraculeuse du sida par l'eau bénite.

Sur les sites d'eau bénite, outre la « facilité » avec laquelle des miracles adviennent, les entretiens menés avec les *tsäbältägnas* révèlent un aspect fondamental de la conception du divin : Dieu est miséricordieux. Et sa miséricorde n'a pas de borne pour celui qui invoque son pardon :

« [Question : A quelles conditions pensez-vous que Dieu (ou d'autres) vous pardonnera ?] Il est écrit dans le Livre : quand on fait pénitence, Dieu accorde son pardon. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« [Question identique] Parce que Dieu est miséricordieux, il n'est pas comme les êtres humains, il raye tous nos péchés si on le prie. Tu peux trouver la rédemption éternelle, tu peux entrer au paradis, moi je veux qu'il me redonne la santé pour vivre en respectant Dieu. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« [Question identique] Peut-être il ne me pardonne pas comme je voudrais qu'il me pardonne, mais en respectant ses consignes il me pardonnera comme il veut. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, avril 2008)

« [Question : Demandez-vous à Dieu ou à la Vierge de vous pardonner vos fautes ?] Oui, je le fais. [A qui ?] Je demande à Marie et aux anges, j'appelle leurs noms, je les prie. [Comment savez-vous que vous êtes pardonné ?] J'ai vu le pardon de Marie. Si je n'étais pas venue à Ent'ot'o Maryam, je serais morte. C'est un signe de son pardon. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« [Comment savez-vous que vous êtes pardonné ?] Dieu nous accordera son pardon car il est miséricordieux. [Si Dieu ne vous guérit pas du sida, cela signifie-t-il qu'il ne vous a pas pardonné ?]. Non, je ne pense pas comme cela. Dieu fait tout pour une raison. Donc s'il ne m'a pas encore guérie, je l'accepte de gaité de cœur car je sais qu'il a un plan pour moi. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Ainsi, les PVVIH (et plus généralement les fidèles) n'ont qu'à se rendre sur un site d'eau bénite, prier, vivre selon ses règles et implorer le pardon divin pour l'obtenir. Cette rédemption n'aura peut-être pas la forme d'une guérison du VIH, mais ils se savent déjà pardonnés. Une femme nous le dit explicitement : « simplement en venant ici, je sais que Dieu m'a pardonnée » (un FVVIH, Ent'ot'o Maryam, janvier 2005).

La prégnance de l'idée d'un Dieu grandement miséricordieux et le fait que de nombreux événements soient considérés par les chrétiens éthiopiens comme des miracles ou comme induits spécifiquement par Dieu (ou des entités surnaturelles en lien avec lui : Vierge, anges, saints), en dépit des règles normales régissant le monde, constituent l'infrastructure symbolique sur laquelle repose l'advenue des guérisons miraculeuses du sida par l'eau bénite.

II.2.c. Des signes physiques de la guérison à l'ombre de la mort

D'autres faits sont qualifiés des miracles ou sont envisagés comme des signes annonçant le miracle attendu la guérison totale, ou encore comme des éléments signifiant que le pardon divin, la rédemption est soit déjà arrivée soit adviendra sous peu. Ainsi, vomir des substances colorées est un signe de la guérison, d'autres événements sont lus de manière identique :

« Avant de venir ici, j'étais très malade, je n'arrivais pas même à manger, mais maintenant, depuis que j'avale de l'eau bénite, je me sens mieux. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« Depuis que je prends de l'eau bénite, je sens mon esprit en paix, je peux dormir normalement » (un FVVIH, Shenquru Mikael, juillet 2008)

« J'ai reçu un traitement avec [par] l'eau bénite. J'avais perdu espoir avant de venir ici. Et puis, cette année, je n'ai pas été alitée. » (une FVVIH, installée à Shenquru Mikael depuis un an, juillet 2008)

Toutes les améliorations, comme retrouver l'appétit, mieux dormir, être en paix, être guéri d'une autre affection (fistules ou même la pneumonie), avoir les cheveux qui repoussent, une plus belle peau, sont lus comme des signes d'effectivité de la cure par l'eau bénite, ils sont des signes de guérisons pour eux-mêmes et annoncent en même temps la grande cure, celle du sida. Mais quoiqu'il en soit, la sérénité et l'acceptation des *tsäbältägnas* vivant avec le VIH de leur sort, est remarquablement récurrente, voire systématique.

Dans le cas d'une infection au VIH et en l'absence de traitement, la mort est une fin, une issue possible à la contamination. Les propos des *tsäbältägnas* rendent compte de deux positions non pas contradictoires, mais bien plutôt complémentaires quant à cette perspective. La plupart des personnes interrogées n'abordent jamais la question directement, de fait, l'accent est mis sur la foi, sur les guérisons, sur la manière dont ils en verront les signes. Cette absence de mention de la possibilité de mourir du sida, est donc dans l'ensemble plutôt éludée, car avoir la foi suppose l'espérance, et il paraît assez difficile de garder l'espérance, la confiance en ayant constamment en tête sa mort possible ou en prenant trop en compte cette possibilité.

Durant le pèlerinage à Lalibela, au début du mois de janvier 2006, nous eûmes pour la première fois l'occasion de poser, ce qui nous semblait être une brûlante question. On nous avait répété à l'envie que par la foi, on pouvait guérir, alors, nous interrogeons quelques membres du groupe : « et si une personne meurt ? » Une des personnes du petit groupe avec lequel nous étions, répondit immédiatement et sur un ton sec : « c'est que sa foi n'était pas assez forte ! » (Carnet de terrain, janvier 2006). De même, quelques semaines plus tard, dans notre entourage immédiat, une femme épileptique venue prendre de l'eau bénite décéda trois semaines après son arrivée. Elle avait sur ordre du *bahetawi* et en accord avec le dogme prévalent à Ent'ot'o Maryam arrêté son traitement contre cette affection. Quelques temps plus tard, lors d'une discussion sur sa disparition avec d'autres *tsäbältägnas* de Ent'ot'o Maryam, une autre personne nous tint des propos similaires : « elle n'avait pas assez la foi ».

Dans d'autres cas, les personnes témoignent d'une acceptation de cette issue. Ainsi, Zena Berhanu obtint à une question sur les raisons de la venue sur un site, la réponse suivante :

« Je suis venue ici en ayant foi en la Vierge. Laissons la faire ce qu'elle veut de moi, me tuer ou me sauver » (une *tsäbältäгна*, Kidanä Mehrät in Zena Berhanu, 2006 :25)

Interrogés sur le temps qu'ils comptaient rester à Ent'ot'o Maryam, quelques *tsäbältägnas* nous répondaient : « jusqu'à ce que le virus me tue » (trois entretiens avec un PVVIH, Ent'ot'o Maryam, décembre 2005, mars 2008, avril 2008). Il apparaît donc que les *tsäbältägnas* vivant avec le VIH sont conscients de la possibilité de ne pas survivre au VIH.

Ces différents rapports à la mort, témoignent de sa présence plus ou moins larvée, tenue à distance par l'attention sur les guérisons, la guérison. Ils espèrent en sachant parfaitement que cette espérance peut également avoir une issue fatale, mais l'éludent le plus souvent pour justement garder foi et espoir. Le recours à l'eau bénite devient alors une espérance en tension permanente entre guérir et mourir, la foi aide à supporter cette tension et la perspective de la mort oblige à maintenir une foi forte.

Ainsi, que ce soit en l'acceptant totalement ou en l'imputant à un manque de foi, la mort est intégrée à la cure par l'eau bénite, elle est prise en compte et ces deux manières de l'intégrer au rituel sont pleinement du ressort de la construction de l'infrastructure symbolique permettant aux miracles d'advenir.

II.2.d. Les témoignages de miracles

Bien que les *tsäbältägnas* se considèrent comme sauvés, soit ayant déjà obtenu le salut/le pardon divin ou même déjà en cours de guérison, la cure du sida demeure le but visé et la raison première pour laquelle ils sont venus sur un site. Nous avons vu dans le chapitre 8 (section I.3.c) que le choix du site était toujours fondé sur la connaissance préalable d'un site et de sa capacité à guérir en l'occurrence du sida. C'est à présent, sur la manière dont cette connaissance, plus que croyance (et nous nous en expliquerons dans les pages suivantes), est construite que nous nous penchons. Divers médias relayent la survenue de guérison (miraculeuse) du sida sur les sites d'eau bénite.

Des *tsäbältägnas* nous ont rapporté avoir entendu une émission de radio les relatant, un autre a vu une affiche à l'entrée d'un magasin, un autre encore a trouvé cette information dans la presse nationale. Ces médias sont les moins fréquents mais attestent de la prégnance de la foi et pourrait-on considérer au regard de l'absence de remise en cause et de la l'infrastructure symbolique des miracles en Ethiopie, de la construction d'une connaissance. D'autres événements sont plus récurrents et rendent mieux compte de la manière dont est construite, ce qu'aucun qualifie d' « espace de crédibilité de l'incroyable » (Albert, 2010 : 727). A propos du sida traité sur les sites d'eau bénite spécifiquement, quatre moyens se dégagent nettement des autres modes de constructions de la « foi dans les miracles » : (1) l'activité prosélyte des leaders charismatiques de sites d'eau bénite, (2) les témoignages donnés dans les églises conjugués aux récits de miracles, (3) les magazines des églises et les tests de dépistage du VIH.

Les leaders charismatiques de sites d'eau bénite ont une activité prosélyte. Ils se rendent dans diverses églises du pays pour annoncer ou « témoigner » des miracles ayant cours sur leur site. Le *bahetawi* Ent'ot'o Maryam comme le moine de Wänqeshét Gabréel ont sillonné leurs régions à cette fin. A l'occasion d'un pèlerinage des *tsäbältägnas* de Ent'ot'o Maryam à Abba Yohänes, église flanquée d'un site d'eau bénite, et situé dans une petite bourgade au Nord de Addis Ababa, nous avons pu assister à un sermon du *bahetawi*. Le pèlerinage avait lieu à l'occasion de la fête de Yohänes qui s'étend sur toute la journée. L'après-midi, est le temps de l'« enseignement »¹⁴⁰ des prêtres aux nombreux fidèles massés dans l'enclos de l'église¹⁴¹, le *bahetawi* s'est vu offrir un espace de parole pendant lequel, il expliqua que l'eau bénite de Ent'ot'o Maryam guérissait du sida (Carnet de terrain, novembre 2005)

¹⁴⁰ Le terme 'enseignement' s'apparente à un concept emic (ou émique). En effet, les fidèles et les clercs de l'Eglise usent de ce mot pour qualifier plusieurs ordre de discours : les conseils que les clercs prodiguent aux fidèles, ce que les Catholiques et les Protestants désignent par sermon, et l'enseignement à proprement parler des Ecritures saintes, l'activité des Ecoles du dimanches (Ancel, 2006), et les rally ou caravane des évêques à travers le pays pour lutter contre le sida. Ce terme 'enseignement' se dit en amharique *ästämarä*, il se décline en *mästämarä* et désigne le verbe d'action, il sera préférentiellement utilisé par celui qui reçoit l'enseignement.

¹⁴¹ Il est également le moment de la collecte de dons pour refaire une toiture abîmée, un mur de l'église, etc.

Assez proches de ces « enseignements », nous avons vu que le *kidan* était une sorte de liturgie donnée sur les sites d'eau bénite, en marge et en même temps que la liturgie eucharistique célébrée dans l'église en amont. Cette cérémonie de type liturgique est un des temps spécifiquement dédiés aux récits de miracles par les prêtres. Deux types en sont donnés : les miracles bibliques (ou d'autres ouvrages théologiques) et les récits des guérisons récentes ayant eu lieu dans la paroisse. Outre les miracles bibliques, sont lus durant cet office, des récits miraculeux du *Livre des miracles de Marie*, ou d'autres ouvrages encore comme *Le Livre des Miracles de Jésus* ou encore *Le Synaxaire Ethiopien*, ouvrage d'origine copte relatant la vie des saints et leurs miracles, constituent une partie du corpus miraculeux classique des clercs. Les ouvrages faisant état des miracles opérés par les saints, ou d'autres entités surnaturelles, sont pléthoriques dans ce corpus usité par les clercs, prouvant là encore que le miracle fait pleinement partie de la religiosité chrétienne éthiopienne. Le *Livre des Miracles de Marie* a une longue histoire qu'il n'est guère pertinent de développer ici avec précision. Notons brièvement, que cet ouvrage très populaire en Ethiopie actuellement, fut composé à l'origine en France (Colin, 2004 : 17)¹⁴², il a été traduit dans de nombreuses langues, son exportation dans de nombreuses contrées a accru le nombre de miracles compilés. Dans sa version éthiopienne, il comporte des miracles français, coptes et éthiopiens. G. Colin en a livré récemment une traduction partielle en français (2004) mais d'autres auteurs avant lui, et parmi les plus fameux spécialistes des études éthiopiennes (Budge, 1933 cité par *ibid*) et chercheurs, se sont penchés sur le culte marial (Conti, Ricci, 1964 ; 1965 cité par *ibid*) et avaient traduit une partie de cette compilation de miracles (Cerulli, 1943). Il apparaît que l'Eglise éthiopienne (et plus précisément l'EOTC) en ajoute lors de nouvelles éditions de l'ouvrage, augmentant régulièrement le nombre de miracles relatés. Outre ces récits de miracles estampillés comme tels par l'Eglise en tant qu'institution (les Livres *sus* mentionnés sont tous édités par elle), les prêtres relatent sans mentionner qu'il s'agit d'un miracle, les récits des guérisons récentes ayant eu lieu dans leur paroisse. Ainsi à Shenq^wära Yohânes, le prêtre responsable du lieu nous fit deux récits de guérison : l'un par l'eau bénite et l'autre advenu par la foi d'une jeune femme. Cette question de la frontière entre miracles écrits puis lus et récits contemporains non qualifiés de miracles ouvrent sur de nombreuses questions. Notamment, on peut s'interroger sur les critères faisant passer un récit de fidèle de paroisse au statut de miracle consigné par écrit et relaté dans toutes les églises. Nul doute qu'ainsi, s'opère une modélisation du fait miraculeux, un encadrement des modalités de survenue de ces miracles. Pour autant, les fidèles et les prêtres conservent et alimentent chacun, de par leurs propres récits, ces faits considérés comme émanant de Dieu ou de la Vierge. Par ailleurs, les fidèles sont parfois réticents à employer le terme miracle, *täämer* (ce mot provient du *ge'ez* et est exactement traduit par le terme "miracle", il est également lié à la notion de révélation, signifiant alors qu'en effectuant un miracle, Dieu (ou l'auteur du fait miraculeux se révèle) en parlant des choses qu'ils voient ou entendent, comme si l'usage du terme 'miracle' éloignait la possibilité d'intervention divine en la rendant trop « hors du commun ». En effet, les fidèles usent plutôt de l'expression : « *Egëziäbehër yhen ädägälegn selät semärä* » qui signifie "Dieu a exaucé mon vœu" et certains Ethiopiens traduisent cette expression soit par "ce que Dieu a fait pour moi" ou par "mon vœu est exaucé", les prêtres

¹⁴² Et dont un fut compilé et établi par un moine bénédictin du nom de Hermann (*ibidem*)

rencontrés n'employaient pas toujours le mot 'miracle', mais se contentaient de rapporter un fait témoignant de la grandeur et de la puissance divine.

Divers procédés sont utilisés pour relater ces faits. Parmi eux, certaines églises comme celle de Ent'ot'o Maryam et de 'Uraél éditent des magazines portant sur la vie de l'église et plus généralement religieuse, dans chacun d'eux un large volet est dévolu aux "témoignages" appelés en amharique *meskerenät*, de guérison par l'eau bénite donnés par les fidèles et dans le magazine de Ent'ot'o Maryam ceux-ci concernent spécifiquement la cure au VIH (cf. annexes 8). Ces magazines circulent et servent à « informer » les fidèles concourant à élaborer une « connaissance » commune (et se basent également sur elle, alimentant la boucle du savoir partagé, de la construction commune de la réalité [Berger, Luckman, 1996]), un « savoir » sur les sites les plus susceptibles d'atteindre la guérison, plus que le pardon divin qui lui semble bien plus aisé à obtenir.

II.2.e. La guérison par la cure d'eau bénite ou la sortie de la maladie

Nous avons vu dans le chapitre 2 (section II) que l'accès aux centres de dépistage du VIH s'est démocratisé, du moins accru à partir des années 2000 et plus sûrement au milieu de la décennie. Si bien que depuis quelques années, les tests de dépistages sont devenus le support de la preuve de la guérison, un mode de validation, ils ont été intégrés comme étape supplémentaire à la certification de la guérison. En effet, jusqu'alors, certains *tsäbältägnas* se disaient porteurs du virus sans que leurs affections ne soient confirmées par un test. Dans ces conditions et encore aujourd'hui pour d'autres affections, les guérisons étaient attestées soit par le *bahetawi*, ou un des clercs ou encore laissées à la libre appréciation des fidèles, comme nous avons pu l'observer sur certains sites d'eau bénite. Il est probable mais, nous ne disposons d'aucune donnée sur ce point, que les fidèles aient cherché à vérifier leur guérison par la biomédecine, nous reviendrons sur ce point très prochainement.

Depuis la démocratisation des tests du VIH, la construction des témoignages ainsi que le mode d'attestation de la guérison ont évolué de concert. Entre le début et le milieu des années 2000, les sites d'eau bénite ont commencé à utiliser ces tests dans le cadre des témoignages écrits et dans une moindre mesure oraux. Les clercs responsables de sites comme Ent'ot'o Maryam et 'Uraél demandaient à leurs fidèles de fournir ces certificats de séropositivité, en réponse, les PVVIH venus pour la cure leur donnaient dès leur arrivée sur le site. Les responsables les conservaient pour comptabiliser les PVVIH présents sur leurs sites et établir le nombre de guérison advenant et à des fins de témoignages. Dans un mouvement similaire, avant le développement des tests, nous avons rencontré et interrogé deux personnes se pensant, et se disant séropositives sans avoir vérifié leur statut. Une femme d'environ 50 ans se croyait porteuse du sida car son mari et son fils en étaient décédés, elle se rendit donc à Ent'ot'o Maryam pour y guérir. Une autre femme n'avait plus ses règles, avait perdu beaucoup de poids et se sentait affaiblie, sur la base de ces signes, elle était venue à Ent'ot'o Maryam afin de guérir du sida.¹⁴³ Après la démocratisation du dépistage, tous les PVVIH rencontrés avaient tous effectué un test établissant la preuve de leur séropositivité au VIH.

¹⁴³ Nous estimons qu'il faut considérer ces propos à l'aune de la réputation de ce site pour les guérisons miraculeuses du sida. Inversement, leurs propos rendent compte de l'importance de la foi en ces guérisons.

Certains PVVIH avaient même effectué de deux à trois tests avant de se rendre sur un site, confirmant alors leur infection.

La cure commencée, les signes de la guérison pouvaient alors advenir dans un délai variable. Nous avons vu que certains signes étaient identifiés et d'autres varient selon les PVVIH *tsäbältägnas* : l'expulsion de substances corporelles colorées constituent le signe fixe, les autres varient individuellement, mais tous vont dans le sens d'un mieux être. Au bout de d'un certain temps, le curiste retourne effectuer un test pour vérifier l'état de sa sérologie au VIH. La durée après laquelle un *tsäbältägna* effectue ce test de dépistage est laissée à l'appréciation de chacun, cette appréciation est éventuellement appuyée par les autres *tsäbältägnas* et/ou les clercs consultés. En 2005-6 à Ent'ot'o Maryam, un jeune homme vivant avec le VIH devenu un « interlocuteur » privilégié nous expliqua avoir refait un test de dépistage quelques mois plus tôt, son ami, quant à lui venait de refaire un test qui s'était révélé positif (Carnet de terrain, Ent'ot'o Maryam, janvier 2005). Ces cas ne sont pas uniques :

« J'ai fait le test à "Wäreylu Läkesta", la clinique chez moi, en 1999 [C.E¹⁴⁴. soit en 2006/8] gratuitement, et j'ai reçu un "counselling", mais quelques temps après être venue ici, j'ai refais un test et mon CD4 était de 230 » (Une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Enfin, un de nos assistants de recherche rencontra un jeune homme qui venait d'être dépisté séronégatif après quelques mois de cure par l'eau bénite :

« J'abord fait un test dans un laboratoire à Arsho qui m'a coûté 90 birrs, il était positif et mon CD4 était de 773, puis, j'ai commencé l'eau bénite, et je l'ai pris pendant 4 mois, et j'ai refait un test dans 4 hôpitaux différents et les quatre papiers disent que je suis séronégatif au VIH » (un "ex-" ? HVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

Il affirme avoir été guéri quarante jours après son arrivée, mais demeure sur le site d'eau bénite de Shenquru Mikaél et dit vouloir partir ensuite sur un autre site. Il raconte à tous ceux qu'il rencontre qu'il est guéri et a donné un témoignage à l'église. Si cette personne continue de prendre de l'eau bénite et poursuit son séjour « hors du monde », d'autres personnes se disant guéries, soit que nous avons rencontrées bien après leur cure, soit dont nous avons entendu parler, sont rentrées chez elles après avoir témoigné de leur guérison à tous c'est-à-dire la communauté ainsi qu'à l'église. Ce témoignage ne s'arrête pas à la sphère religieuse, car la personne que nous avons pu rencontrer se disant guérie du sida par l'eau bénite continuait de répandre cette nouvelle, de témoigner, confirmant non seulement la « foi », ou le « savoir » sur la possibilité de guérir du sida par l'eau bénite et son statut d'ancienne *tsäbältägna* vivant à présent dans le monde. Cette reconnaissance de la possibilité d'une guérison constituant une boucle, elle est attestée par tous, donc tous adhèrent et peuvent reconnaître la validité d'une telle guérison et la personne guérie confirmant par son témoignage la possibilité d'obtenir une guérison par l'eau bénite.

Ainsi, la réalité, la véracité de ces guérisons « miraculeuses », n'est pas, nous estimons, le point le plus important ou intéressant. Il nous semble bien plus pertinent de constater que la guérison est construite socialement, culturellement et religieusement, et, depuis quelques

¹⁴⁴ Calendrier Ethiopeien.

années, sa survenue est validée par des moyens « scientifiques »¹⁴⁵. Avant de considérer cet aspect de la guérison comme une construction sociale, d'en délimiter le cadre idéal-typique pour en subsumer quelques concepts d'une portée plus générale, nous voudrions revenir sur deux notions : la croyance puis la liminalité.

Il s'agit d'abord de proposer un "*excursus*" pour reprendre un terme fréquemment employé par G. Simmel (1998), sur le 'croire'. La croyance, ou le 'croire' est un concept classique des sciences sociales du fait religieux, il s'agit de voir succinctement, dans le contexte chrétien éthiopien, dans quelle mesure, cette idée est applicable et à quelles conditions.

II.3 Le rapport à la foi : du croire à la confiance

Plusieurs de nos interlocuteurs, clercs pour la plupart, nous ont répété : « pour guérir, une cuillère d'eau bénite suffit si on a la foi ». Mais force est de constater qu'une cuillère est bien loin de suffire. Pris au pied de la lettre, cet adage a de quoi surprendre quand, par ailleurs, certains *tsäbältägnas* rapportent absorber jusqu'à sept litres d'eau bénite quotidiennement et vivre sur un site depuis sept ans (ou parfois plus). Il nous est d'avis que cette assertion est bien plutôt métaphorique et rend compte de la nécessité d'avoir une foi inébranlable en Dieu, et dans les entités supranaturelles en lien avec lui, en la possibilité d'être guéri individuellement.

Cette question de la foi appelle, nous pensons, une précision pour le contexte éthiopien, car, là encore, elle n'a guère été abordée. En sociologie et anthropologie du fait religieux en France, les études portant sur la croyance, et le 'croire' datent de la toute fin des années 1970 (Pouillon, 1979 ; De Certeau, 1981 ; Sperber, 1982), depuis les nombreux de dossiers et colloques y faisant références attestent de la vitalité du champ (Willaime, 1993 ; 2011 ; Lamine et al., 2012). Le 'croire' est étudié dans ses diverses composantes : modalité du croire, l'objet du croire, le faire croire, la manière de croire, la cognition du croire, etc. (Piette, 2010 : 209-11). Plusieurs auteurs (Pouillon, 1979 ; 1993 ; Good, 1996 ; Héran, 1986 ; Willaime, 2011) ont remis en cause l'usage du terme 'croire' au motif qu'il permet de rendre compte de nombreuses variations du doute et de la croyance, et comme le dit si brillamment J. Pouillon : « en somme on peut tout traduire du verbe "croire"... sauf ce verbe lui-même. » (1979 :48). Et A. Piette rappelle que l'« athéisme méthodologique » propre aux sciences sociales « empêche de restituer à l'acte de croire toute sa complexité » (2010 : 209).

Nous avons choisi dans cette étude, de ne pas recourir aux termes 'croyance' et 'croire' pour deux raisons. La première est que les Ethiopiens eux-mêmes ne les utilisent pas alors que ces termes existent en amharique. Au contraire, les fidèles insistent sur la nécessité d'"avoir la foi", d'avoir "confiance" termes qui dépassent les concepts de 'croire' et de 'croyance' occidentaux (du moins français et anglais) profondément arrimés au doute, à la distance voire à l'incertitude permanente qui, comme A. Giddens le montre, caractérise notre modernité (1994). En effet, en amharique, la religion elle-même est foi et confiance. Le mot *haymanot* désigne tout autant la "religion" que la "foi", il est synonyme de *emenät* que les dictionnaires traduisent par "foi", mais également "ce qui contient la foi", "ce qui est objet de foi" (Kane,

¹⁴⁵ On trouvera en annexe (annexes 8) des exemples d'utilisation des tests de dépistages utilisés comme « preuve » de la guérison du sida.

1990). L'expression *bägeziäbhér mamän* pouvant être traduite par "avoir foi en Dieu", *Egeziäbhér* signifiant "Dieu". Par ailleurs, le mot "confiance" est exprimé en amharique par le verbe *emenät*. Celui-ci est déclinable sous deux formes, *amän* est un verbe d'action¹⁴⁶ (Demisse, Imbert-Vier, 1996 : 75), c'est l'action de "faire confiance", et d'"avoir la foi". Augmenté de son préfixe, le verbe *mämän* suppose l'idée que la "confiance" est passive, il vient vers la personne, formulé dans l'idée française, "la foi qui vient", ou la "foi reçue" ou encore "on me fait confiance", "on a confiance en".

Si les dictionnaires traduisent les verbes anglais "to believe" et français "croire" par le verbe amharique *mamän*, il nous est d'avis qu'il s'agit d'une traduction qui n'adhère pas à l'idée éthiopienne du "croire", mais rend plutôt compte du fait que ce terme dans plusieurs langues occidentales est irrémédiablement arrimée à la notion de doute, les auteurs des dictionnaires oblitérant alors cette composante.

Le verbe amharique correspondant au terme français "croire" est *äsäbä*, littéralement "penser", (il peut également être précédé du préfixe *mä*, et désigner le verbe actif, *mäsäbä* intraduisible en français). Ainsi, tous les termes amharique correspondant au verbe français "croire" au sens d'"avoir la foi", et "confiance" sont : *mamän*, *amän*, *haymanot* et *emenät* soit en français : "religion", "foi", "avoir la foi", "confiance" et "avoir confiance". Ce sont les termes que les *tsäbältägnas*, les laïcs normaux, les clercs emploient en parlant d'avoir confiance en Dieu, en sa miséricorde, et en mettant l'accent sur la nécessité non pas de croire, mais d'avoir la foi et une foi, une confiance absolue, de la « taille d'un grain de moutarde » pour reprendre une expression biblique et entendue sur les sites d'eau bénite. En outre, des *tsäbältägna* s'expriment ainsi :

« Je suis venue ici en ayant foi en la Vierge. Laissons la faire ce qu'elle veut de moi, me tuer ou me sauver » (une *tsäbältägna*, Kidanä Mehrät in Zena Berhanu, 2006 :25)

De même, si la guérison n'est pas sûre, et beaucoup acceptent l'idée qu'ils risquent de mourir et laissent à Dieu le choix de les guérir, de "prolonger" leur vie, mais, et nous l'avons vu, ils ne doutent pas du pardon divin : « Si je demande à Dieu, je suis sûre qu'il me pardonnera » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, Avril 2008)

L'interrogation porte bien plus sur la manière dont Dieu soit leur pardonnera, (et les fidèles « savent » qu'il le fera) soit les guérira. La question de sa capacité à les guérir n'est pas interrogée, elle n'est jamais en doute. Ce qui est incertain, c'est l'advenue d'une guérison pour eux-mêmes, et la question posée est la suivante : « est-ce que Dieu m'accordera la guérison ? » Ainsi, le doute, s'il ne porte ni sur la réalité divine, ni sur la possibilité d'advenue des « miracles » (que les fidèles eux-mêmes ne qualifient pas ainsi, car les mettant trop à distance) car comme nous avons tenté de le montrer, ceux-ci ressortent plus du domaine de la « connaissance » que de la « croyance ». Ces termes et concepts, comme le notent J. Pouillon (1993) puis B. Good (1996), constituent en outre, des champs, des domaines, des espaces proches et en permanence construits socialement et culturellement.

La prégnance de la "foi" et de leur "confiance" en Dieu, l'abandon de leur sort à Dieu, à la Vierge ou aux anges appellent, nous estimons, une analyse en terme de "confiance". Ce

¹⁴⁶ W. Leslau dans son ouvrage de grammaire amharique considère cette forme verbale comme s'appliquant uniquement aux objets. C'est-à-dire que le préfixe *mä-* n'est employé que pour transformer un verbe en un nom d'instrument (1967 : 253-254 ; 366-367), ce qui est restriction de cette forme verbale.

concept fut introduit et développé par G. Simmel (1998) qui la considère comme « l'une des forces de synthèse les plus importantes au sein de la société » (1998 : 355). P. Watier l'a depuis quelques années, spécialisé et retravaillé, et l'adosse plus précisément à la "foi" :

« Avoir confiance, c'est croire en... [...]. La piété, cette source de foi, est un abandon total : si je ne fais pas une confiance absolue, cela n'a pas de sens de croire "un peu" en Dieu » (2008 : 13-14)

Cette idée ne peut guère être développée ici car nous éloignerait trop du thème central du présent chapitre, et nous y reviendrons en conclusion. Pour l'heure, il nous semble, à la suite de P. Watier qu'une analyse mettant en relation, risque, modernité, confiance et foi, en cherchant notamment à étudier ensemble ou conjointement dans le contexte éthiopien, la foi religieuse et les relations de confiance interindividuelles qui rendent plus probable ou « favorisant » une contamination au VIH pourrait constituer une autre approche non seulement du « croire » dans le contexte chrétien éthiopien, qui pourrait également participer de et présenter une alternative à l'analyse en terme de risque telle que proposée dans le chapitre 7. Alors que nous écrivions ces lignes, nous avons inopinément interrogé précisément sur ce point des « amis ». Ils nous confirmèrent la continuité existant entre la confiance placée en Dieu, et dans les hommes. "Avoir confiance en une personne" se dit *le säw amän*, et "j'ai confiance en X", *lä X amänaläw*. De même, avoir confiance en Dieu s'exprime avec le même verbe, *lägeziäbhér amänaläw* que l'on traduit par "j'ai confiance en Dieu". On nous expliqua que pour les personnes très pieuses, avoir confiance en une personne et en Dieu impliquait le même sentiment, on doit atteindre idéalement le même degré de confiance en les hommes que l'on a en Dieu. Pour les personnes moins pieuses, l'écart existe, certes, mais ces exemples montrent, attestent de la continuité entre les deux postures, celle envers Dieu et celle envers les hommes et prouvent s'il était besoin que la confiance est construite tant culturellement que socialement. De même, la guérison est élaborée, attestée socialement, culturellement, symboliquement, religieusement et... avec l'appui de la science sur les sites d'eau bénite. Et cette construction peut être mise en parallèle avec justement son absence dans d'autres contextes et notamment en Occident.

III. La guérison et la sortie de la maladie : jalon pour une anthropologie de la guérison

Nous voudrions ici montrer que le processus partant de la maladie à sa fin, appelé diversement 'guérison', 'rémission', 'réhabilitation' peut être décrit et analysé précisément pour constituer un objet de recherche à part entière, être analysé en soi, ou encore pour reprendre une formule balisée, la guérison est, au même titre que la maladie, un « fait social total » (Mauss, 1950).

Cette proposition a émergé des sites d'eau bénite étudiés ici, et s'est fait plus nette grâce au recours au concept de liminalité pour qualifier la situation des PVVIH. Notre proposition théorique sera donc précédée de l'analyse de la séropositivité sous l'angle du concept forgé par Van Gennep (1902) puis retravaillé par V. Tuner (1990).

III.1 La sortie de la maladie en Ethiopie : la fin de la liminalité

Il a été proposé dans le précédent chapitre de considérer l'infection au VIH non pas sous l'angle de la stigmatisation mais sous celui de la liminalité. Avant de dégager pour elle-même, les étapes de sortie de la maladie, de la guérison donc, revenons rapidement sur la fin de la liminalité telle qu'elle se donne à voir sur les sites d'eau bénite.

Nous avons vu que la venue sur un site d'eau bénite peut être considérée comme une manière de traduire la liminalité induite par l'annonce (et/ou l'apprentissage) de la séropositivité en terme de liminalité religieuse. Rappelons brièvement que les personnes séropositives étaient, dès l'annonce de leur séropositivité, placées dans une situation liminale que nous pourrions qualifier d'encore latente. Cette liminalité pourra s'affirmer, s'étendre selon les situations auxquelles la personne sera confrontée. Le choix de se rendre sur un site d'eau bénite constitue une traduction religieuse de celle-ci. Une fois passée la période liminale débouchant sur l'acquisition du statut de *tsäbältägna*, les PVVIH demeurent en situation liminale par rapport au monde normal, séculier, puisqu'ils vivent toujours avec le VIH, mais ils ont désormais acquis un statut reconnu, soit une place dans la société. Ce statut de *tsäbältägna* est lui-même liminal par rapport à la société normale, mais cette liminalité est positivement sanctionnée par la culture (et la société). Si bien qu'être un *tsäbältägna* vivant avec le VIH est une conjugaison de plusieurs statuts enchevêtrés qui ouvrent sur une quantité de situations, comme nous l'avons vu. En effet, si à Ent'ot'o Maryam, les PVVIH ne sont jamais stigmatisés, sur d'autres sites, ils se tiennent à l'écart, ou cachent leur séropositivité. Ils sont donc là encore en situation liminale : liminaux parmi les liminaux estampillés et reconnus. Cependant, en soi, le statut de *tsäbältägna* reste un statut valorisé ou du moins, offrant une place claire et définie car construite socialement, symboliquement voire géographiquement. Elle permet aux PVVIH de ne pas errer dans les « interstices de la structure sociale » (Calvez, 1994). Etre un *tsäbältägna* c'est vivre la sortie du monde laïc, normal, dans l'espoir d'une guérison sur laquelle débouche idéalement la cure d'eau bénite. C'est donc, non seulement, pour trouver une solution mais également pour retourner au monde normal en étant à "nouveau normal" que les PVVIH se rendent sur les sites d'eau bénite. Les témoignages de guérison à l'intérieur de la communauté religieuse (*tsäbältägnas* et clercs), puis à l'extérieur dans le monde normal, constituent dès lors un rituel de sortie de la liminalité, qui ritualise, certifie et construit la réintégration de la personne au sein du monde normal.

III.2 La sortie de la maladie : processus miroir de l'entrée dans la maladie

De cette approche en terme de liminalité, il est possible d'extraire une typologie de la sortie de la maladie.

III.2.a. L'entrée dans la maladie, l'« infection au VIH », en quatre étapes

En effet, il est classique en anthropologie de la maladie de considérer la maladie comme adossée à un statut, celui de malade (Parsons, 1951 ; Meyer, 2004 : 437), qui s'acquiert en trois ou quatre étape selon que l'on considère la phase que les anglophones appellent "illness", soit comme un ensemble de symptômes non encore qualifiés de maladie. Pour le

sida et quand cette affection est prise en charge sur les sites d'eau bénite, on observe quatre étapes.

1. La personne soit présente des symptômes corporels, est donc malade (cette situation concerne pour le sida en Ethiopie principalement les hommes) soit voit un ou plusieurs de ses proches mourir ou être déclaré séropositif (plutôt les femmes). Ces situations vont conduire la personne à faire un test de dépistage.
2. Cette phase, celle du dépistage est donc, celle de l'établissement de la maladie par une autorité reconnue et habilitée à déclarer la personne effectivement malade, à la faire entrer dans son statut de malade. Et ce que la personne révèle à d'autres ou non son infection au VIH. La personne passe dès lors de la "normalité" à celle de personne vivant avec le VIH – PVVIH.
3. Diverses circonstances vont ensuite conduire la personne à se rendre sur un site d'eau bénite. L'arrivée sur un site d'eau bénite constitue donc la troisième étape. C'est celle de l'endossement social du statut de malade, sur les sites d'eau bénite, le statut de PVVIH est traduit en terme religieux, la personne devient un *tsäbältägna*-vivant avec le VIH. Pour d'autres maladies, elle pourrait correspondre à la reconnaissance de ce rôle de malade.
4. La quatrième étape est celle de la cure. F. Meyer (2004 : 437) rappelle qu'une fois le rôle de malade confirmé socialement, la personne est sommée de trouver une cure, un traitement, bref de faire quelque chose pour sortir de ce rôle. Sur les sites d'eau bénite, c'est le début de la cure.

III.2.b. La cure

Il a été vu plus avant en quoi consistait la cure d'eau par l'eau bénite. Elle comporte trois dimensions : physique, sociale, religieuse. La cure est un rituel de rédemption religieux qui implique de s'en remettre à Dieu pour obtenir le pardon et la guérison, les deux étant distincts. Socialement, il implique de demeurer hors de la société normale, séculière ou laïque des hommes, et de vivre dans un espace dans lequel la solidarité, la pauvreté et l'humilité sont des valeurs cardinales. Physiquement, l'aspersion et l'absorption permettent de purifier le corps et plus spécifiquement, l'absorption d'une grande quantité d'eau bénite provoque l'expulsion de substances corporelles phénomène. Elle est considérée comme le signe que le processus de la guérison est en cours et effectif et que l'événement guérison, la cure elle-même adviendra prochainement. En effet, la guérison est autant un processus qu'un événement, et, il nous semble qu'une des raisons expliquant la rareté des études portant sur la guérison, se loge dans l'attention soutenue de la dimension processuelle de la guérison, en témoigne le nombre d'étude portant sur le 'guérir' au détriment du caractère événementiel, tel qu'il est construit.

III.2.c. La sortie de la maladie : reflet inversé de l'entrée dans la maladie

Considérons à présent l'ensemble processus-événement qu'est la guérison par le VIH tel qu'elle est établie sur les sites d'eau bénite. A l'instar de l'entrée dans la maladie, elle peut être décomposée en quatre phases, idéal-typiques bien évidemment.

1. Nous avons vu que les *tsäbältägnas* considéraient certains des signes physiques (cheveux qui repoussent, meilleure santé, fin d'une autre maladie, etc.) comme une annonce de la guérison. On peut dès lors considérer cette période comme la première : à l'instar de la phase de "illness", les symptômes sont présents mais la guérison doit être attestée par d'autres acteurs avant de devenir effective.
2. Quand ces signes perdurent, le *tsäbältägna* porteur du VIH, se rend dans un centre de dépistage, et sollicite de cette manière l'autorité scientifique médicale, reconnue (au moins dans le cas d'une infection au VIH), pour valider les signes perçus. C'est la deuxième étape. Si le test de dépistage est encore positif, alors, la personne continue d'être porteuse du VIH et demeure sur le site d'eau bénite. S'il est négatif, la troisième étape peut commencer. En l'absence de test biomédicaux (avant la démocratisation de leur accès), c'est, à Ent'ot'o Maryiam, le *bahetawi* qui établissait la réalité de la guérison, endossant le rôle d'expert doté de l'autorité suffisante pour ce faire.
3. En effet, à l'instar de la maladie, le spécialiste (ici, la biomédecine et le test du VIH, négatif) ne sont pas les seuls éléments, les seuls acteurs participant à l'établissement (la construction) de la sortie de la maladie, de la guérison. Une fois le test et même les tests car il s'agit de confirmer le "diagnostic" obtenu, la personne désormais physiquement déliée de la maladie, guérie biologiquement, médicalement du sida, retourne sur le site d'eau bénite pour rapporter ou "témoigner" à ses congénères et aux différents membres de la communauté que ses tests au VIH sont négatifs et qu'elle est guérie. Ce témoignage peut être accompagné d'une annonce à l'église devant l'assemblée des fidèles. Les modalités d'attestation de la guérison sont ici religieuses, la sortie de la maladie est certifiée, validée par les autres *tsäbältägnas*-malades et par les autres "soignants", les clercs. La personne dont la guérison est dès lors attestée biologiquement et par ses pairs, a le choix entre demeurer sur le site d'eau bénite ou de retourner dans le monde, à la vie "normale", séculière et mondaine.
4. C'est là, le début de la quatrième étape. La personne est redevenue normale, non-malade, et guérie pour ses pairs. Mais, sa communauté d'origine, doit encore valider ce retour à une existence "normale". Nous avons vu que la foi dans les miracles par l'eau bénite présentait certaines des caractéristiques de la « connaissance », et ce, entre autre, parce que leur existence n'est jamais remise en cause et que la foi en ceux-ci est largement partagée par l'ensemble de la communauté. Ainsi, une fois dans le monde, la personne continue en Ethiopie de témoigner sa guérison miraculeuse et certifiée par là son retour à la normale, la fin de sa maladie, et sa guérison.

Cette étape de sortie de la maladie n'a toutefois guère pu être étudiée en détail et observée directement pour deux raisons. D'abord parce que nous n'avons rencontré que peu de personnes « guéries du sida », une seule a pu être interrogée sur ce point, et ensuite parce que cette proposition n'a réellement été théorisée que durant l'analyse des données collectées, après les dernières enquêtes de terrain.

III.3 Détour par le cancer en Europe : de l'incurable à la rémission

Une revue de la littérature sur la question de la guérison montre que les sciences sociales de la santé, de la médecine ou de la maladie ont rarement interrogé de manière systématique la manière dont les patients recouvraient leur santé. Si bien que nous ne savons pas, de manière générale, quand et comment ce statut prend fin, quand un malade sort de ce « rôle ». Nous estimons que la ritualisation de la sortie de la maladie sur les sites d'eau bénite, permet de dégager la base d'une réflexion sur ce processus-événement. Il s'agit alors d'interroger et d'étudier : quand, comment, dans quelles conditions et par quels acteurs, une personne malade devient socialement, naturellement ou culturellement une personne normale à nouveau ?

A titre de comparaison, nous allons nous intéresser à la manière dont les « cinq années après le cancer », période considérée actuellement comme un moment clef pour les cancers « lourds ». Nous verrons également que le rapport de la médecine à la « curabilité », à la « guérison » de cette maladie a évolué entre la fin du XIX^e siècle et la deuxième moitié du XX^e siècle. Et ce n'est à cette dernière période et grâce à l'implication d'associations de chrétiens que la notion de rémission, actuellement employée en France, est apparue.

III.3.a. Nommer « cinq années après le cancer » : rémission, guérison ou maladie chronique ?

Dans une revue de lecture sur les narrations de guérison du cancer, A. Sarradon-Eck (2005) montre que les termes employés pour qualifier ce moment dépendent plus de la culture que du système médical et/ou de santé.

Au Danemark, H.P. Hansen et T.T. Thomsen (2008) ont mis en lumière que les « fortes valeurs Scandinaves d'égalité et de solidarité pour tous les citoyens » (Sarradon-Eck, 2005 :4) ont amené les institutions de soin à employer le terme 'réhabilitation'. Il réfère à la gestion des effets et des effets secondaires du cancer et de son traitement pour la vie quotidienne des survivants (Sarradon-Eck, 2005).

En France, dans le monde biomédical et dans la société profane, nommer les « cinq ans après un cancer » est problématique et s'articule autour de deux conceptions. Selon la première, des médecins envisagent le cancer comme une maladie chronique car personne ne peut affirmer la disparition complète de cellule cancéreuse même après cinq ans. Pour les tenants de cette position, les termes guérison ou rémission sont impropres. Les personnes adhérant à la deuxième conception utilisent les termes 'guérison' et 'rémission' car selon eux, « plusieurs personnes anciennement atteintes d'un cancer peuvent vivre sans rechute » (Sarradon-Eck, 2005).

Comme de nombreux auteurs l'ont montré, nommer ce moment, « cure », « guérison », « la vie après le cancer » ou « traité pour un cancer », etc, est crucial pour les patients. Mais, il montre également, que les conceptions de la santé et de ses signes sont profondément enchâssés dans le social, le culturel, dans l'identité personnelle, ainsi que dans des déterminants économiques. En outre, les qualifications de cet événement révèlent une partie du comment, quand, par quels acteurs, une personne anciennement malade réintègre et est

réintégré dans la société, redevient normale.

III.3.b. Evolution de la prise en charge du cancer en France : de l'incurable à la rémission

Cette conception des « cinq années après le cancer » en France, aujourd'hui qualifiée de rémission ou de maladie chronique, est le produit d'une histoire conjointe des idées en général (voire du sens commun), des notions médicales ainsi que des rapports aux malades et à la maladie. P. Pinell (1995) montre que le concept d'« état de rémission » prévalant actuellement (côte à côte avec celui de maladie chronique) en oncologie, est historiquement situé :

« En France [...], l'idée de rémission s'est construite dans la dynamique d'un jeu social dont l'enjeu portait sur les modalités de prise en charge des cancéreux incurable » (1995 : 32)

Cet auteur montre qu'à la fin des années 1930, la prise en compte et la généralisation des soins hospitaliers délivrés aux cancéreux, considérés par la médecine comme incurables et/ou « récidivistes », sont nées de la volonté de dirigeants et de membres de la Ligue contre le cancer. Selon P. Pinell, ils ont cherché non pas

« A opposer comme des valeurs inconciliables l'idéal de la science et celui de la charité chrétienne, mais bien au contraire proposent de les fondre dans une conception de la médecine alliant foi dans le progrès technique et amour du prochain. » (*ibidem*)

Jusqu'à cette période, les cancéreux indigents déclarés incurables, étaient pris en charge dans des « hospices », notamment par les veuves de l'Œuvre du Calvaire, institution charitable prenant en charges « uniquement des femmes atteintes de cancers ulcérées et rejetées par les hôpitaux. » (*ibid* : 26). Ces veuves incarnaient la figure de la « charité héroïque » selon l'expression de P. Pinell (1995 : 27). Ces lieux, « tout à la fois [...] établissement de soins et d'accompagnement aux mourants » (*ibidem*), ne comptaient pas de médecins. Leur absence marque, entérine par ailleurs, la séparation entre le soin aux mourants et aux incurables (essentiellement porté par les femmes) et le traitement délivré par la médecine au sens générique (principalement le fait d'hommes). La création de la Ligue contre le cancer, après la Première Guerre Mondiale, en 1918 marque un premier tournant dans la manière de considérer, le cancer, les malades et les devoirs du médecin. Si, en 1922, le gouvernement crée des centres anti-cancéreux supposés accueillir et traiter ces cancéreux indigents, le coût de l'équipement et des traitements ne devait rien changer à cette dichotomie :

« Les malades dont le cancer est trop avancé pour pouvoir être éradiqué par la chirurgie ou détruit totalement par les rayons ne seront donc pas acceptés dans ces « usines à guérir » » (*ibid* : 29)

Ils demeurent des « laissés-pour-compte » abandonnés par la médecine dans les récents dépôts de l'Assistance publique (*ibidem*). Parallèlement, le développement des centres anti-cancéreux aboutit au « dépistage » d'un grand nombre d'incurables qui finissent par déborder les établissements d'assistances charitables caritatifs et l'Assistance publique. Cette dernière répond à cet accroissement du nombre de malade/mourant, non pas comme le prône la récente la Ligue en hospitalisant les incurables, les mêlant ainsi aux malades en cours de traitement, mais en ouvrant de nouveaux établissements ou hospices, signe que l'opposition

curable/incurable est profondément ancrée. C'est à un médecin que revient l'initiative de repenser la manière de considérer les incurables. Le Dr Renaud, médecin de l'Assistance publique, conteste, dans un article paru en 1930, « la façon dont les questions des cancers incurables sont [...] posées » (Pinnel, 1995 : 32). Plutôt que de considérer le cancer comme incurable, en en faisant « une maladie particulière dans son essence », il propose de l'envisager comme « une affection dont la lésion de régressera plus » rappelant que le « savoir médical ne fonde pas ontologiquement l'incurabilité » (Pinnel, 1995 : 32). Ce faisant, il

« Prône une intervention thérapeutique sur les symptômes, affirme que ces malades relèvent de la médecine générale et demande que l'on raye du vocabulaire médical cette notion d'incurabilité, qui n'est rien d'autre qu'une expression du sens commun sans base scientifique » (*ibid* : 32-33).

Mais, il faudra ajouter à ce changement de perspective, une autre idée, un autre retournement, pour voir les cancéreux « incurables » cessés d'être relégués aux rebus d'une médecine inhospitalière. L'indignation morale que provoque cette situation ne se dément pas dans les années suivantes, elle conduit un autre médecin à en appeler à la délivrance de soins qui « atténuent la misère » qui sont « remèdes contre la douleur » et « apaisement moral » (*ibid* : 33). Les moyens thérapeutiques nouveaux sont invoqués car pouvant soulager et prolonger, conduisant à mettre en évidence l'existence d'un « *continuum* » entre « les cancéreux curables, améliorables et désespérés » inaugurant ou préparant la notion d' « état de rémission » (*ibidem*). P. Pinnel conclut que cette notion de rémission

« A été progressivement élaborée par les porte-paroles d'un groupe engagé dans l'action charitable, qui ont su théoriser à la place des médecins la déconstruction pratique de la notion d'incurabilité opérée par la "médecine scientifique" du cancer ». (*ibid* : 34)

Cette nouvelle approche a pour corollaire la conception

« Assignant à l'hôpital l'entièreté du processus de prise en charge, de telle sorte que l'idéal chrétien et l'idéal scientifique puissent enfin s'y conjuguer » (*ibid* : 36)

Il apparaît que les prises en charges et traitement du cancer actuel en France soient, et aient pour, résultat la modification des frontières entre ce qui est soignable et guérissable pour la science, et sur le(s) rôle(s) et le(s) but(s) que la médecine en général et l'hôpital en particulier visent aujourd'hui. On peut en effet s'interroger sur les buts, que la médecine se donne ainsi que sur la manière dont elle définit la guérison. S'agit-il pour elle, et la définition peut sans doute varier d'une affection à l'autre, voire d'un médecin à l'autre, d'un retour à un état antérieur "normal" ou bien cherche-t-elle à restituer au corps et à l'homme un état d'équilibre satisfaisant ? Dans le second cas, cette idée appelle bien évidemment une autre définition, l'établissement d'une autre frontière, potentiellement plus dépendante de la subjectivité du malade, et des aspects sociaux de l'affection, mais seules des études plus poussées et intéressées par la sortie de la maladie soit la frontière extérieure entre maladie et santé pourront nous permettre de répondre à ces questions.

Ce bref éclairage historique de l'évolution de la prise en charge des personnes atteintes de cancers témoigne de l'évolution en France de la frontière entre santé et maladie ainsi qu'entre maladie et santé. En effet, au moment où la médecine a disposé de moyens techniques pour détecter les cancers avant leurs manifestations cliniques, elle a « fabriqué » des cancéreux, des malades donc. Mais jusqu'à l'orée de la deuxième moitié du XX^e siècle, la médecine ne les

« soignait » pas, elle voulait les guérir, comme en témoigne son appellation des malades qu'elle ne parvenait pas à guérir : les « incurables ». Les soins, la prise en charge, « le *care* » pour reprendre un « concept » contemporain – et anachronique – (Tronto, 2009) étaient laissés aux œuvres de charité.

C'est quelque chose comme de la volonté de « soigner » dignement les patients et de les considérer réellement, pour eux et non comme un malade à guérir, à traiter, qu'a été opéré le déplacement entre « traiter » (et donc vouloir guérir) et « soigner » sans forcément chercher à guérir. Il nous semble, et il ne s'agit que d'une hypothèse que de plus amples travaux devront permettre de tester, que ce faisant, la médecine, l'hôpital ont certes « pris en charge » et donc « traité » plus de patients, mais incidemment, la médecine a, d'une certaine façon, gommé de son champ la « guérison » du cancer. Il serait, nous croyons, intéressant de procéder à des analyses similaires pour d'autres maladies et pour d'autres contextes culturels. Ces analyses permettraient de mettre en lumière l'histoire des idées (médicales, sociales et culturelles), quant aux buts de la biomédecine occidentale. On pourra ainsi poser les questions suivantes. La biomédecine devait-elle « soigner » ou « guérir » ? Si elle avait d'abord pour objectif de guérir alors, on peut s'interroger sur les moments, et les conditions dans lesquels ces transferts, ces évolutions ont débuté ? Sont-elles similaires dans toute l'Europe ? Qu'en est-il des autres traditions médicales savantes (médecine chinoise, ayurvédique) ? Quels acteurs demandent quoi ?

On pourrait multiplier les questions à l'envie tant ce champ, nous paraît, à peine en friche. Et de ces questions même émergent, nous croyons, une autre potentialité.

III.4 L'anthropologie de la guérison/rémission : pour une nouvelle approche de la santé ?

Ces divers exemples illustrent à quel point le processus/événement transformant une personne malade en une personne normale est complexe, varié, et culturellement, socialement ainsi que médicalement, scientifiquement (ou plus généralement adossé à une thérapeutique particulière) dépendant. Selon les termes et concepts des sciences sociales, il apparaît que la guérison puisse être considérée comme un fait social total, puisse être étudié comme un objet de recherche en soi, au même titre que la maladie.

Méthodologiquement, cet événement/processus, et ses multiples définitions, qui dépendent également du type de maladie (et de thérapeutique), peut être analysé à quatre niveaux : individuel, au niveau des groupes culturels, de la société en général et bien sûr l'institution médicale (ou thérapeutique). Pourraient être mis en question : comment, quand, et à quelles conditions :

- (1) Une personne/sujet se considère comme guérie et retourne à la vie « normale »
- (2) Les groupes culturels et sociaux (petits et grands) considèrent ces personnes
- (3) Les systèmes de santé établissent, conceptualisent et éventuellement nomment qualifient ce processus/événement.

Cette proposition théorique révèle également d'autres possibilités, d'autres champs de recherche possible.

III.4.a. Interroger les sciences de la « santé » ?

Ainsi, et à titre d'exemple, on pourrait, en entrecroisant la sociologie et l'anthropologie de la guérison/rémission et la sociologie des sciences, s'interroger sur les raisons qui ont empêché tant la biomédecine, les sciences biomédicales que les sciences sociales de la santé, de considérer la sortie de la maladie, le retour à la normale, le processus-événement conduisant une personne de la maladie vers la santé.

Une attention au vocabulaire montre que pour les sciences sociales, et plus précisément l'anthropologie et l'ethnologie de la santé, la guérison n'est pas une notion, un objet, un processus/événement circonscrit, définit précisément. En français comme en anglais, les termes 'guérisseur' et 'healer' comportent une dimension religieuse ou surnaturelle. Ces mots désignent plus que la restauration de la santé et concernent la personne entière voire renvoient au salut religieux. En anthropologie, on emploie les termes 'guérisseurs' et 'healers' pour qualifier les thérapeutes principalement magico-religieux comme le note F. Laplantine (1982). Ainsi, en s'arrimant dès les premiers temps à la médecine, les sciences sociales de la maladie puis de la santé, semblent avoir emboîté le pas à la construction du monde et de la guérison forgée par la biomédecine, qui est, elle largement empruntée au sens commun. En effet, comme l'a montré G. Canghulem guérir, signifie ramener à une norme une fonction ou un organisme qui s'en est éloigné. Et les conceptions et idées relatives à ces normes, les médecins les établissent aussi en fonction de leur milieu social (Canghulem, 1999 :74).

En conclusion, il nous apparaît qu'en changeant d'approche, la socio-anthropologie de la guérison pourrait permettre aux sciences sociales de proposer une définition plus précise de la santé. Il est courant de définir la santé comme le silence des organes, et cette idée a conduit de nombreux auteurs à penser que la santé ne pouvait être définit, voire même considérée. Mais comme nous avons tenté de le montrer, les sciences sociales ont plus investigué la maladie que la santé. Nous avons envisagé, jusqu'ici, la santé par le pôle négatif du tandem maladie/santé. Par essence, la maladie est l'absence de santé, mais c'est une manière négative de la délimiter, de la concevoir.

Déplacer la focale vers la guérison offre la possibilité de considérer le processus allant de la maladie à la santé. Ainsi, la santé ne sera plus définie par son absence mais comme le but, la finalité du processus, comme l'événement final. Ainsi que nous l'avons vu, plusieurs acteurs, diverses institutions et différents segments de la culture et de la société (le travail, l'économie, le gouvernement, la famille, les communautés) en disent quelque chose. Tous ensemble et chacun d'entre eux, en tant qu'unité, jouent un rôle dans la réintégration d'un ancien malade et incidemment en un certain sens, elles donnent et construisent la guérison et la santé.

Conclusion de partie : retour sur la notion de risque

Au terme de cette partie sur la traduction religieuse de l'infection au VIH, il nous semble qu'une conclusion d'ordre général et ouvrant sur des hypothèses en vue de recherches ultérieures peut être proposée ici.

Nous avons donc suggéré que la multiplicité de règles existantes et auxquelles il est fait appel pour réparer, sanctionner ou restaurer n'ont pas pour seule fonction de punir le contrevenant, mais permettent justement de dégager une responsabilité, une faute qui pourra être réparée, en bref, elles servent à agir, elles sont formes d'action dans le monde. Il nous apparaît donc que les thérapies « magico-religieuses » ne sont pas uniquement recherche de sens, comme il a pu être maintes fois posé (Augé, Herzlich, 1984 ; Benoist, 1993) mais mode d'action dans le monde en passant par le surnaturel. Ce qui est désordre dans le monde vient forcément d'un désordre dans le monde surnaturel et la remise en ordre du monde surnaturel, grâce à l'action humaine qui influe sur l'action surnaturelle, remet en ordre le monde naturel, grâce cette fois aux entités surnaturelles. Si efficacité il y a, elle n'est pas que symbolique, elle est autre chose qui reste à définir. M. Weber avait montré que la plupart des prescriptions religieuses avaient pour but d'obtenir bonheur et longue vie sur terre, nous voyons à présent qu'il en va ainsi pour de multiples religions au sens le plus extensif du terme et dans son « fonctionnement » général (1996).

Enfin, et pour terminer, il nous semble qu'un parallèle avec la prévention des risques en santé peut être opéré. La mise en risque du monde est caractéristique de la modernité (Giddens, 1994 ; 2001). Elle débouche, à l'instar des règles magico-religieuses, ou même des règles bibliques, ou encore des règles sociales, sur un développement quasi-pléthorique d'injonctions, de préconisations pour conserver sa santé, pour éviter une maladie hypothétique. Ce foisonnement d'édification de « règles » inobservables ne pourrait-elle pas être analysée sous le même angle ? Comme il a été rappelé dans le chapitre 6 et à la suite de nombreux auteurs, la notion de risque est une forme de gestion de l'incertitude, et donne lieu à ce que nous avons qualifié d'usage social au même titre que la maladie. Dès lors, il nous semble pertinent d'interroger cette multiplication de préconisations visant à prévenir la maladie, à « gérer » l'incertitude. Faut-il y voir une forme laïcisée, « intramondaine » pour reprendre la terminologie wébérienne, de mise en faute pour pouvoir réparer ? Dans ces cas là, on retombe sur ce qui a maintes fois été dénoncé : la responsabilisation voire la culpabilisation (Massé, 1995) de la personne inapte à respecter ces messages de prévention. Mais cela ouvre également sur des questionnements ayant trait à notre conception de la santé : ne révèle-t-elle pas une forme particulière de sacralisation de la santé ? Sacralisation qu'il s'agirait de définir plus précisément à la lumière des parallèles mis en évidence. Les développements des chapitres 11 et 12 (quatrième partie), nous donnerons l'occasion de participer à ce débat déjà largement alimenté par de nombreux auteurs (Foucault, 1976 ; Fassin, 1994 ; 2010)

QUATRIÈME PARTIE

Du ministère des âmes aux ministères des corps : rencontre entre deux christianismes autour du VIH

Ethiopie
« *l’Ethiopie*
tendra ses mains vers Dieu »
la Bible

USA
« *In God we trust* »
Billet de banque américain

En Ethiopie, le Fond Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le PEPFAR (President's Emergency Plan For Aids Relief) sont les deux principaux financeurs de la distribution des ARV (chapitre 2). Le PEPFAR était annoncé et espéré dès 2004 (chapitre 6) par le Gouvernement éthiopien, et il était déjà entendu qu'une partie des ARV distribués seraient issus du programme d'urgence américain. Cependant, nous verrons qu'il faudra attendre le début de l'année 2005 pour voir les premiers responsables du PEPFAR s'installer en Ethiopie et mettre en place les premières mesures du programme. De manière parallèle, USAID s'est investi dans le domaine de la prévention en subventionnant dès 2004, l'EOTC par le biais d'une ONG américaine de confession orthodoxe et de stature internationale, International Orthodox Christian Charities (IOCC). Un accord tripartite fût signé en 2004, mais les responsables de IOCC ne furent effectivement présents, en Ethiopie, que dans le courant de l'année 2006¹⁴⁷. Le but de l'accord était la promotion de l'abstinence et de la fidélité, et la lutte contre la stigmatisation auprès des fidèles de l'Eglise Ethiopienne. Un dernier volet du programme IOCC-EOTC concernait les orphelins et enfants vulnérables (OEV) affectés et/ou infectés par le VIH. Ainsi, sur le territoire éthiopien, l'aide bilatérale américaine a débuté par la promotion des deux premiers termes du fameux acronyme 'ABC' (*Abstinence, Be Faithful, Condoms*, soit en français, abstinence, fidélité et préservatif) et fut suivi de la distribution des ARV.

Nous avons montré (chapitre 5 section III.2) que traditionnellement l'EOTC ne s'intéressait guère aux comportements de ses fidèles. Les règles moralo-religieuses ont principalement pour but de préserver la sacralité des églises et des espaces sacrés qu'elle protège ou thésaurise (les sites d'eau bénite). L'arrivée des subventions américaines au titre de l'encadrement d'une sexualité, dont l'évocation seule paraît souiller les lèvres des clercs, introduit un facteur de changement notoire. Mais ce n'est pas le seul point de tension. La partie précédente était dédiée à l'analyse de la cure par l'eau bénite. La prise d'eau bénite est traditionnellement et théologiquement conçue comme exclusive de toute autre forme de thérapie. Lors de nos premières enquêtes de terrain, la distribution des ARV, débutée en 2005, n'était pas visible sur ces sites, aucun *tsäbältägna* interrogé n'en prenait et beaucoup n'en connaissaient pas l'existence. Par contre, en 2006-07, lors de notre deuxième séjour, les ARV alors distribués à une plus large échelle sont parvenus sur les sites d'eau bénite. En 2006, un centre de distribution des ARV fut créé par le PEPFAR, non loin du site de Ent'ot'o Maryam. Si bien que la question de la compatibilité entre l'eau bénite et les ARV devint, une question brûlante et suscita de nombreux problèmes épineux (chapitre 4). A ce titre, la présence de l'Ambassadeur des Etats-Unis au côté de l'Abuna Pawlos le 25 mai 2007 à Ent'ot'o Maryam n'est pas anodine. Ce dernier était venu (re)proclamer devant un parterre de fidèles la compatibilité entre les thérapies spirituelles et biomédicales. Il apparaît donc que l'épidémie du sida, sa politisation, puis l'arrivée des subventions du PEPFAR et enfin la distribution décentralisée des ARV modifient la manière dont les différentes composantes du christianisme éthiopien, l'Eglise éthiopienne et EOTC¹⁴⁸, ont répondu à l'épidémie. Plus

¹⁴⁷ La date à laquelle les responsables de IOCC est délicate à déterminer avec précision.

¹⁴⁸ Dans le cadre de la lutte contre le sida, nous avons proposé (chapitre 3) de considérer le christianisme éthiopien comme constitué de deux entités, l'EOTC et l'Eglise éthiopienne. L'EOTC est la forme institutionnelle de l'Eglise, régie et structurée par l'épiscopat. L'Eglise éthiopienne est celle des rituels, des fidèles et du clergé

précisément, ces éléments introduisent des facteurs de rationalisation et de mondanisation du christianisme éthiopien. Dans un mouvement débuté au début du XX^e siècle, (chapitre 3 section 2) l'EOTC avait commencé à se structurer autour d'un épiscopat centralisateur gagnant en puissance. A partir des années 1960, puis avec le *därg* au milieu des années 1970 (Ancel, 2006), et enfin, avec l'arrivée du Gouvernement de transition mené par Meles Zenawi, la place de l'Eglise et son organisation s'en sont trouvées profondément modifiées. L'épidémie au VIH, et les différents éléments évoqués précédemment appuient cette tendance, et fournissent une occasion, provoquent un virage ou une accélération de cette tendance. La présente partie est donc dévolue à l'analyse de ce phénomène ; nous nous attacherons à répondre aux interrogations suivantes. Dans quelle mesure, la politisation accrue de l'infection au VIH et l'arrivée de l'aide américaine vont introduire une rationalisation, une mondanisation¹⁴⁹ au sens wébérien du terme (1995 ; 1996) du christianisme éthiopien. Comment les différentes composantes de l'EOTC et de l'Eglise éthiopienne vont répondre à ces évolutions ?

Par ailleurs, dans un article précédent (Hermann, 2009), et à la suite de nombreux auteurs¹⁵⁰, les valeurs religieuses que portent ou qui sous-tendent le PEPFAR ont été mises à jour. Celles-ci sont visibles en Ethiopie notamment à travers l'insistance de la promotion des deux premiers termes de l'acronyme ABC, mais également à travers la place du PEPFAR dans la confrontation entre l'eau bénite et les ARV. Dès lors, il nous semblait nécessaire de se pencher plus spécifiquement sur le PEPFAR non seulement tel qu'il se donne à voir en Ethiopie, mais également tel qu'il fut conçu au Etats-Unis. En effet, les grandes orientations du PEPFAR sont « façonnée[s] par les logiques politiques internes » (Demange, 2010 : 289). Que ce soit la promotion de l'abstinence, l'implication des congrégations religieuses, ou encore la défense des intérêts américains tant en terme de sécurité qu'au niveau économique, tous ces aspects ont d'abord travaillé, et jusqu'à la fin du mandat de G.W. Bush, la société et la culture américaine avant d'être « transposés » au PEPFAR. C'est donc également de la rencontre de deux formes de religiosité dont il s'agira dans cette partie.

Cette dernière partie est organisée en trois chapitres. Le premier (chapitre 10) concerne le PEPFAR et l'ethos américain, le deuxième traite (chapitre 11) de la rencontre entre le PEPFAR, l'USAID et les institutions éthiopiennes, le Gouvernement et l'EOTC. Le dernier chapitre (chapitre 12) est dédié à la manière dont les ARV et l'eau bénite seront mis en présence ainsi que les conséquences sur la cure et la prise en charge des PVVIH. Le dernier chapitre sera l'occasion de présenter une synthèse analytique quant à deux thèmes de cette thèse : le christianisme éthiopien et certaines conséquences de son implication dans la lutte contre le sida.

(régulier et séculier) de la base qui n'est pas toujours au courant, ou ne tient pas toujours compte des décisions de l'épiscopat, la religiosité privée, plus « traditionnelle », « mystique » et/ou « contemplative » (Meyendorf, 1975 ; Lossky, 1990 ; Makrides 2005 ; Molokotos-Liederman, 2007 ; Poujeau, 2008, 2010) demeurant prégnante et ont plus de poids dans la vie quotidienne que les directives de l'EOTC.

¹⁴⁹ Ces termes seront définis prochainement.

¹⁵⁰ La dimension religieuse et l'importance du rôle et de la place du PEPFAR et de USAID dans la lutte contre le sida, en Afrique principalement, est suffisamment connue pour ne plus avoir à être étayée (Loconte, 2003 ; Epstein, 2005 ; Patterson, 2005, 2006 ; Dietrich, 2007 ; Kulczycki, 2007 ; Ben Barka, 2008 ; Hermann, 2009 ; Demange, 2010).

CHAPITRE X

Le PEPFAR, USAID et G.W. Bush : ‘Abstinence et fidélité’

Ce chapitre a pour objectif de mettre en évidence les logiques et les valeurs sous-tendues par le PEPFAR. La promotion de l’abstinence et de la fidélité, l’implication des congrégations religieuses et le *compassionate conservatism* prôné par G.W. Bush, ou encore la défense des intérêts américains tant en terme de sécurité qu’au niveau économique, sont des thématiques et des aspects importants de la politique intérieure américaine. Ils ont pris une forme particulière sous le double mandat de G.W. Bush, et ont été « transposés » au PEPFAR et plus généralement à l’engagement des Etats-Unis dans la lutte contre le sida en Afrique. C’est donc sur ces aspects que nous allons nous pencher à présent.

Ce chapitre est organisé en trois sections. Dans la première, il s’agira de décrire brièvement les principaux aspects de ce programme bilatéral tel qu’il nous a été donné de l’observer lors de notre deuxième enquête de terrain de novembre 2006 à février 2007. A partir de cette rencontre, les grandes lignes et certains des aspects les plus controversés, mais aussi les plus spécifiques du programme américain seront présentés. La deuxième section est dévolue à la présentation des fondements politiques, religieux nationaux et internationaux sur lesquels le PEPFAR est né. Les valeurs portées par le programme feront l’objet d’un long développement afin de mettre à jour le système moralo-religieux que le PEPFAR véhicule dans sa première période, soit de 2004 à 2008 (date de notre dernière enquête de terrain). La dernière section présentera les principales dérives du système américain et certaines de ses conséquences quant à l’implication des congrégations religieuses à l’échelle nationale.

I. Les grandes lignes du programme PEPFAR

Si le PEPFAR voit effectivement le jour en 2003, il a fait l’objet de longs mois de préparation et de réflexion quant à la manière dont il serait structuré. G.W. Bush devait en janvier 2003 faire une tournée d’une semaine sur le continent africain, il déplaça ce voyage pour annoncer ce plan, afin selon G. Behrman de

« Démontrer que malgré les commentaires sur la campagne de Bush, [l’Afrique] avait une réelle importance stratégique pour les Etats-Unis » (2004 : 292)

Effectivement, le PEPFAR fût mis au point quelques mois plus tard, en mars 2003.

I.1. Le plan de lutte

Le 27 mai 2003, le Sénat et la Chambre des Représentants des Etats-Unis au Congrès publient le *United States Leadership Against HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria Act* également appelé le *Global Aids Plan* qui établit le *President's Emergency Plan For Aids Relief* (PEPFAR). Doté pour les cinq premières années d'exercices, de 2003 à 2008, d'un budget de 15 milliards de dollars, augmenté un an plus tard de 10 autres milliards. A ce titre il constitue l'engagement bilatéral le plus important dans la lutte contre le sida. Il fut renouvelé en 2008 et assorti d'une subvention de 48 milliards de dollars. Ce premier plan, considéré d'abord comme un programme d'urgence, est mis en place à destination de 15 des pays les plus touchés par la pandémie, la plupart se situant en Afrique : Afrique du Sud, Botswana, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Guyane, Haïti, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Vietnam et Zambie. Les trois autres pays se situent aux Caraïbes, en Asie et en Amérique Latine.

La loi votée par le Sénat et le Congrès fixe la répartition précise de l'aide et indique des objectifs chiffrés. Elle établit qu'

« A la fin de l'année fiscale 2004, au moins 500 000 personnes vivant avec le VIH/sida devront recevoir un traitement par le programme d'assistance des Etats-Unis » (Public Law 108-25, 2003 : section 402.a),

L'année suivante, 1 million devront en bénéficier, etc. L'aide est répartie en quatre grands volets : (1) 55% sont dédiés au traitement des PVVIH (ARV compris), (2) les soins palliatifs reçoivent 15 %, (3) les orphelins et enfants vulnérables bénéficient de 10% de l'aide et enfin (4) la prévention des nouvelles infections occupe 20% de la dotation globale dont 33% doivent être alloués spécifiquement à des programmes promouvant l' « abstinence avant le mariage ». (Public Law 108-25, 2003 : section 402 .b)

Au niveau national, l'*Office of the United States Global AIDS Coordinator* (OUSGAC ou plus couramment OGAC) gère l'ensemble de la lutte contre le sida dans les pays bénéficiaires du PEPFAR. Le directeur du OGAC, nommé par le Président, rend compte au Département d'Etat ainsi qu'au Sénat. Il a la charge de coordonner les programmes mis en place au niveau local (dans les pays récipiendaires), et d'assurer la coopération entre les différentes agences américaines impliquées, donc entre autre USAID, le *Center for Disease Control* (CDC), ou encore les *Peace Corps*. Par ailleurs,

« Les fonds sont alloués par le PEPFAR à des partenaires principaux (*prime partners*), lesquels redistribuent ensuite des financements à des partenaires secondaires (*sub partners*). Tous sont liés les uns aux autres par des obligations contractuelles. Partenaires principaux et secondaires peuvent aussi bien être locaux, internationaux ou américains, universités, ONG, Ministères ou *faithbased organisations* (FBO). » (Demange, 2010 : 293)

Enfin, parmi les 15 milliards de dollars attribués au PEPFAR en 2003, un peu moins d'un milliard a été alloué au Fond Mondial de lutte contre le sida, avec lequel l'instance américaine coopérera dans plusieurs pays (Dietrich, 2007), dont l'Ethiopie.

I.2. Des aspects controversés visibles dès les premières enquêtes

Si le programme PEPFAR a le grand mérite d'exister et de fournir des traitements gratuits à plusieurs millions de personnes, nombre de ses aspects ont été critiqués et ont fait l'objet de controverses : promotion des deux premiers termes de l'acronyme ABC, au détriment de l'information sur les préservatifs, absence de financement des organisations faisant de la prévention auprès des travailleuses du sexe (identifiées), l'opacité des modes de financements et des actions menées, l'implication importante des *faith based organizations* (FBO) et enfin, les poids des intérêts américains nationaux sous-tendant le PEPFAR.

Avant d'avoir une connaissance précise de ces critiques, nous avons pu sur le terrain y être confrontée parfois de manière surprenante. Le chapitre 4 a été l'occasion de décrire les conditions de l'enquête auprès des instances américaines, il s'agit ici d'en reprendre quelques traits les plus pertinents pour le présent propos. Lors de notre première enquête de terrain de novembre 2005 à mars 2006, nous avons pu rencontrer le directeur du EOTC-HIV/AIDS Prevention and Control Office (EOTC-HAPCO). En accord avec la morale chrétienne, l'abstinence et la fidélité étaient les deux principales consignes délivrées aux fidèles. Cependant, la question de la place du préservatif n'était pas fixée, du moins, les circonstances dans lesquelles il pouvait être éventuellement admis étaient en discussion. La visite au même bureau un an plus tard devait être placée sous le signe d'un changement inattendu. Le responsable n'était plus le même et les discours s'étaient radicalisés. Le nouveau directeur nous redirigea vers les responsables de IOCC (International Orthodox Christian Charities) situés dans un bureau voisin. Ils disposaient d'un peu de temps, et nous pûmes les interviewer immédiatement. Lors de cette rencontre, nous découvrîmes que non seulement il n'était plus question de préservatif, mais ces responsables nous défendirent de chercher à rencontrer l'ancien directeur remercié sans plus de précision. L'entrevue fut froide, empreinte de méfiance et les réponses à nos questions étaient tour à tour évasives, rares et vagues.

A la suite de cet entretien, nous pûmes interviewer deux autres personnes travaillant pour le programme PEPFAR, une quelques jours plus tard en décembre 2006, l'autre en juin 2008, soit beaucoup plus tard et ce malgré de nombreuses démarches. En effet, lors de ce deuxième séjour, la plupart de nos tentatives pour contacter USAID, le PEPFAR ou même, les instances gouvernementales, AA-HAPCO (Addis Ababa HIV/AIDS Prevention and Control Office) et FHAPCO (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office) en notre qualité d'apprentie chercheuse furent vaines. Les agents de USAID et PEPFAR contactés par téléphone nous renvoyaient au mail et les mails restaient sans réponses. Ce n'est qu'en juin 2008 et par l'intermédiaire d'un « ami secourable » membre d'une agence des Nations unies qu'un rendez-vous auprès de la responsable du *Center for Disease Control*, CDC-USAID fut pris en qualité d'assistante de ce membre. Ainsi, nous faisons face à la réticence des agents PEPFAR, USAID et autres de communiquer autour de leurs programmes (ce que des auteurs comme S.H. Ervetz [2010] ont mis à jour).

Cette dernière rencontre fut bien plus fructueuse que les précédentes¹⁵¹ ; au moment de prendre congé, on nous invita à une grande réunion des différents partenaires de USAID-PEPFAR à Addis Ababa quelques jours plus tard. A cette occasion, nous fûmes confrontée à deux autres aspects du programme, également pointés et critiqués par l'auteur précité : l'opacité quant aux acteurs financés et le rapport aux travailleuses du sexe.

En effet, les partenaires regroupaient des personnes n'ayant pas encore reçu de financement, d'autres ayant reçu une formation non demandée, d'autres encore présentaient des actions non financées par le PEPFAR, alors que la réunion était présentée comme celle de ses partenaires. Nous interrogeâmes un jeune homme sur les raisons de sa venue. Il nous expliqua qu'il travaillait pour une radio faisant de la sensibilisation au sida *Ybekal*, et nous expliqua qu'on lui avait simplement demandé de venir aujourd'hui, sans plus d'information. On nous remis à cette occasion un document précieux : l'ensemble des programmes financés par le PEPFAR durant l'année 2008, nous y reviendrons abondamment dans la dernière section du chapitre. (Carnet de terrain, observations, Addis Ababa, juillet 2008)

Un des points sujets à controverse du PEPFAR est le refus de traiter avec les travailleuses du sexe autrement que pour les amener à changer de « métier » et plus encore de vie. Durant cette rencontre, une association présenta son travail auprès de cette population, elle consistait à faire de la prévention et à les conduire à développer d'autres activités génératrices de revenus. Dans la salle, plusieurs réactions de dédain envers ces femmes se manifestèrent : l'un arguait que « ces personnes étaient pénétrées par le vice et ne pouvaient faire autre chose », l'autre considérait que c'était du temps perdu car « ces femmes retourneraient rapidement à leur ancienne vie dépravée ». C'était tous des hommes éthiopiens ayant entre 35 et 50 ans (*ibidem*).

La plupart des auteurs et des chercheurs de nombreuses disciplines s'étant penchés sur la politique et le programme d'aide contre le sida américains portés par le PEPFAR et USAID mettent en exergue les aspects suivants : l'unilatéralisme qui tranche avec le multilatéralisme de son prédécesseur B. Clinton¹⁵², la promotion de l'abstinence et de la fidélité, la condamnation de la prostitution, la distribution d'ARV pour une franche majorité non générique (défense des intérêts économiques américains), l'intégration des ONG confessionnelles. Ces aspects ne sont bien entendu pas les seules caractéristiques des programmes de lutte contre le sida américains ; cependant, ils sont parmi les éléments qui font sa spécificité.

Certains de ces aspects (importance de la dimension économique, la promotion de l'abstinence, et l'implication des FBO) façonnent l'ensemble de la politique extérieure américaine. Ils sont également présents au niveau national, et reflètent la politique intérieure telle qu'elle est menée sous les mandats de G.W. Bush. Il nous a donc semblé pertinent pour comprendre certaines des lignes directrices du PEPFAR de se tourner d'abord vers la politique intérieure et sur l'ethos américain. Celui-ci est comme nous allons le voir complexe,

¹⁵¹ Echaudées par notre précédent échec, nous évitions désormais de remettre en cause leurs actions pour mettre l'accent sur leur réussite, témoignant, s'il en était besoin, du fait que le terrain est une occasion d'apprendre plus généralement, la diplomatie et parfois, la ruse. Cette scène a déjà été décrite précédemment (cf. chapitre 4)

¹⁵² En effet, et nous allons y venir, la politique étrangère de B. Clinton fut marquée par sa préférence pour la mise en place d'accords internationaux impliquant les Nations unies ou les autres pays. La politique de G.W. Bush est très différente, puisque tant la guerre en Irak que le PEPFAR rendent compte d'une tendance à l'unilatéralisme, il considère que les Etats-Unis doivent assumer un « leadership » mondial.

traversé de nombreux courants parfois contradictoires. Les Etats-Unis, le peuple américain quoique très marqué par la religion civile (Bellah, 1973 ; Fath, 2004 ; Lacorne 2007 ; McNaught, 2009) et uni sous cette idée, sous un drapeau sacralisé, n'est ni univoque ni unitaire.

II. La politique étrangère de G.W. Bush : contexte d'apparition du PEPFAR

L'élection de G.W. Bush à la Maison Blanche constitue l'acmé d'une « révolution conservatrice » (Mélandri, 2008 ; Hassner, Vaïsse, 2003) dont l'émergence se situerait, d'après P. Mélandri (2008) et M. Ben Barka (2004) dans les années 1960. Afin de situer l'ethos américain tel qu'il se donne à voir durant la présidence de G. W. Bush, nous brosserons très rapidement le tableau des éléments fondateurs des Etats-Unis. Puis dans une perspective socio-historique, nous nous intéresserons à trois mouvements dont les idées ont fortement influencé la structure et les buts du PEPFAR : les néo-conservateurs, la droite chrétienne et enfin, le *compassionate conservatism* à l'origine de l'intégration des Faith-Based Organizations (FBO).

II.1. Eléments sur la religion et l'Etat aux Etats-Unis

C. Froidevaux-Metterie dresse un portrait aussi synthétique que percutant de la place de la religion dans la politique américaine :

« Il existe aux Etats-Unis deux forces contradictoires qui coexistent depuis les origines de la nation : l'*esprit de religion*, porté par les plus conservateurs des protestants, et que l'on peut ramener à la volonté proprement théocratique de placer l'ordre civil sous tutelle chrétienne, et l'*esprit de laïcité*, défendu par les partisans d'un Etat neutre religieusement, et qui tend à l'inverse à le tenir éloigné des considérations religieuses, cantonnant celles-ci dans la sphère privée des convictions individuelles et des lieux de culte¹⁵³. » (2009 : 5)

M. A Noll (1990) rappelle que les Etats-Unis ont toujours été une nation faite d'une :

« Interrelation complexe entre les positions politiques, les allégeances ecclésiastiques et les traditions culturelles » (Robins, 1982 cité par Noll, 1990: 4).

II.1.a. Le calvinisme puritain au fondement de l'apparition des Etats-Unis

La fuite de l'intolérance, la quête de la liberté religieuse et la foi sont parmi les fondements les plus importants de la constitution des Etats-Unis. En 1620, les "Pères Pèlerins" ou *Pilgrims Fathers* principalement des calvinistes anglais ou puritains opprimés en Angleterre, quittent la vieille Europe pour le nouveau monde, « sous la lumière de la divine Providence » (Froidevaux-Metterie, 2009 : 9). Les passagers du *May Flower* conceptualisèrent le *May Flower Compact* à l'origine de la création de la « Nouvelle Angleterre » ; ce texte fondateur pose l'idée que le nouveau monde devait être la Cité de Dieu

¹⁵³ En italique dans le texte

sur terre. Par la suite, de nombreux nouveaux arrivants étaient des protestants convaincus, inspirés par les textes saints et une idéologie vétérotestamentaire, ils envisageaient ce nouveau territoire, comme la « Terre promise », leur départ étant l'occasion de créer la Nouvelle Jérusalem (Lefebvre, 2004 ; Pajon, Sawicki, 2004¹⁵⁴ ; Froidevaux-Metterie, 2009 : 10-11).

« Les premiers éléments du style national sont donc un sentiment très profond d'être l'objet de la bénédiction divine, d'une supériorité morale qui s'appliquera à leur conception sociale, et un idéalisme profondément ancré s'apparentant à un véritable messianisme. » (Balthazar, 2008 : 59)

Dans l'optique de créer ce nouvel éden et protégés par une charte royale leur garantissant une certaine autonomie, les colons de la Nouvelle-Angleterre limitèrent les contacts avec les peuples de la vieille Europe « considérés comme décadents » (Pajon, Sawciki, 2004). L. Balthazar argue que

« C'est une philosophie libérale qui s'implante sur le sol américain à mesure que progresse la colonisation. Cette philosophie triomphe dans la Déclaration d'indépendance et dans la Constitution. » (2008 : 61)

La liberté, les libertés fondamentales individuelles et économiques, sont en effet au cœur des revendications des premiers colons. Elles sont pensées comme une des raisons de leurs succès (organisation entre eux en formant des communautés choisies), notamment économiques, ce qui les conduira à être convaincu que « leur puissance repose essentiellement sur leur richesse » (Balthazar, 2008 : 64). Ces libertés fondamentales constituent un des socles sur lesquels la politique tant extérieure qu'intérieure sera élaborée.

II.1.b. Le rapport fondateur à l'Europe: la politique du *non-entanglement*, (“non-engagement”)

George Washington, un des principaux pères de la nation, emploiera, dans son testament de 1796, considéré par les américains comme un texte fondateur, la formule du *non-entanglement*, “non-engagement” en français, pour marquer la volonté des Etats-Unis de rester éloigné des querelles internes à l'Europe, tout en maintenant ses relations commerciales avec ces puissances, inaugurant ainsi le courant isolationniste. Thomas Jefferson (président de 1801-1809) et James Monroe (1817-1825), désireux de bâtir un nouveau système politique, reprendront cette formule. Ce dernier assoira l'idée que les Etats-Unis ne prendront pas part aux affaires de l'Europe et inversement, celle-ci devra s'abstenir de s'immiscer dans la politique nationale américaine (*ibidem*), idée synthétisée dans la doctrine de J. Monroe : « l'Amérique aux américains ». Cette volonté américaine de n'entretenir avec les autres états que des liens commerciaux, sans s'impliquer dans leur politique demeurera un courant de pensée aux Etats-Unis (Pajon, Sawciki, 2004 ; Balthazar, 2008 : 70-71), quoique de moindre importance. Par contre et de manière centrale, l'attention aux relations commerciales et plus précisément la protection des intérêts économiques américains demeure très prégnante dans leur politique étrangère.

Divers auteurs ont montré que la majorité des partenaires premiers du PEPFAR implanté dans les quinze pays récipiendaires sont américains (Oosman et al. 2008 ; Demange, 2010 ; Evertz, 2010). Primauté qui permet, dès lors, d'assurer le retour dans le système économique

¹⁵⁴ voir le site internet : <http://www.thucydide.com/realisations/comprendre/usa/usa1.htm>

américain, des fonds attribués par le Congrès des Etats-Unis aux populations et aux institutions locales, majoritairement africaines, point sur lequel nous reviendrons dans le prochain chapitre.

II.1.c. La politique extérieure américaine : le *manifest destiny* (“Destinée manifeste”)

Une autre grande tendance du « style américain » est l’interventionnisme qui s’adosse tout autant sur cette idée religieuse d’élection divine. L’expansion géographique et la bonne santé économique des Etats-Unis au début du XIX^e siècle, conduisent les Américains à envisager leur nation comme ayant une « destinée manifeste », selon la formule que le journaliste John O’Sullivan emploiera en 1845 :

« Selon [l’idée de] “destinée manifeste”, les Américains, peuple élu de Dieu, ont pour mission de défendre la liberté, la justice et le progrès et de les répandre dans le monde. Convaincus d’incarner la civilisation, les Américains se doivent moralement d’en faire bénéficier l’humanité. » (Ngyuen, 2004: 15)

Comme le rappellent C. Pajon et P. Sawicki (2004), les Etats-Unis ne pouvaient cependant pas

« Adopter la forme de colonialisme des états européens. C’est pourquoi, à part quelques cas (Philippines, 1898), le mode d’impérialisme américain fût fondé sur l’exportation de valeurs, aussi bien marchandes que culturelles et ne provoqua pas une perte de souveraineté des pays. »¹⁵⁵

Les analystes ont recours pour qualifier la politique internationale américaine à l’expression “style national” (Balthazar, 2008 : 55). Cette notion « dynamique, évolutive », permet de prendre en compte divers aspects de la politique étrangère, et de son évolution historique. Son emploi « permet d’établir des liens entre les premiers Américains et ceux d’aujourd’hui » (*ibid* : 55-56). Ainsi, l’élection divine, la prospérité, la liberté économique et individuelle (ainsi que d’autres comme l’ethnocentrisme et la supériorité morale) constituent donc le socle à partir desquels le style national va évoluer, et ce de la création des Etats-Unis à nos jours, sans jamais être reniés (Balthazar, 2008 : 88-93). La politique étrangère des Etats-Unis a pour but de préserver les intérêts américains. Dans cette optique, le style national s’articule « autour de quatre objectifs essentiels : la puissance, la paix, la prospérité et les principes » (cité par *ibid* : 95). La politique américaine étrangère est une synthèse de ces quatre composantes complémentaires, chaque président compose sa propre politique, imprimant sa marque en privilégiant tel aspect plutôt que tel autre (Balthazar 2008 : 96-97).

Ces quatre objectifs principaux s’organisent selon deux grandes tendances de la politique extérieure américaine : le réalisme et l’idéalisme. Les quatre objectifs et deux tendances s’articulent formant des combinaisons, différentes possibilités, qui orientent le style national et le mode d’intervention américain à l’étranger. Le premier courant, le réalisme, incarné par le président T. Roosevelt (1901-1909) est une combinaison, une extension de la doctrine de Monroe à l’ensemble du monde. Elle peut être résumée comme suit :

« [Les intérêts américains, l’] injustice chronique ou l’impuissance qui résulte d’un relâchement général des règles de la société civilisée peut exiger, en fin de compte, en

¹⁵⁵ <http://www.thucydide.com/realisations/comprendre/usa/usa2.htm>

Amérique ou ailleurs » (T. Roosevelt, Message au Congrès du 6 décembre 1904, cité par *ibid*),

que les Etats-Unis interviennent, assumant alors « un pouvoir de police international » (*ibidem*). T. Roosevelt cherchait donc autant à combattre la tyrannie et l'injustice qu'à protéger les intérêts nationaux ; par contre la dissémination du modèle américain ne l'intéressait guère. Selon les termes de L. Balthazar, les tenants de ce courant auront plutôt à cœur d'« assurer l'hégémonie de superpuissance américaine », parfois en prônant un internationalisme économique (2008 : 100-101). C'est le courant qui prédominera pendant toute la guerre froide et une partie des années suivantes.

L'idéalisme fût porté politiquement sur la scène internationale par le président W. Wilson (1913-1921). Considérant les Etats-Unis comme le modèle le plus achevé de démocratie, fondée sur les libertés individuelles et publiques ainsi que sur l'économie de marché. W. Wilson avait à cœur de changer le monde à l'image des USA, convaincu que cette mission divine incombait à sa nation :

« L'Amérique est la seule nation idéale dans le monde [...]. L'Amérique a eu l'infini privilège de respecter sa destinée et de sauver le monde [...]. Nous sommes venus pour racheter le monde en lui donnant liberté et justice » (Vincent, 1999 cité par Lacoste, 2003 : 6)

W. Wilson, considérant que les Etats-nations devaient s'unir pour instaurer la paix, fut un des pères spirituels de la Société des Nations, créée au lendemain de la Première Guerre mondiale. Il est à ce titre considéré comme le haro du troisième courant politique américain prégnant appelé internationaliste, qui cherche « d'avantage la coopération, l'expansion de la démocratie et le respect des droits » (Balthazar, 2008 : 100-101). Ces deux derniers courants, internationalisme et l'idéalisme ont guidé, orienté la politique internationale américaine de G. Washington (1789-1797) à H. Truman (1945-1953) soit jusqu'après la deuxième guerre mondiale. Dans les années suivantes, J.F. Kennedy, J. Carter, et enfin B. Clinton incarnèrent la politique idéaliste de tendance internationaliste. Ainsi, B. Clinton participa activement au règlement de conflit par la voie de la conciliation et de la médiation. Celui-ci était animé par « la conviction que les conventions internationales servent les intérêts américains » et il chercha à « multiplier la conclusion de traités internationaux » (Balthazar, 2008 : 129). Des présidents comme R. Reagan puis G. W. Bush représenteront des franges plus conservatrices de cette conception idéaliste mais unilatérale, soit ne mettant pas l'accent sur le développement de la communauté internationale, du moins guère d'accords internationaux fondant un droit, mais l'utilisant à des fins économiques afin d'asseoir l'hégémonie économique américaine (Balthazar, 2008 : 119).

Ainsi, G.W. Bush répondant à l'attaque des terroristes islamistes entra en guerre « préventive » contre l'Irak, cette situation rendit l'accès au pétrole de la péninsule arabique plus problématique, et des solutions alternatives devaient être mises en place (Berhman, 2004 ; Rodalski, 2009). De fait, en 2003, soit l'année de déclaration de guerre à l'Irak de Sadam Hussein, le PEPFAR est mis en place, et plusieurs des pays bénéficiaires possédaient des réserves pétrolifères, soit déjà exploitées (Nigeria, Guyane) soit attestées (Côte d'Ivoire), les pays d'Afrique Australe (Namibie, Zambie, Mozambique), sont quant à eux réputés pour leurs réserves minières, là encore nous y reviendrons.

II.2. Le 11 septembre 2001 : évènement déclencheur du PEPFAR ?

Le mandat de G.W. Bush est marqué par un style national américain idéaliste conservateur, plus exactement néoconservateur¹⁵⁶ qui tranche avec la politique de son prédécesseur. La politique extérieure de B. Clinton quant au sida n'est que tardive et intéresse d'abord le niveau national, « et notamment vers l'accès aux soins pour les malades américains » (Demange, 2010 : 289-290), elle n'évoluera sensiblement que dans la dernière année de son mandat (*ibid* : 289-290).

Quant à l'Afrique, plusieurs auteurs s'accordent sur le fait que ce continent ne suscite traditionnellement guère l'intérêt américain (Leriche, 2003 ; D'Aoust, 2004 ; Carmody, 2005 ; Desloire, 2010). Toutefois, depuis les années 1990, la politique américaine envers l'Afrique est placée sous le signe de la sécurisation militaire. En 1996, B. Clinton redéfinit l'agenda en mettant en avant le développement économique, notamment suite aux déconvenues « tragiques et humiliantes » pour l'armée américaine en Somalie (Leriche, 2003 : 14). F. Leriche établit qu'ensuite

- « B. Clinton promulgue alors les trois principes qui président son action sur le continent
- trouver des solutions africaines aux problèmes africains, c'est-à-dire limiter les interventions directes et chercher des relais sur place ;
 - intégrer l'Afrique dans les circuits de l'économie mondiale, comme fondement de la diplomatie commerciale de l'après-guerre froide ;
 - s'opposer activement au terrorisme, islamiste, comme au Soudan ou en Libye. » (2003 : 14)

En accord avec cette nouvelle définition de la politique américaine en Afrique, l'administration de Washington met en place une

- « Politique de sous-traitance militaire pour (...) éviter toute implication directe des forces dans les conflits internes du continent » (Leriche, 2003 : 18).

L'arrivée à la Maison Blanche de G.W. Bush, sera d'abord placée sous le signe d'un désintérêt pour la question du sida et de l'Afrique (Demange, 2010 : 290). Quant à sa position envers l'Afrique, G. Behrman rapporte que dans une interview donnée en 2000, G.W. Bush répondait :

- « Bien que l'Afrique puisse être importante, je ne considère pas qu'elle puisse faire partie des intérêts de la politique nationale américaine » (2004 : 246)

De même, les catastrophes humanitaires auxquels le continent faisait face ne constituaient pas une priorité américaine (*ibidem*). Après l'accès à la présidence de Bush, le directeur de USAID (affilié au camp présidentiel) déclarait en juin 2001, que les Africains n'avaient pas la capacité de gérer la distribution d'ARV et qu' « ils ne savent pas ce qu'est une horloge ou une montre » (Behrman, 2004 : 257).

La grande majorité des auteurs et des chercheurs s'étant penchés sur la question de l'implication de G.W. Bush dans la lutte contre le sida en Afrique, mais plus largement à

¹⁵⁶ Plusieurs auteurs ont noté la place des néoconservateurs dans la politique de G.W. Bush (Loconte, 2003 ; Hassner, Vaïsse, 2003 ; Ben Barka, 2005 ; 2008 ; Vaïsse, 2008 ; Mélandri 2008 ; Hermann, 2009 ; Demange, 2010)

l'échelle planétaire, impute ce revirement aux attentats du 11 septembre 2001, (Lacoste, 2003 ; Leriche, 2003 ; Behrman, 2004 ; D'Aoust, 2004 ; Carmody, 2005 ; Hermann, 2009 ; Descloire, 2010). La première conséquence de l'attaque islamiste intégriste aux États-Unis a d'abord été une rigidification de leurs rapports à l'Islam (Leriche, 2003 ; Constance, 2010), ainsi que la nécessité de riposter et d'endiguer cette menace impliquant une révision des relations américaines avec plusieurs pays du Moyen-Orient. Comme l'établissent P. Hassner et J. Vaïsse, le président G.W. Bush déclare :

« Le 12 septembre 2001 : "Nous avons trouvé notre mission" [...]. Cette mission, c'est avant tout la lutte contre le terrorisme et ses alliés. Elle se confond avec la lutte contre le Mal » (2003 : 1-2)

Le PEPFAR s'inscrit d'une certaine manière dans la ligne de la « mission » du nouvel occupant de la Maison Blanche. Cependant, selon G. Behrman, l'évolution de la position de G. W. Bush quant au sida en Afrique est loin d'être soudaine, plusieurs acteurs (Kofi Annan, le prix Nobel J. Sachs, et la rock star Bono) ont joué un rôle important en convaincant le président du sérieux de la situation (2004 : 278-300). Parmi les arguments employés, un eut un poids majeur auprès de G.W Bush : la sécurisation de l'Afrique, la lutte préventive contre le terrorisme et donc la préservations des intérêts américains (*ibidem*).

Avant même le 11 septembre, tant le style national de politique étrangère que la politique intérieure de G.W. Bush sont marqués par deux influences majeures : les néo-conservateurs et la droite chrétienne. Ces deux mouvances politiques, et la première jouera un rôle considérable dans la guerre préventive des États-Unis contre l'Irak, représentent la frange politisée et visible de ce que certains chercheurs américains et français appellent la « révolution conservatrice » (Sorman, 1983 ; Anderson, 1988 cités par Melandri, 2008). Celles-ci se sont construites en opposition au libéralisme des valeurs et à la présence étatique jugée progressivement (surtout à partir des années 1990) trop encombrante. A titre de rappel, aux États-Unis, les démocrates, ou libéraux, prônent traditionnellement une présence plus importante de l'État qui assure notamment la *Social Security* profitant aux classes moyennes (Mélendri, 2008). Les deux mouvements, droite chrétienne et néoconservateurs étaient initialement plutôt rangés au côté des démocrates. Mais, ces deux mouvements furent déçus par la politique étrangère du président démocrate Jimmy Carter (notamment face à l'Irak détenant des otages américains), jugée trop conciliante. La candidature de R. Reagan les convainquit de changer de « poulain ». Avec la droite chrétienne, R. Reagan sut manier adroitement les alliances, et promesses envers la droite chrétienne (Ben Barka, 2004, 2008). Son programme et ses discours prônant une riposte musclée contre un Iran identifié à l'« Empire du Mal », formule directement inspirée par les néoconservateurs (Mélendri, 2008), scella la nouvelle alliance. Vingt ans plus tard, droite chrétienne et néoconservateurs, constituèrent une des bases principales de l'électorat du premier mandat de G.W. Bush en 2000 (Ben Barka, 2004 ; Vaïsse, 2008). Lors des élections de 2004, seule la droite chrétienne votera encore pour lui, les néoconservateurs minés par l'échec du projet de refonder un Irak démocratique connaissent une « éclipse » que J. Vaïsse considère comme temporaire (2009 : 25).

II.3. Les néo-conservateurs : vers l'unilatéralisme

Cette tendance politique, ou plus exactement, comme le note B. Tertais, cette « mouvance plus qu'une école de pensée » (2004 : 9) se distingue de la droite chrétienne, (Vaïsse 2008 ; 2009 ; Naves, 2009), même si ces deux tendances partagent un certain nombre de valeurs. Les néo-conservateurs sont pour partie influencés par les philosophes Léo Strauss et Allan Bloom. B. Tertais résume ainsi leur fondement théorique :

« Ils en ont retenu la valorisation des vertus morales traditionnelles au détriment du relativisme et de l'égalitarisme [...]. L. Strauss estimait que la défense de l'Occident contre ses ennemis constituait une obligation morale et que, face aux tyrannies, les démocraties ne pouvaient se permettre de faire preuve de faiblesse. » (2004 : 11)

Si ces philosophes ont compté, tous les chercheurs s'accordent sur l'idée qu'il est impossible de réduire ce courant politique aux thèses de L. Strauss (Tertais, 2004 ; Vaïsse, 2008 ; Naves 2009). Cette mouvance, née dans les années 1960, fût à ses débuts portée par des intellectuels de gauche voire d'extrême gauche, pour beaucoup émanant de la communauté juive. Ces intellectuels se sentent mal à l'aise avec la « culture contestataire » (Tertais, 2004:9), et l'avènement d'une société libérale (au sens américain soit des progressistes de gauche) faite de contre-culture, de révolution sexuelle, d'une plus grande permissivité, ainsi que de l'apparition du « nationalisme noir qui remplace la lutte pour les droits civiques (qu'ils ont soutenue) » (Vaïsse, 2009 :22).

Par la suite, au tournant des années 1970, le mouvement évolue et se positionne par l'affirmation de la permanence du rêve américain et de la moralité de la société américaine. Il pose également son attachement aux institutions et à la culture américaine en rejetant les réformes radicales (Vaïsse, 2009 : 22). Face à une URSS puissante, ils inspireront à R. Reagan le concept d' « Empire du mal » et la nécessité d'agir même en utilisant la force et la guerre pour faire advenir la démocratie et les valeurs libérales américaines (moralité, notamment). Cette notion perdurera à l'effondrement de l'URSS et se transformera en une lutte contre des « empires du mal », constituant le trait d'union entre le mouvement des années 1980 et celui des années 1990-2000. Deux leaders des néo-conservateurs, I. Kristol et R. Kagan théorisent au milieu des années 1990 la politique étrangère sur laquelle G.W. Bush se basera plus tard :

« La remoralisation de l'Amérique sur son propre sol requiert en définitive la remoralisation de la politique étrangère américaine. Les deux découlent de la croyance américaine selon laquelle les principes de la Déclaration d'Indépendance ne sont pas seulement les choix d'une culture particulière mais sont des vérités universelles, permanentes, 'évidentes' » (Kristol et Kagan, 1996 : 31 cité par Demange, 2010 : 311).

Cette posture est qualifiée par P. Hassner de « wilsonnisme botté » (Hassner, Vaïsse, 2003 : 43) ; elle s'inscrit dans le style national de la politique étrangère américaine, et consiste sous l'ère G.W. Bush en une forme d'interventionnisme unilatéraliste de type agressif et fortement emprunt de valeur morale. Avant même les attentats du 11 septembre, Paul Wolfowitz, néoconservateur nommé Secrétaire adjoint d'Etat à la Défense, et dans une moindre mesure, D. Cheney et P. Rumsfeld, portaient l'idée que l'Irak (comme l'Afghanistan) doit se voir

imposer la démocratie de l'extérieur, y compris par la force militaire celle-ci étant considérée comme un reflet de la puissance d'un Etat pour une frange non négligeable des néoconservateurs.

C'est cette idéologie qui après les attentats du 11 septembre va motiver l'intervention militaire de G. W. Bush en Irak et l'aidera à définir non plus un « empire du mal » mais un « axe du mal ». Les Etats-Unis entreront en guerre contre l'Irak (avec l'Angleterre et l'Australie) en mars 2003. Selon O. Mead, le :

« Président Bush [annonce sa proposition pour] une initiative pour combattre le SIDA dans les pays pauvres dans son allocution de 2003 [...], allocution dans laquelle il a également annoncé son intention d'envahir l'Irak. » (2009 :110)

Le plan PEPFAR, marquant le désir de G.W. Bush de s'engager dans la lutte contre le sida, était également conçu pour « sécuriser » les pays d'Afrique considérés comme la base arrière du terrorisme islamique. Ce qu'attestent les propos de S. Rice, du secrétariat d'Etat des Affaires Africaines : « l'Afrique est le ventre mou du terrorisme international »¹⁵⁷ (Intelligence Unit 2002 :1 cité par Carmody, 2005 : 98). La préparation et la formalisation du plan prirent de long mois, mais son annonce fut intimement corrélée à celle de la guerre en Irak :

« De plus, la guerre en Irak approchante, c'était diplomatiquement important de montrer à la communauté internationale que les Etats-Unis s'occupaient de l'Afrique. C'était également, comme l'espéraient les conseillers du Président, une politique pertinente à l'endroit de l'électorat Afro-Américain. » (Berhman, 2004 : 293)

De fait, le programme PEPFAR est présenté au Sénat et à la Chambre des Représentant du Congrès des Etats-Unis en mars 2003, il sera voté deux mois plus tard. La plupart des commentateurs, chercheurs et experts de la politique étrangère américaine, s'accordent pour considérer la politique de G.W. Bush comme unilatérale, en opposition avec le multilatéralisme de B. Clinton. Ainsi, de même que la guerre en Irak est menée sans l'aval, voire contre l'avis de l'ONU, le PEPFAR est un programme bilatéral, mené indépendamment des programmes multilatéraux comme l'ONUSIDA et le Fond Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, créé en 2002. En 2003, ce dernier reçoit, de la part des Etats-Unis, un milliard de dollars prélevé sur les 15 milliards initialement alloués au PEPFAR, soit 7% de leur budget. Quoique ce montant soit loin d'être négligeable, l'existence du PEPFAR, ses lignes directrices constitue le prolongement d'une conception unilatérale de la politique, voire sélective de G.W. Bush (Stein, 2002) : les intérêts américains constituant la boussole, le critère premier pour déterminer le mode d'intervention choisi, « soft » ou « hard ». Cette conception de l'intervention américaine à l'étranger est donc largement portée, influencée voire dictée par les néo-conservateurs.

¹⁵⁷ La traduction est notre fait, la citation exacte est : « *Africa is the soft underbelly for global terrorism* » (Susan Rice, Intelligence Unit 2002 :1 cité par Carmody, 2005 : 98).

III. L'ethos religieux américain : la droite chrétienne et le compassionate conservatism

A. Corten montre que, plus que de nombreux autres présidents américains, G.W. Bush articule religion et politique dans ses discours (et ses programmes), recourant à « une formule choc : “le mal existe” » (2005 : 13). Ces rapprochements visent surtout et avant tout à

« Associer Dieu à l'Amérique. [Ce qui contribue] au renforcement d'une religion nationaliste américaine, qui tend à être présentée comme universelle » (*ibid* : 15)

Et les discours de W.G.W. Bush mettent en lumière le lien entre cette religion de type universel et les valeurs américaines devenues dès lors internationales.

« Le processus [rhétorique] repose sur la répétition de certains couples : bien/mal, civilisation/terrorisme, [...] dignité de la vie/culture de la mort, [...] sécurité/menace, [...] développement/misère, [...] respect des femmes/brutalité envers les femmes, échanges commerciaux/isolement. » (Corten, 2005 : 16)

Dès lors, le fait de présenter dans le même discours la guerre en Irak et le plan PEPFAR participe d'une posture mêlant intimement religion et politique. Cette politique est largement portée par les néoconservateurs (Hassner, Vaïsse, 2003 ; Corten, 2005 ; Mélandri, 2008 ; Vaïsse, 2008) et les valeurs religieuses américaines mais est présentée comme universelle. Ainsi le PEPFAR est-il sous-tendu par des enjeux stratégiques et militaires, en grande partie marqués par l'influence des néoconservateurs. Mais d'autres valeurs portées par le PEPFAR, comme la culture du « droit à la vie », et les *Armies of compassion* que sont les FBO, ne sont guère leur fait. La promotion de l'abstinence et l'implication des congrégations religieuses sont bien plutôt le fait d'une autre mouvance, tout aussi délicate à circonscrire mais nettement visible : la droite chrétienne.

III.1. La droite chrétienne pour des vertus et une morale puritaines

La droite chrétienne émerge à partir des années 1970. C'est à partir de cette période qu'une partie des chrétiens conservateurs se politisent et se rassemblent en un mouvement plus qu'un parti, dont le poids ne cessera de croître, jusqu'en 2008. Ce groupe eut un poids important pour l'élection de R. Reagan en 1980 et c'est sur ce même groupe que, en 2000, G.W. Bush s'appuya pour gagner les élections (il représentait entre un tiers et la moitié de son électorat). M. Ben Barka qui étudie ce mouvement depuis les années 1990, définit la droite chrétienne comme

« Une coalition ultraconservatrice réunissant, en vue d'une action politique commune, une mosaïque de mouvements politico-religieux, d'associations centrées sur les questions morales et familiales et de groupes de pression. Ces groupes disparates se mobilisent contre les mutations profondes qu'a connues la société américaine depuis la Seconde Guerre Mondiale et qu'ils jugent préoccupantes » (2008 : 40)

III.1.a. Les années 1960 : terreau fertile pour le développement de la droite chrétienne

La Seconde Guerre Mondiale constitue une étape particulière pour ce mouvement. La plupart des commentateurs, spécialistes et chercheurs intéressés par la question de la religion aux Etats-Unis sont unanimes pour situer l'origine de la montée en puissance de la droite chrétienne américaine dans les années 1920. C'est-à-dire qu'ils la considèrent comme une réaction à la sécularisation croissante de la société américaine entamée à cette période (Richet, 2002 ; 2003; Ben Barka 1996 ; 2008 ; Mélandri 2008).

Deux mouvements concourent à un éloignement du religieux au début du siècle. Le premier est l'éclatement des appartenances religieuses. En effet, l'arrivée de nouveaux migrants et la montée en puissance des catholiques et des juifs ont conduit à la dissolution de l'appartenance religieuse traditionnelle protestante, débouchant sur le fameux *melting pot* américain. Le deuxième événement est la mise en place du New Deal par F.D. Roosevelt en 1933 faisant de l'Etat le garant du bien-être des citoyens à travers le célèbre *Welfare State* (Richet, 2002 ; Mélandri 2008). Après la Deuxième Guerre Mondiale, la lutte contre le communisme rassemble les confessions reléguant les dissensions et les tensions à l'arrière plan (Richet, 2001 : 118-120). Cette configuration particulière aboutit au retrait de la religion au sein de la sphère privée et à l'élection du premier (et unique) président catholique J.F. Kennedy en 1960. Cet événement marque la « tolérance croissante » (*ibid*: 118) vis-à-vis des autres congrégations religieuses et assoie la prééminence de la séparation entre religion et état. D'autres faits, auxquels le développement économique participe, témoignent de ce même mouvement. Ainsi, l'interdiction de la prière dans les écoles publiques (jugement établi par la Cour Suprême des Etats-Unis en 1962, *Engel v. Vitale*) est un autre signe d'une attention à la séparation de l'Eglise et de l'Etat. L'autorisation du recours à la contraception orale (l'affaire juridique opposant *Griswold* contre l'Etat du *Connecticut*, en 1965) ainsi que la libéralisation du droit à l'avortement (*Roe v. Wade*, 1973), rendent compte d'une plus grande libéralisation des mœurs. Tous ces événements instituaient « une morale et une culture postmodernistes » (Mélandri 2008 : 193). Enfin, la croissance économique et le développement de l' *American Way of Life*, charriant les « “contradictions culturelles du capitalisme” » (Bell, 1976) et plus précisément du consumérisme » (Mélandri, 2008 : 193), ont fait le lit de maints mécontentements. Cette libéralisation croissante des Etats-Unis fut en outre dénoncée par les néoconservateurs.

Le développement de la droite chrétienne s'appuie sur ce phénomène ainsi que sur une mutation du religieux, observé en Amérique du Nord comme en de nombreux autres contextes (Richet, 2003). Dans les années 1960, le protestantisme

« Connaît une recomposition interne allant dans le sens d'une importance accrue des dénominations et un relatif déclin des Eglises protestantes “libérales” » (Ben Barka, 2004 : 58)

Parmi ces sectes protestantes, une eut un poids certain et décisif : l'évangélisme. Ce courant se sépara de ses branches les plus radicales : les “conservateurs” adepte du créationnisme (négation de l'évolution), d'un côté et les “libéraux” de l'autre. C'est de cet épurement, effectué entre les années 1920 et 1940, qu'est né le néo-évangélisme. Un autre changement

survint, il porte moins sur le contenu théologique évangélique, que sur le mode de présentation : les nouvelles technologies, la télévision d'abord (puis internet dans les années 1990) devinrent les supports de diffusion des messages évangéliques. Parmi les personnages les plus représentatifs de ce mouvement on trouve le pasteur Billy Graham dont le rôle auprès de différents présidents américains a été étudié par S. Fath (2004). Appartenant à la même mouvance, Jerry Falwell est un personnage central de la droite chrétienne ; il met en place à la fin des années 1970, un « lobby politico religieux » très influent (Ben Barka, 2008 : 40) appelé *Moral Majority*. Pourtant, et ce revirement est très intéressant pour la suite de notre propos, au milieu des années 1960 :

« Jerry Falwell fit un sermon resté célèbre, “Des pasteurs et des marches”, dans lequel il déclara que la principale mission des hommes d’Église était de se préoccuper du salut de l’âme et non des affaires politiques et sociales. » (Ben Barka, 2004 : 62)

Quelques années plus tard, il fit « volte-face en basculant de toutes ses forces dans l’activisme politique », déclarant qu’un « bon chrétien » devait désormais s’engager politiquement, et agir en politique « au nom de sa foi » (*ibidem*). Dès lors, l’engagement des chrétiens conservateurs, voire ultraconservateurs ne se démentira plus et ira même croissant jusqu’en 2004, date la deuxième élection de G.W. Bush à la présidence des Etats-Unis.

III.1.b. Une idéologie morale puritaine ultraconservatrice

Leur poids témoigne et s’appuie sur les conceptions plus largement partagées au sein de la société américaine. En effet, et comme il a été précisé plus avant, l’individualisme est une valeur prégnante qui conduit de nombreux américains à vouloir limiter les interventions de l’Etat, sa place et son poids manifestes, notamment à travers les aides sociales, la prise en charge médicale et la lutte contre la pauvreté. Outre Atlantique, cette conception a de quoi surprendre, mais elle est couplée et s’articule à la valeur travail. La prise en charge étatique est pour beaucoup synonyme de paresse, d’un manque de volonté minant non seulement l’individu, mais également la société américaine dans son ensemble. D’un point de vue évangélique, l’individu est « l’unité de base de la société » de là, « découle leur conception de la morale : celle-ci est d’abord individuelle avant d’être collective » (Ben Barka, 2004 : 58)

« Pour eux, c’est l’ensemble des comportements individuels qui détermine tout changement de la société. Il n’est donc guère de changement sans régénérescence spirituelle. » (Ben Barka, 2004 : 58)

De même, pour les Pères Fondateurs – qui selon S. Fath (2004) et I. Richet (2001) étaient plus déistes qu’évangélistes, calvinistes – l’adhésion à une religion, à « des valeurs religieuses interprétées essentiellement en termes éthiques » (Richet, 2001 : 103) garantissait contre « la corruption et les égoïsmes individuels » (*ibidem*).

« Ainsi dans leur vision, ce n’est pas le gouvernement qui produit des citoyens moraux mais des citoyens moraux – et par ailleurs, économiquement indépendants – qui contribuent à préserver la démocratie » (*ibid* : 103-104)

Si la (trop grande) place de l’Etat est un thème récurrent des conservateurs, néo-conservateurs et de la droite chrétienne, cette dernière s’est, en partie, regroupée sur la défense d’autres aspects.

« Les premiers mouvements [...] s’opposent en particulier à la sécularisation croissante de la sphère publique, à l’évolution des mœurs et au changement de la place des femmes dans la société, [ils] tentent de mobiliser leurs fidèles et, au-delà toute la mouvance évangélique, pour la réintroduction de la prière dans les écoles, contre la législation de l’avortement et de l’*Equal rights amendment* proposant d’inscrire dans la constitution les droits égaux des femmes, contre les droits civiques des homosexuels. » (Richet, 2003 :15)

Ainsi, c’est le retour à des valeurs conservatrices traditionnelles qui constitue la ligne de rassemblement de cette mouvance. C’est autour d’elles que certains prédicateurs ont réussi à rallier de nombreux autres courants chrétiens pour fonder la droite chrétienne (Ben Barka, 2003 ; Richet, 2003). Sur ce front, les chrétiens ultra-conservateurs ont marqué plusieurs points. En 1973, la parution du jugement *Roe v. Wade* établi par la Cour Suprême des Etats-Unis, « étendait aux femmes un droit à l’intimité en matière de décision relative à l’avortement » (Merchant, 2005 : 78). Cependant, comme le note J. Merchant, dès le milieu des années 1970, plusieurs amendements, et diverses contraintes financières (non remboursement ou non prise en charge médicale des avortements par les Etats) ont largement remis en cause cet arrêt et donc cette liberté, au nom dans certains cas de la protection du « droit à la vie ». Ces restrictions, et retours en arrière ont été, pour partie, le fait du *lobby* ou groupe *pro-life*, porté par les Eglises fondamentalistes catholiques et protestantes existant depuis la fin des années 1960 (Merchant, 2005 : 128).

III.1.c. Le *pro-life* et l’abstinence : les marques d’une supériorité morale

Ces mouvements de remise en cause de la législation quant au droit (et à la prise en charge) à l’avortement sont tissés des même fils que les campagnes pour la promotion de l’abstinence avant le mariage, la lutte pour le respect de la famille au sens chrétien du terme, et pour la restriction de la sexualité au sein du mariage hétérosexuel (Greslé-Favier, 2009). C. Greslé-Favier montre que la rhétorique américaine, et plus précisément de G.W. Bush en faveur de la promotion de l’abstinence avant le mariage s’inscrit dans un courant prenant racine dans le protestantisme tel qu’il est présent à l’origine de l’apparition des Etats-Unis (2009 : 1-17). Depuis les années 1970, et là encore en réaction à la libération sexuelle, puis à l’arrivée du sida dans les années 1980, les conservateurs représentés par la droite chrétienne, ont été le moteur de changements importants quant à la sexualité des jeunes, si bien qu’

« Aujourd’hui, la plupart des écoles américaines enseignent l’abstinence, que ce soit à travers les programmes “abstinence uniquement” – qui promeuvent l’abstinence sans fournir d’informations sur la contraception et l’avortement excepté pour mentionner leurs failles et leurs conséquences potentiellement négatives – ou les programmes “abstinence plus” qui privilégient l’abstinence et donnent des informations sur la contraception et l’avortement, ceux-ci sont écartés par la plupart des chrétiens conservateurs au motif qu’ils “ne prônent pas du tout l’abstinence »¹⁵⁸. (2009 : x)

De manière plus générale, cette auteure montre que la promotion de l’abstinence fait partie d’un agenda plus large des conservateurs mettant l’accent sur les valeurs familiales, le créationnisme et la culture de la guerre, soit un interventionnisme au nom de la démocratie et

¹⁵⁸ Traduit par nous-même.

de la morale chrétienne. Et cette tendance, manifeste à l'accession au pouvoir de G.W. Bush, pris une ampleur considérable. En effet, dès le début de son mandat, il s'oppose à l'avortement, et défend publiquement l'idée du « droit à la vie ». Vie qui, dans ses discours, est

« Conférée par Dieu et garantie par la Constitution est sacrée et n'est ni du ressort de la Cour [Suprême] ni du gouvernement » (*ibid*: 64).

L'auteure ajoute qu'après les attentats du 11 septembre, G.W. Bush tient un discours rendant sa position beaucoup plus explicite :

« Les enfants non-nés devraient être accueillis dans la vie et protégés par la loi. Le 11 septembre, nous avons clairement vu que le diable existe dans ce monde, et qu'il n'accorde aucune valeur à la vie. [...] Maintenant nous sommes engagés dans un combat contre le diable et la tyrannie pour préserver et protéger la vie » (G.W. Bush cité par Greslé-Favier, 2009 : 64)

Ainsi, et comme le note C. Greslé-Favier,

« Dans ce passage, G. Bush définit le terrorisme et l'avortement comme allant tous deux contre ce qu'il appelle “ la culture américaine de la vie ” » (*ibidem*).

Dans plusieurs de ses discours de G.W. Bush oppose cette “culture de la vie” à la « culture de mort », de même qu'il oppose la sécurité à la menace (Corten, 2005 : 16), lui permettant d'ériger les valeurs américaines en valeurs universelles (*ibidem*). En 2003, cette défense du « droit à la vie » se manifeste aux Etats-Unis à travers une restriction des conditions et des techniques d'avortement :

« George W. Bush a signé une loi, votée d'abord aux deux Chambres du Congrès, qui interdit une méthode chirurgicale spécifique d'« avortement tardif » (*partial-birth abortion*), consistant en un avortement par naissance partielle (ou par « dilatation et extraction) sur un fœtus de plus de trois mois. En avril 2007, la Cour suprême a confirmé la constitutionnalité de cette loi. » (Ben Barka, 2008 : 46)

G.W. Bush n'est pas revenu sur l'arrêt légalisant l'avortement, mais il empêcha les recherches sur les cellules souches, et soutint les amendements qui interdisait le mariage homosexuel, mesures qui réjouissent la droite chrétienne (*ibidem*). C. Greslé-Favier montre que la condamnation de l'avortement va de pair avec l'absence de légitimité des relations sexuelles hors mariage (2009 : 65).

Ainsi, la droite chrétienne inquiète du déclin moral et du chaos social (Irvine, 2002 : 65), mis en place une rhétorique ainsi que des croisades *pro-family* (retour à la famille traditionnelle, lutte contre la pornographie, les homosexuels, le féminisme), et *pro-life* fort effectives qui réussirent admirablement à étendre l'idée que pour les jeunes (non mariés), seule l'abstinence permettait d'éviter les grossesses non désirées ainsi que l'infection au VIH et aux autres IST. L'idée de défendre l'abstinence avant le mariage est donc apparue dans les années 1960-70. A partir des années 1980, elle s'est considérablement développée, grâce à la montée en puissance de la droite chrétienne et de la présidence du républicain R. Reagan, jusqu'à atteindre dans les années 1990, « un statut hégémonique » (Greslé-Favier, 2009 :x). Si bien qu'

« En 2006, une revue de la politique et des programmes américains promouvant l'abstinence et l'abstinence uniquement [voire plus haut pour des précisions quant à la

distinction entre les deux] publiée dans le *Journal of Adolescent Health* établit qu'en 2000 :

«92% des collégiens [junior and middle high school] et 96% des lycéens [high school] considéraient que l'abstinence était le meilleur moyen d'éviter une grossesse, le VIH et les autres IST. Seulement 21% des collégiens et 55% des enseignants du collège pensaient au port correct du préservatif. Entre 1988 et 1999, est apparu un sévère déclin des professeurs supportant l'enseignement autour de la pilule contraceptive, l'avortement et l'orientation sexuelle. [...] Par exemple, en 1999, 23% des enseignants en éducation sexuelle du secondaire pensaient que l'abstinence est le seul moyen de prévenir les grossesses et les MST, en comparaison, en 1988, ils n'étaient que 2% à le penser. En 1999, un quart des professeurs d'éducation sexuelle disent s'être vu interdit de fournir un enseignement à propos de la contraception” (Santelli et al. 2006 : 77)¹⁵⁹. » (Greslé-Favier, 2009 : x)

La conclusion de C. Greslé-Favier rend compte, mieux que nous ne le pourrions, de l'étendue et des implications de la promotion de l'abstinence aux USA :

« L'abstinence est une valeur qui se fonde plus qu'aucune dans l'agenda des chrétiens conservateurs. Incidemment, le discours pro-abstinente est un véhicule privilégié pour promouvoir une conception du monde chrétienne conservatrice. Mieux encore, ce discours appuie et renforce une vision conservatrice de la société basée sur un réseau de relations hiérarchiques qui placent certains individus, pratiques et valeurs au-dessus des autres. Ces relations de domination concernent : les hommes sur les femmes, et au sein de la famille, du père sur son épouse et leurs enfants, la domination des adultes, et plus spécifiquement des parents sur les enfants ; la supériorité morale et sociale des individus chastes sur les personnes pratiquant la promiscuité, et sur le mariage hétérosexuel traditionnel sur la cohabitation ; la supériorité émotionnelle et morale de la sexualité et de l'amour maritaux sur les autres types de relations sexuelles et émotionnelles ; l'infériorité morale des “underclass” [socialement déclassés] et finalement, la supériorité des “valeurs traditionnelles américaines” de travail, famille et d'implication religieuse » (2009 : 235).

La tendance de la droite chrétienne à politiser une problématique sexuelle et plutôt privée, à s'investir dans le champ de la sexualité, est dénommée par J. M. Irvine « la sexualisation des Chrétiens évangéliques » (2002). Ce courant de pensée a donc de toute évidence été exporté et a été essaimé grâce au PEPFAR de par le monde et notamment dans les quinze pays bénéficiant du programme américain ; nous y reviendrons dans le prochain chapitre.

III.2. Le *compassionate conservatism* et les Faith Based Organizations (FBO)

La politique de G.W. Bush fut largement influencée par une partie de son électorat appartenant à la droite chrétienne et au courant des néo-conservateurs (Whitfield, 2011). Une autre des conséquences de cet appariement, se donne à voir dans le programme fondé sur l'idée d'un *compassionate conservatism*, que l'on peut traduire en français par “conservatisme compatissant”. Ce programme vise l'implication croissante des congrégations religieuses dans la prise en charge et l'aide aux pauvres délivrées habituellement par l'Etat et

¹⁵⁹ Ce passage et le suivant ont été traduits par nous-même.

les Etats fédéraux. Les subventions accordées par USAID à l'EOTC dans le cadre de la lutte contre le sida en 2004 sont directement issues ou calquées sur cette idée mise en œuvre à l'échelle nationale avec plus ou moins de succès comme nous l'avons déjà établi (Pipes, Ebaugh, 2002 ; Oueslati, 2006 ; Hermann, 2009 ; Djebali, 2010 ; 2011). Ces congrégations religieuses, ou FBO n'avaient, pour certaines, pas vocation à recevoir les subventions étatiques publiques, elles se sont vues proposées des appuis techniques et organisationnels leur permettant de participer à des appels d'offre en concurrence avec des associations moins religieusement inscrites. Cette situation entre dès lors en contradiction avec le premier, et dans une moindre mesure avec le sixième article ou amendement de la Constitution des Etats-Unis, ou *Bill of Rights* – texte, nous l'avons vu, fondateur s'il en est :

« Le Congrès ne fera aucune loi pour conférer un statut institutionnel à une religion »
(1^{er} article)

et

« Aucune profession de foi religieuse ne sera exigée comme condition d'aptitude aux fonctions ou charges publiques sous l'autorité des Etats-Unis » (6^{ième} article)

Avant de présenter plus en détail la manière dont ces congrégations religieuses devaient assurer ce qu'en France on appelle des missions de services publiques, un rappel succinct de l'aide sociale aux USA, après la mise en place du *New Deal*, permettra de mieux comprendre les enjeux, et le tournant que cette implication des FBO représente.

En réponse à la grande dépression de 1929, F. D. Roosevelt, dans la première moitié des années 1930, transforma la politique économique du Gouvernement, la faisant passer d'un libéralisme traditionnel à un interventionnisme que les spécialistes (journalistes, historiens et politistes) s'accordent pour qualifier de novateur et d'audacieux à travers la création du *New Deal* instaurant la Grande Société. Ces programmes (selon les auteurs, F.D. Roosevelt créa deux ou trois *New Deal* successifs) aboutirent à l'avènement de l'Etat Providence américain, ou *Welfare State*, fait de retraite, d'aide aux fermiers, d'assurance sociale et de chômage, d'appui aux syndicats, et de politique des grands travaux permettant de résorber le chômage et une partie de la pauvreté. Le succès économique de ces plans fut relatif, mais il redonna confiance aux Américains. Au milieu des années 1960, le président L.B. Johnson succédant à J.F. Kennedy pris modèle sur la politique sociale de F.D. Roosevelt pour « lutter contre la pauvreté » et créa les Medicaid (assurance retraite) et Medicare (assurance santé), et mit également un terme à la ségrégation raciale. Son successeur, R. M. Nixon impulsa une première évolution à ce système d'assurance sociale, en instaurant le *Workfare* pour le *welfare*, « c'est à dire la subordination de tout ou partie de l'assistance publique à des mesures actives » (Oueslati, 2006) revenant dès lors à un programme basé sur le *self-help* (*ibidem*) plus conservateur et plus économiquement libéral. P. Mélandri constate que les Etats-Unis étaient, jusque dans les années 1970-80, « une société de classes moyennes » (2008 : 190), qui bénéficiaient de cet Etat Providence.

Si, à la fin des années 1970, J. Carter ne modifiera guère le *welfare state*, malgré la crise pétrolière, tel ne fut pas le cas de R. Reagan. Il revient à ce président d'inaugurer réellement la « révolution conservatrice » telles que certaines de ses composantes ont été présentées précédemment. R. Reagan, donnant corps à cette tendance, favorisa l'esprit d'entreprise et l'idée selon laquelle « "l'Etat n'est pas la solution, il est le problème" » devint la doxa de la politique américaine » (*ibid* : 193). Il réduisit les budgets de certains programmes sociaux, et

démantela deux agences représentant les plus démunis (Oueslati, 2006). Pour autant, il ne parvint pas à remettre en cause le *welfare state*, et sa première tentative suscita un tollé général (Mélendri, 2008 : 192). En 1994, B. Clinton, président démocrate, eut à faire à un sénat majoritairement républicain, fait nouveau depuis 1952. Il est réélu, mais actant de la « droitisation » générale de la société, il mit en route la première réelle réforme du *welfare state* en 1996. Celle-ci porte le nom de *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act* (PRWORA). Et d'après P.-J. Ulysse et F. Lesemann

« Les enjeux de la réforme du *Welfare* relèvent autant du redressement moral de la nation américaine que d'une tentative pour imposer l'hégémonie du marché. » (1997 : 138)

Cet acte limite désormais l'éligibilité des migrants légalement établis et met l'accent sur la responsabilité individuelle et l'action au niveau local (Pipe, Ebaugh, 2002 : 49). Instituant un « Nouveau Fédéralisme » (*New Federalism*), l'

« Objectif était de mettre en place un financement sous forme de dotation globale (*Block grant*) qui donnait une large latitude aux États fédérés concernant la définition des critères d'éligibilité des allocataires. » (Oueslati, 2006 : 48)

Par ailleurs, P.-J. Ulysse et F. Lesemann rappellent le contenu largement moral de l'aide sociale. Ainsi, « les Etats pouvaient refuser de verser des prestations [aux mères célibataires] quand le père est inconnu » et « exercer une autorité tutélaire sur [les] enfants » des familles recevant l'aide sociale (1997 : 140-141). Cet encadrement moral des pauvres est une ancienne thématique conservatrice, incarnée par l'idée du *charitable choice* (le « choix charitable »). Reléguée au second plan avec l'instauration de la Grande Société, elle fut remise au goût du jour avec l'avènement de la « révolution conservatrice ». La section du PRWORA l'instituant stipule que les

« Organisations religieuses pouvaient au même titre que n'importe quel fournisseur non-gouvernemental obtenir des contrats publics. Plus spécifiquement, la clause *charitable choice* établissait un statut protégeant le caractère religieux de l'organisation recevant ces fond public, sans diminuer la liberté religieuse des bénéficiaires du programme¹⁶⁰ » (Pipe, Ebaugh, 2002 : 49-50)

B. Clinton inaugura donc, la promotion de la « charité chrétienne », et l'implication d'associations religieuses considérées dès lors comme un constituant « filet de sécurité » (*safety net*) en prenant à leur charge la responsabilité sociétale de venir en aide aux plus défavorisés. Mais il appartiendra à G.W. Bush d'en étendre la portée.

En effet, durant sa campagne électorale, il s'engage à poursuivre les réformes de l'assurance sociale, en mettant l'accent sur un de ses chevaux de bataille de prédilection : *compassionate conservatism* et le *Faith Based Initiative*. Comme le note E. Pipe et F. Ebaugh, les congrégations religieuses assuraient jusque-là, et même avec la mesure prise par B. Clinton, une solidarité privée (2002). Les décrets établis par G.W. Bush s'appuyait sur l'idée du *compassionate conservatism* qui vise à

« Transformer l'assurance sociale, autant que possible en la faisant passer du gouvernement aux diverses organisations religieuses¹⁶¹ » (Oslaky, 2000 : 4)

¹⁶⁰ Traduit par nous-même.

¹⁶¹ Ce passage et le suivant sont notre propre traduction.

M. Oslaki, un des principaux diffuseurs de l'idée, est l'auteur de deux ouvrages (1992 ; 2000) sur ce thème. Le deuxième contient une préface de G.W. Bush qui, parlant de cette idée écrit :

« [Le *compassionate conservatism*] est une approche que je partage. La prospérité ne suffit pas. Le conservatisme doit être le credo [porteur] de l'espoir. » (2000 : xi)

Il s'agit dès lors de subventionner les congrégations religieuses pour qu'elles distribuent elles-mêmes aux pauvres l'aide assortie de « compassion et de rigoureuse discipline » (Oslaki, 2000 : 4). Un encadrement spirituel, compatissant, et bien entendu moral, les amène grâce à l'autodiscipline inspirée par la foi à se changer eux-mêmes. Selon la rhétorique de M. Oslaki, l'aide étant un devoir chrétien, il s'agit, en prenant en charge les pauvres en les aidant, « de servir Dieu » (2000 : 204), non pas seulement en donnant de l'argent mais en offrant un soutien spirituel assorti de sermon chrétien. L'auteur met en avant les nombreuses barrières politiques existantes empêchant les congrégations religieuses, œuvrant à la transformation des dealers de drogues en respectables et pieux citoyens, de recevoir des fonds publics au motif qu'elles prêchent le Christ (*ibid* : 76-80). Il semble que G. W. Bush ait effectivement adhéré au message et l'ait pris en compte.

En effet, dès la deuxième semaine suivant l'installation de son administration à la Maison Blanche, le 29 janvier 2001, G.W. Bush crée le *Faith-Based-Community Initiative*, permettant la création d'*Armies of compassion* qui « valorisant les valeurs spirituelles et morales aux Etats-Unis »

« Apporterait aux pauvres et aux exclus l'amour, l'attention et le réconfort nécessaires. Cette "armée", composée, selon Bush, d'hommes et de femmes habités d'une grande conviction religieuse et d'un altruisme inébranlable, prendrait la place des bureaucrates et des fonctionnaires "insensibles" et "inefficaces" » (Djebali, 2011 : 81)

Comme le rapporte T. Djebali le *White House Office of Faith-Based and Community Initiatives* vise à remettre en cause l'exclusion des *faith-based charities* (des organisations caritatives religieuses) à bénéficier de fonds publics pour leurs activités. Dans le même temps, G.W. Bush crée le *Center for Faith-Based and Community Initiatives* (CFBCI)¹⁶², organisme installé non loin de la Maison Blanche et destiné à améliorer l'effectivité et la capacité des *Faith Based Organizations* (FBO) à fournir un service social de qualité en modernisant leur

¹⁶² <http://www.hhs.gov/fbci/about/index.html>

Notons que la plupart de ces liens ne conduisent plus aux données utilisées ici, depuis 2008, date d'élection de B. Obama. Pendant quelques mois ces liens ont été totalement inactifs, ils renvoient désormais à des pages donnant des informations dans certains cas proches. En effet, B. Obama a repris le principe d'implication des FBO, au nom de la "foi active", (Froidevaux-Metterie, 2009 : 102). Dans d'autres cas, ces liens ne conduisent qu'à des sites officiels (USAID, Maison-Blanche) mais sans rapport aucun avec les pages auxquelles ces liens aboutissaient jusqu'en 2008. Cette situation peut singulièrement compliquer la recherche sur internet. L'absence d'archives référencées a constitué dans notre cas et pour les premières années de notre enquête un obstacle certain à la collecte de matériel. En effet, jusqu'en 2006, nous n'étions pas au fait des possibilités techniques de capture d'écran et d'édition sous format "pdf" des pages consultées, si bien qu'une grande quantité d'information a été perdue. Par ailleurs, et outre ces problématiques liées à la recherche via internet, les transformations des liens, leurs disparitions, la disparition de pages entières de sites officiels (IOCC, White House, etc.) comme nous avons pu en être le témoin à plusieurs reprises, interrogent sur le rapport à la mémoire et à l'archivage sur Internet. Il nous est apparu, mais cette hypothèse serait bien évidemment à vérifier que les organismes puissants et employant des informaticiens dotés d'une grande compétence technique sont tout à fait capables d'effacer leurs « traces », et des informations disponibles précédemment, rendant même délicate la constitution d' « archives », puisqu'on ne sait si ces informations ont été conservées en quelque lieu, les rendant simplement ensuite inexistantes.

capacité organisationnelle (Djebali, 2011: 85) sans pour autant les conduire à renoncer à leur foi. Le CFBCI travaille soit directement soit avec des associations intermédiaires pour faire le lien entre le Gouvernement fédéral et les FBO en offrant à ces dernières une assistance technique et de demande de fond, ces formations étant gratuites (Pipes, Ebaugh, 2002 : 49-51).

Cependant, tant le Congrès que la droite chrétienne se montrèrent non seulement réticents mais parfois même hostiles à ce qui était perçu comme une remise en cause importante de la séparation entre Eglise et Etat. Si les raisons du Congrès semblent assez évidentes (conflit avec le premier amendement de la Constitution ou *Bill of Rights*), celles de la droite chrétienne sont plus étonnantes. En effet, d'après T. Djebali, cette dernière « craignait de voir l'Etat faire main basse sur les organisations évangéliques » et redoutait que cette initiative n'en vienne à « renforcer les organisations religieuses noires et hispaniques » (2011 : 85). Des contorsions sémantiques visaient à rassurer le Congrès quant au fait que seules les dimensions sociales des activités des FBO et non leurs dimensions religieuses voire prosélytes étaient financées. Toutefois, G. W. Bush ne réussit guère à imposer la prise en compte spécifique des FBO en tant que partenaires de l'Etat, et/ou des Etats fédérés, et ce même après le 11 septembre, du moins au niveau national. Il faudra attendre le fiasco étatique et fédéral de la catastrophe sanitaire provoquée par l'ouragan Katrina pour voir les FBO recevoir des subsides conséquents (Djebali, 2011 ; 2011). La situation à l'échelle internationale diffère quelque peu, comme nous le verrons ultérieurement.

IV. Des intérêts politiques, économiques et religieux mêlés

Ainsi, intérêts économiques, valeurs morales, charité chrétienne, compassion et libéralisme économique sont-ils des aspects importants de la politique nationale durant le double mandat de G.W. Bush. Avant de voir de quelle manière il s'incarne en Afrique, nous voudrions terminer ce tour d'horizon par la mise en exergue d'un aspect de la politique américaine analysée par A.-E. Deysine (2008), analyse que J. Faure et P. Mélandri n'hésitent pas à qualifier de « sombre lumière » (2008 : 131).

IV.1. Une dérive du système démocratique américain : les lobbies et les “contre-dons”

La séparation entre Eglise et Etat n'est pas la seule frontière à laquelle G.W. Bush s'est attaquée. A.-E. Deysine montre que dans un mouvement débutant dans les années 1990 et trouvant son apogée sous la présidence de G.W. Bush, les « frontières entre politique et monde des affaires » (2008 : 131) ont pratiquement disparu. Tant les républicains que l'administration de G.W. Bush « se sont systématiquement attaqués aux divers mécanismes de freins et de contrepoids » régulant habituellement le financement des campagnes électorales par le monde des affaires (*ibidem*).

Les dépenses occasionnées par les longues campagnes électorales américaines ont depuis les années 1960 considérablement augmenté (plusieurs milliards de dollars dans les années 2000 contre des millions dans les années 1960 et 1970). Aux Etats-Unis, leur financement est privé

et implique de nombreux acteurs (consultants, publicitaires), institutions (lobby) encadrés par des modes de régulations internes (*checks and balances*, *Federal Election Campaign Act – FECA*, groupes de collecte et de diffusion des informations sur le financement des partis). Sous la pression d’activistes et la mise à jour des différents scandales (ex. le Watergate en 1970), la Cour Suprême a tenté de légiférer le système pour accroître la transparence ; cependant, la multiplication des structures mises en place par la loi

« Accroît l’opacité, et par ailleurs, prouve que lorsque l’argent existe et les besoins également, toute loi sera contournée » (Deysine, 2008 : 133)

Les lobbies comptent parmi les plus anciens et les plus importantes sources de financement des campagnes électorales. Comme le rappelle A.E. Deysine,

« Le terme *lobbying*, apparu en 1808, est d’usage courant au Capitole depuis 1832. Il se limite à l’origine à la défense d’intérêts privés auprès du Congrès par des individus ou des groupes » (*ibid* : 134)

Cependant, depuis la fin du XIX^e siècle, le lobby s’est non seulement institutionnalisé, mais développé de manière importante aidé en cela par « la fragmentation du pouvoir » tant « horizontalement (systèmes de freins et de contrepoids) » que « verticalement (fédéralisme partageant les prérogatives entre niveau fédéral et niveau des fédérés) » si bien que la part de l’argent issu des *lobbies* dans le financement des campagnes électorales, a considérablement augmenté (2,5 milliards en 2006 contre 1,4 en 1998), et depuis 2000,

« Les groupes d’intérêts les plus puissants surreprésentent la bourgeoisie et le monde des affaires (*big business*) aux dépens des autres groupes et au détriment du bien commun. » (*ibid* : 135)

Leur développement repose sur la complexification des lois, la multiplication des centres décisionnels et sur le mode de financement privé des campagnes électorales. De manière schématique, les congressistes ont besoin d’argent et les lobbyistes ont besoin de faire passer des lois en faveur des groupes d’intérêts qu’ils représentent et qui les paient (grassement). Durant la présidence de Bush, se sont développées des « pratiques aussi révélatrices que contestables » qui auraient « coûté plus de 25 milliards de dollars aux contribuables » pour des projets n’ayant pas été débattu et/ou servant « un intérêt uniquement local ou d’un groupe d’intérêts » (*ibidem*). Une de ces pratiques est celle du « tourniquet », quoiqu’ancienne, elle est depuis 2000 en plein développement. Elle consiste pour un ancien

« Membre du Congrès, un de ses assistants ou un membre de l’Administration, à rejoindre, armé de sa connaissance intime [...] de l’institution quittée et bien sûr de son carnet d’adresse, les effectifs d’un cabinet de lobbying dans lequel il percevra un salaire bien supérieur. [...] Depuis 2000, 62% des républicains [...] contre 15 % des démocrates [...] sont devenus *lobbyists*. [...] En 2005, 1300 *lobbyists* seraient ainsi d’anciens membres du Congrès. » (*ibid* : 138)

Une loi votée par les républicains, majoritaires alors à la Chambre des représentants, a permis de restreindre l’accès des démocrates à ce type de « fonction »¹⁶³. Enfin l’auteur termine sa démonstration par un exemple particulièrement « éclairant » :

¹⁶³ A.E. Deysine explique à ce sujet :

« Ces données résultent du projet *K Street* conçu et mis en œuvre par Tom De Lay et les républicains (Continetti, 2006) : l’idée était de profiter de la majorité républicaine dans les deux Chambres pour

« Robert Livingston, représentant républicain de Louisiane, [fut] contraint de quitter le Congrès en 1999 en raison d'allégations sur une liaison extraconjugale. Dès la première année et malgré l'interdiction, il gagne 1,1 million de dollars en dirigeant d'autres *lobbyists* qui, eux, sont en contact direct avec ses anciens collègues. Son cabinet fait rentrer dans ses caisses 40 millions de dollars entre 1999 et 2004. Parmi ses clients, la Turquie, le Maroc, les îles Caïman qui lui ont versé un total de 11 millions de dollars, dont 9 millions pour la seule Turquie. Il est vrai que, malgré le refus de la Turquie de laisser les troupes américaines utiliser le territoire turc en 2003 durant la guerre en Irak, Robert Livingston est parvenu à maintenir les fonds destinés à la Turquie dans le projet de loi de finances. Le même Robert Livingston avait aussi empêché le vote d'un amendement qui aurait officiellement reconnu le génocide arménien de 1915 à 1923. » (*ibidem*)

D'autres alliances frauduleuses furent mises à jour et des scandales éclatèrent, certains impliquaient des membres de la droite chrétienne et plus précisément de la très puissante et riche Christian Coalition for America (CCA), la droite chrétienne.

Plus directement, la CCA joua un rôle important non seulement dans l'élection de G.W. Bush mais également en termes de soutien financier. Ainsi, et selon le même principe de don et de contre don, la droite chrétienne constituée en lobby participa au financement de la campagne présidentielle de 2000. D. Kuo, un des activistes de la droite chrétienne et qui participa activement à la première campagne d'élection de G.W. Bush, révéla que plusieurs *faith based Organizations* obtinrent des subventions directement en fonction de leur participation à la campagne et de leur appartenance à l'administration Washington (2006 : 214 ; Froidevaux-Metteri, 2009). Une des spécificités de ce type de lobby réside dans l'opacité quant à l'origine des fonds. En effet, les organisations religieuses bénéficient d'une exonération fiscale, c'est sur cette base que la Christian Coalition of America fut pendant 10 ans (de 1988 à 1998) exonérée d'impôt. Le magazine Fortune établit qu'en 1997, elle était la 7^{ième} organisation politique la plus puissante des Etats-Unis (Birnbaum, 1997). En 1998, le Internal Revenue Service (IRS) mit fin à cette exonération au motif de son soutien économique aux campagnes électorales et de trop grande intrication entre religion et politique – la CCA distribuait des guides d'électeur directement dans les églises (Edsall, Rison, 1999 ; Russell, 2005). En réponse à cette injonction elle changea de nom et de statut mais ce n'est qu'en 2005, que la CCA et l'IRS parvinrent à un accord de paiement. Une des conséquences idéologiques est potentiellement une collusion encore plus importante entre le religieux et le politique, qui nous le verrons éclairent certains aspects des partenariats du PEPFAR manifeste notamment avec une ONG affiliée à la droite chrétienne, Samaritan's Purse, dirigée par le Franklin Graham (Fath, 2007), fils aîné du « pape protestant », comme l'appelle S. Fath, Billy Graham (2002).

Cette plongée dans la politique intérieure américaine sous le mandat de G.W. Bush rend compte de la permanence de certains traits, et de la spécificité du premier mandat de ce président. Une de ses principales caractéristiques est l'influence importante des néoconservateurs et de la droite chrétienne. Les premiers ont imprimé à la politique extérieure menée par G. W. Bush ce que Hassner appelle un « wilsonnisme botté » (2003) soit une forme d'interventionnisme déterminé, voire « musclé » sous-tendu par l'idée que la stabilité

refuser aux législateurs l'accès aux cabinets de *lobbyists* qui recruteraient des démocrates. » (2008 : 138)

du monde assurera la prospérité et la paix aux Etats-Unis soit préservera les intérêts américains. L'influence de la droite chrétienne est sensible dans les valeurs prônées : le *compassionate conservatism* et l'implication des FBO, la défense du droit à la vie et l'encadrement moral. Ces valeurs sont également sous-tendues, arrimées, à un ordre social qui perpétue et fonde la domination sur les femmes, les jeunes et les enfants. C'est sur ces bases et avec le souci permanent des Etats-Unis à la protection de leurs intérêts que le PEPFAR a été pensé et mis en place, et nous allons voir que ce dernier point est sensible dans le choix même des pays bénéficiaires dès 2003.

IV.2. Le choix des pays : des facteurs et des intérêts variés

Le 27 mai 2003, jour de signature du PEPFAR par le Sénat et la Chambre des représentants du Congrès des Etats-Unis, G.W. Bush déclare :

« Nous avons une longue tradition de générosité au service de l'humanité. [...] Les États-Unis d'Amérique ont le pouvoir et la responsabilité morale d'aider. »¹⁶⁴

Si les allégations du Président quant à la générosité américaine ne sont pas fausses, elles sont bien entendues sous-tendues par de nombreuses autres considérations. E. Demange établit que les 15 pays bénéficiaires ont été choisis selon trois critères. Le premier est l'urgence que représentait l'épidémie au VIH, les pays récipiendaires

« Doivent compter un nombre important de séropositifs (afin de remplir l'objectif de 2 millions de personnes traitées) » (2010 : 293).

La présence préalable dans le pays bénéficiaire d'agences USAID et du *Center Disease Control* (CDC) organe dépendant et/ou affilié à *Department of Health and Human Services* l'équivalent du Ministère de la santé des Etats-Unis, constitue un autre critère, car il permettrait de

« De faciliter la mise en œuvre rapide du programme, et montrer une volonté réelle de remplir les objectifs chiffrés (Patterson, 2006 : 141-142). » (*ibidem*)

L'auteur dégage un troisième critère : l'existence d'infrastructures sanitaires autorisant un déploiement des traitements et des actions de prévention rapide afin de satisfaire les exigences chiffrées fixées (500 000 PVVIH sous traitement en 2004 comme indiqué précédemment) par le Congrès et le Sénat :

« D'après des agents de l'USAID en Ouganda, l'existence de structures (hôpitaux, tissu d'ONG...) permettant de déployer rapidement les fonds alloués par le PEPFAR était aussi l'un des critères de sélection des pays bénéficiaires et du montant alloué à chacun (Burns et Regan, entretien, 2005). L'exigence de rendre des comptes aux citoyens sur l'utilisation des fonds ainsi que sur les résultats obtenus façonnent donc en partie le PEPFAR. » (*ibidem*)

Une attention à la géopolitique américaine telle qu'indiquée par différents politistes, révèle un quatrième critère fondé sur l'intérêt économique national américain, thématique récurrente

¹⁶⁴ G.W. Bush, "Remarks by the President on the Signing of H.R.1298, the U.S. Leadership Against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Act of 2003", *Dean Acheson Auditorium, U.S. Department of State*, May 27 2003. <http://www.whitehouse.gov/news/releases/2003/05/20030527-7.html>

dans l'histoire des nations. Sur ce point, trois éléments entrent en ligne de compte : le pétrole, la lutte contre le terrorisme et l'accès aux gisements de minerais précieux (or, diamant, platine, manganèse, cobalt, etc.). Un grand nombre d'auteurs ont mis l'accent sur l'importance du pétrole dans l'économie américaine (Klare, 2002 ; Servant, 2003 ; Leriche, 2003 ; Rogalski, 2009). M. Rogalski rappelle qu'aujourd'hui l'Afrique fournit 15 % du pétrole américain et ce chiffre devrait passer à 25 % d'ici une dizaine d'années ; inversement, la moitié du pétrole produit en Afrique est exporté aux Etats-Unis (2009 : 100). Le pétrole en provenance du Moyen-Orient a perdu depuis quelques années, pour des raisons stratégiques et au regard des doutes concernant leurs réserves, son statut de premier fournisseur (*ibidem*). Dans ce cadre, les pays comme le Nigeria, la Côte d'Ivoire et dans une moindre mesure la Guyane, dont les réserves pétrolières sont établies à défaut d'exploitées, constituent des partenaires futurs ou présents que les USA ont intérêt à ménager (*ibidem*).

M. Rogalski montre que l'intérêt porté par les Etats-Unis à l'Afrique se concentre autour de « quatre zones sensibles ». La première de ces zones est :

« La Corne de l'Afrique où l'objectif est de contrer le rayonnement de l'islam radical qui prospère sur des zones déshéritées. Adossé à la base de Djibouti, il s'agit de mobiliser une coalition d'États (Éthiopie, Érythrée, Rwanda, Ouganda, Kenya) pour isoler deux cibles, le Soudan et la Somalie. » (2009 : 97)

Nous avons rappelé ailleurs que l'Éthiopie, eut égard à sa position géographique et à sa stabilité politique (démocratie toute relative, mais qui paraît complaire à maints Etats), avait acquis le statut d'Etat « pivot » (Leriche, 2003 ; Hermann, 2009). La situation politique de l'Érythrée l'exclut des potentiels partenaires américains : Issayas Afeworki, son président actuel y a établi une dictature brutale (Carayol, 2010). Quant à Djibouti, le faible nombre d'habitants justifie en partie son absence, plus ou moins contrebalancée par l'existence de programmes de prévention le long du corridor éthio-djiboutien, espace de transit d'un grand nombre de marchandise et de personnes (dont des Ethiopiens émigrants à Djibouti) (PEPFAR Ethiopia, 2008). Les deux autres zones sont :

« (1) L'Afrique australe qui représente un potentiel de richesses indispensables aux États-Unis (notamment des métaux rares et précieux comme le platine, le chrome, le manganèse, l'or) et qui constitue une zone de passage essentielle pour l'économie occidentale (flux de marchandises et de pétrole).

(2) Le golfe de Guinée pour ses pays pétroliers importants : Nigeria, Angola. » (Rodalski, 2009 : 97)

Rappelons que parmi les 15 pays bénéficiaires du PEPFAR, six se trouvent en Afrique Australe, soit un large tiers, il s'agit de : l'Afrique du Sud, du Botswana, du Mozambique, de la Namibie, de la Tanzanie et de la Zambie. Il apparaît dès lors que la question la plus pertinente n'est pas pourquoi ces pays reçoivent l'aide américaine dans le cadre de la lutte contre le sida, mais bien plutôt pourquoi l'Angola et le Zimbabwe n'ont pas été inclus au programme dès 2004¹⁶⁵. Il est vrai que le Président Mugabe n'est pas un partenaire des plus fréquentables, et que la paix n'est pas souveraine en Angola. Mais les colombes de la paix semblent également s'ingénier à éviter soigneusement le Nigeria, qui pourtant accueille le

¹⁶⁵ A partir de 2007, ils recevront tous deux des soutiens financiers et techniques voir pour l'Angola :

<http://www.pepfar.gov/countries/angola/index.htm>

et pour le Zimbabwe: <http://www.pepfar.gov/countries/zimbabwe/index.htm>

PEPFAR et USAID. L'explication résiderait-elle plutôt pour l'Angola dans le taux de prévalence de 2% et 200 000 PVVIH (ONUSIDA, 2012¹⁶⁶), trop peu pour justifier un plan d'urgence ? Les réserves pétrolières y seraient-elles moindres qu'au Nigéria ? Quoiqu'il en soit, l'Angola se contente d'un accord commercial privilégié avec les Etats-Unis faisant suite à une longue ingérence militaire après la chute de l'URSS (Rodalski, 2009 : 91 ; 99). La dernière zone sensible est le Sahel :

« Qui est apparu comme une zone d'expansion des groupes salafistes se réclamant d'Al Qaïda. Les États-Unis suscitent une coordination des pays riverains concernés (Algérie, Mali, Niger, Tchad) pour sécuriser cette région de contrôle difficile et de surcroît traversée de populations migrantes. » (*ibid* : 97)

Les séroprévalences nationales de ces quatre pays varient entre 3,4 % (Tchad) et 0,2 % (Niger) ; le nombre de personnes infectées ne dépasse que rarement 200 000 (ONUSIDA 2012¹⁶⁷). Comparé aux situations de la Côte d'Ivoire (3.4% et plus de 400 000 PVVIH) ou à celle du Kenya (séroprévalence de 6.3% et 1.5 millions de personnes infectées), le Sahel paraît (très) relativement épargné par la pandémie, situation qui l'exclut de fait du programme d'urgence américain contre le sida.

Enfin, le Vietnam était inclus jusqu'en 2004 ; il fut remplacé ensuite par le Cambodge. Le Vietnam, le Cambodge et Haïti sont (ou ont été) les autres récipiendaires principaux du plan de lutte contre le sida américain. Il nous semble que le passé commun entre USA et Vietnam et les relations entre Haïti et les Etats-Unis ont sensiblement pesé dans la balance.

G. Behrman établit qu'en novembre 2002, G.W. Bush devint conscient de la place que devaient à l'avenir jouer le pétrole provenant d'Afrique (2004 : 292). Cet auteur met explicitement en parallèle l'imminente guerre en Irak et le PEPFAR :

« De plus, la guerre en Irak approchante, c'était diplomatiquement important de montrer à la communauté internationale que les Etats-Unis s'occupaient de l'Afrique. C'était également, comme l'espéraient les conseillers du Président, une politique pertinente à l'endroit de l'électorat Afro-Américain. » (2004 : 293)

Le plan était encore en cours d'élaboration lorsqu'une équipe de conseiller organisa une réunion de travail avec des différents experts. Parmi ces derniers, deux parent, nous pensons, jouer un rôle important dans l'intégration dans le PEPFAR de Haïti : le médecin et anthropologue P. Farmer et le médecin J.W. Pape (Behrman, 2004 : 293). Les travaux de P. Farmer sur le sida en Haïti sont en effet largement connus (Farmer, 1996).

Il apparaît donc que le choix des pays bénéficiaires du PEPFAR par la Maison Blanche est une congruence de plusieurs facteurs, mêlant bien évidemment la générosité, mais également la visibilité de l'aide, la possibilité d'obtenir des résultats chiffrés rapidement, la rapidité de mise en œuvre, les enjeux diplomatiques ainsi que les intérêts stratégiques et économiques propres des (et aux) Etats-Unis.

Ainsi, le choix de l'Ethiopie comme pays récipiendaire du PEPFAR est-il alimenté par ces considérations. Plus précisément, et comme nous l'avons montré ailleurs (Hermann, 2009), la stabilité politique de l'Ethiopie lui a conféré le statut d'« Etat-pivot » (Leriche, 2003 ; *ibidem*). En outre l'ancienneté de l'amitié Ethio-Américaine (chapitre 3 section V.2) a jeté les

¹⁶⁶ <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/tools/aidsinfo/countryfactsheets/>

¹⁶⁷ Voir note précédente.

bases de ce partenariat. Par ailleurs, quelque temps après la mise en place du programme PEPFAR, Meles Zenawi déclara la guerre à la Somalie aux mains des Tribunaux Islamistes le 24 décembre 2006 (Teklu, 2006). G. Prunier intitula un de ses articles sur le sujet « Liaisons dangereuses de Washington et Somalie » paru quatre mois plus tôt dans le Monde diplomatique (septembre 2006). Il y relate tant la situation en Somalie que les relations entre l’Ethiopie et Washington qui aboutirent à la déclaration de guerre de l’Ethiopie à la Somalie (Prunier, 2006). Quelques jours plus tard, en janvier 2007, les Etats-Unis bombardèrent en Somalie, ce qu’ils considéraient comme un camp de terroristes affiliés à Al-Qaïda. Il apparaît donc que la situation en Ethiopie exemplifie parfaitement les éléments mis à jour dans cette dernière section.

CHAPITRE XI

PEPFAR-USAID face au Gouvernement éthiopien et à l'EOTC contre le sida

Ce chapitre est dédié à l'analyse de la mise en place en Ethiopie du programme PEPFAR et à ses conséquences tant pour le Gouvernement éthiopien que pour l'EOTC. Nous verrons la manière dont certains des aspects, notamment l'importance des intérêts américains, mis en lumière dans le précédent chapitre sont sensibles et structurent les actions du PEPFAR localement. Nous avons vu que l'épidémie au VIH, les incitations du Gouvernement éthiopien et des instances internationales à impliquer les FBO, puis les subventions américaines ont constitué pour l'épiscopat de l'EOTC des occasions d'œuvrer à la rationalisation, à l'éthicisation du christianisme éthiopien. Cependant, l'analyse de ces programmes montre que ni les subventions américaines ni la rationalisation croissante, ni même la récente structuration autour des paroisses de l'EOTC ne suffisent à transformer profondément la manière dont le clergé aborde les comportements sexuels de ses fidèles. Cette situation ne manque pas d'interroger le processus de rationalisation, il questionne la sécularisation réelle de l'EOTC, et plus généralement invite à interroger ce processus au sein de l'orthodoxie.

Ce chapitre est divisé en quatre sections. L'étude des programmes mis en place par le PEPFAR en Ethiopie est l'objet de la première section. Plus précisément, il s'agira de s'intéresser à deux volets du PEPFAR en Ethiopie : la distribution des ARV et la prévention des nouvelles infections. Si ce premier volet, de fait multilatéral, est le fruit d'une coopération entre de nombreux acteurs (Gouvernement éthiopien, Fond Mondial, ONG américaines), la prévention des nouvelles infections est plus unilatérale. Puis, nous nous intéresserons à l'acteur intermédiaire entre USAID et l'EOTC, le IOCC (section 2). Cette ONG orthodoxe américaine joue un rôle important dans la manière dont l'EOTC va s'impliquer dans la lutte contre le sida. IOCC représente l'orthodoxie engagée dans le développement international (Molotokos-Lierdeman, 2007), son implication au côté de l'EOTC représente un facteur non négligeable dans la tendance à la rationalisation de l'EOTC. Dans une troisième section, nous nous pencherons sur l'engagement de l'EOTC dans la lutte contre le sida. Après une rapide présentation des actions mises en place avant l'arrivée de USAID, nous concentrerons notre analyse sur les conséquences de ce partenariat, sur les programmes de l'EOTC. L'analyse et la discussion quant aux processus de rationalisation, d'éthicisation, qui dans les théories classiques de sociologie participent de la sécularisation d'une Eglise feront l'objet de la quatrième section. Nous la terminerons par une comparaison succincte des ethos religieux américain et éthiopien.

I. Le PEPFAR en Ethiopie : une arrivée progressive ou en trompe l'œil ?

Aux Etats-Unis, le PEPFAR est voté au printemps 2003, il est supposé débiter entre cette date et le début de l'année 2004. Cependant, au regard des données que nous avons pu collecter, l'arrivée du PEPFAR en Ethiopie est délicate à dater précisément, mais elle est, selon toute vraisemblance, ultérieure à 2004. Les informations ne se recourent guère et ne permettent pas d'établir avec certitude une date exacte de début de partenariat. Aucun responsable de HAPCO et de EOTC HAPCO¹⁶⁸ rencontré à l'automne 2005 et au début de l'année 2006, durant la première enquête de terrain, ne le mentionnait. Par ailleurs, des documents officiels, édités par HAPCO en décembre 2004 puis en juin 2005, ne font qu'évoquer la présence du Fond Mondial et du PEPFAR :

« La majeure source de financement pour les activités décrites sont d'origine multilatérales ou bilatérales étrangères, que ce soit sous forme d'allocation ou de prêt à taux réduits. Le nouvel engagement de PEPFAR et d'autres sources sont prometteurs.¹⁶⁹» (HAPCO, 2004a : 44)

« Au cours de ces dernières années, des donateurs multilatéraux, bilatéraux et internationaux incluant les agences des Nations-Unis, le Fond Mondial et PEPFAR ont fourni des fonds au programme multisectoriel » (HAPCO, 2005 : 8)

A contrario, d'après les éléments collectés sur le site internet du PEPFAR, le programme était en place en Ethiopie dès 2004.

« Country Results and Projections to Achieve 2-7-10 Goals¹⁷⁰ :

Ethiopia	Total # Individuals Receiving Care and Support¹⁷¹	Total # Individuals Receiving ART¹⁷²
End of Fiscal Year 2004¹⁷³	30,600	9,500
End of Fiscal Year 2005	264,100	16,200
End of Fiscal Year 2006	484,100	40,000

(OGCA, 2008 : 32)

L'écart entre ces données ne manque pas d'interroger. A tout le moins, elles corroborent certains des aspects du PEPFAR précisés dans le précédent chapitre, soit l'opacité des données fournies par le PEPFAR (Ervetz, 2010) et la nécessité de pouvoir rendre des comptes précis et chiffrés au Sénat et au Congrès américains telle que mise en lumière par E. Demange (2010).

¹⁶⁸ EOTC HAPCO, Ethiopian Orthodox Täwahedo Church HIV/AIDS Prevention and Control Office, est le département de coordination et de mise en place des programmes de lutte contre le sida de l'EOTC, il est une des trois branches actives de l'EOTC-DICAC, (cf. chapitre 2 section IV).

¹⁶⁹ Ce passage et le suivant sont notre traduction.

¹⁷⁰ Résultats et Projections pour atteindre le but 2-7-10 par pays.

¹⁷¹ Total# Individus recevant des soins et du support.

¹⁷² Total# Individus recevant des ARV.

¹⁷³ Fin de l'année fiscale 2004.

En effet, en Ethiopie, des ARV ont été certes distribués, quoique de manière parcellaire, à partir de 2003 : un peu plus de 9000 personnes en ont bénéficié. Toutefois, ces traitements ne provenaient pas (ou uniquement) du PEPFAR. Les documents éthiopiens rapportent que le “USG” (United State Government) participa avec le Fond Mondial au financement de la distribution gratuite des ARV à partir de janvier 2004 (HAPCO, 2004b : 8), information que passe sous silence un document suivant, édité entre autre par John Hopkins University, partenaire du PEPFAR Ethiopia (ARC, John Hopkins University, 2005 : 7). Mais, J.W. Dietrich avait déjà pointé cette tendance du PEPFAR. En 2007 :

« Des traitements antirétroviraux ont été donnés à 822 000 individus dans les pays cibles, et à entre 165 000 personnes dans le monde. Il y a toutefois des controverses quant à la manière dont les Etats-Unis atteignent ces chiffres. Près de la moitié des bénéficiaires inclus dans les données américaines ont en fait reçu des traitements par le Fond Mondial, ils n’ont donc bénéficié des ARV financés qu’indirectement par les américains. Les données présentées comprennent tant les patients recevant directement les traitements financés par les Etats-Unis que les bénéficiaires d’ARV de pays ayant été subventionnés de manière générale au titre du “renforcement du système”. Le responsable des traitements du Botswana qualifie ces données de “flagrantes déformations des faits” et plusieurs officiels Botswanais ont dit que pas un seul Botswanais n’avait reçu de traitement provenant directement des subventions américaines.¹⁷⁴ » (Dietrich, 2007 : 4)

Les données présentées dans le tableau précédent ont donc des chances de présenter certaines similarités quant à leur provenance.

De ces différentes sources d’informations, nous pouvons déduire que le PEPFAR a commencé à s’impliquer en Ethiopie, peut-être dès 2004, mais plus sûrement au début de l’année 2005 comme l’atteste l’assertion suivante :

« PEPFAR Ethiopia fut le partenaire principal du programme de distribution gratuite d’ARV en janvier 2005¹⁷⁵. » (PEPFAR Ethiopia, 2008 : 325)

Il semble que la situation soit similaire pour USAID, IOCC et l’EOTC. L’accord de partenariat tripartite a été signé en 2004, mais lors de notre première enquête de terrain de septembre 2005 à février 2006, les responsables de IOCC n’étaient pas présents dans le département de l’EOTC-HAPCO. On pourrait supputer qu’ils se trouvaient dans les régions, mais nous ne disposons d’aucune information pour corroborer ou infirmer cette assertion. Par contre, lors de notre première rencontre avec ces deux responsables, le responsable sortant précisa être en poste depuis quelques mois (Entretien avec les responsables de IOCC en Ethiopie, novembre 2006). Outre ces imprécisions quant aux dates exactes de début d’effet des partenariats, il est certain que le partenariat du PEPFAR et USAID auprès du Gouvernement éthiopien est sensible et visible dans le courant de l’année 2006. L’implication du PEPFAR couvre alors plusieurs aspects et notamment la PTME, les « soins palliatifs » (PEPFAR Ethiopia, 2008 : v), le soutien et le support des PVVIH. Nous nous pencherons plus spécifiquement sur deux volets : la distribution des ARV et les programmes de prévention des nouvelles infections.

¹⁷⁴ Traduction par nous-même. Ou peut-être encore, le PEPFAR commençant à distribuer des génériques depuis 2005-2006, à l’instar du Fond Mondial, s’emmêle-t-il les pincesaux entre ses propres traitements génériques (27% des traitements, *ibidem*) et ceux du Fond Mondial....

¹⁷⁵ Traduit par nous-même.

II. Le PEPFAR, le Gouvernement éthiopien et les ARV : un multilatéralisme de fait

S'il est délicat de préciser le rôle exact du PEPFAR dans la lutte contre le sida avant 2005, après cette date, il prend une place claire parmi les acteurs internationaux présents en Ethiopie dans le cadre de la distribution des ARV. A partir de 2006, outre le Gouvernement éthiopien, trois acteurs jouent un rôle majeur : le Fond Mondial, la Fondation Clinton, appelée également Clinton HIV/AIDS Initiative (CHAI), et bien sûr le PEPFAR. L'action de ce dernier consiste en deux volets principaux : la fourniture des traitements et le renforcement des capacités techniques, des compétences des structures éthiopiennes.

II.1. La distribution des ARV en Ethiopie : un franc succès

Tous les acteurs et observateurs de la distribution des ARV en Ethiopie s'accordent sur son succès (chapitre 2, section III.b) (PEPFAR Ethiopia, 2008 : 325 ; Assefa et al., 2009 : 2 ; FHAPCO, 2010 :20). Débuté timidement en 2003 (ARC, JHU 2005 : 7 ; PEPFAR Ethiopia, 2008 : 325), le programme de distribution des ARV prend, d'abord à la fin de l'année 2005 puis au cours des années suivantes, des extensions considérables. En 2006, 101 hôpitaux publics, et 91 centres de santé traitaient plus de 45 000 patients, et en mai 2007,

« 265 sites distribuent des ARV à travers le pays, incluant 117 hôpitaux (92 hôpitaux publics, 13 hôpitaux privés et 12 hôpitaux militaires), 146 centres de santé et deux cliniques d'ONG. Le nombre de PVVIH recevant des soins et un traitement sur ces sites étaient : 148 283 enrôlés, 87 697 déjà sous traitement, et 66 973 recevant régulièrement un traitement. ¹⁷⁶» (PEPFAR Ethiopia, 2008 : 325)

Comme il a été précisé, en 2009/10, 550 hôpitaux et centres de santé délivrent des ARV (chapitre 2 section II). La croissance est donc très importante puisque le nombre de sites a plus que doublé en un peu plus d'une année. Il semble qu'un cap majeur ait été franchi en 2006, lors de la décentralisation de l'accès au niveau régional. Selon le PEPFAR, la décentralisation a été favorisée grâce à l'intervention de trois nouveaux acteurs : les universités de John Hopkins (JHU), de Columbia (CU-IPA), de Californie, San Diego (UCSD) (*ibid* : 326). Si cette information n'est pas fautive, on peut également estimer que les autres bailleurs de fond multilatéraux et ONG ont également joué un rôle important. Et PEPFAR Ethiopia lui-même rapporte qu'en février 2006 :

« Un protocole d'entente a été signé entre le Fond Mondial, le Ministère de la Santé Ethiopien et le PEPFAR Ethiopie, [...] fixant les responsabilités d'apport des différents types d'articles destinés à la lutte contre le sida. Il sera amélioré durant l'année 2008 ; le Fond Mondial continuera à subventionner la première ligne des traitements ARV, la Clinton HIV/AIDS initiative (CHAI) prendra le relais de PEPFAR pour la distribution de la seconde ligne de traitement ainsi que les ARV pédiatriques, au plus tard en décembre 2008. Rappelons que pour l'année fiscale 2008, PEPFAR continuera à pourvoir ces denrées, à moins que le CHAI soit étendu.

¹⁷⁶ La traduction est notre fait.

PEPFAR continuera à maintenir les fonds d'urgence pour un stock de réserve des traitements pour adulte de première ligne¹⁷⁷. » (PEPFAR Ethiopia, 2008 : 318)

Ainsi, depuis 2006, quoique le PEPFAR soit un acteur incontournable de la distribution décentralisée des ARV, celle-ci s'est largement complexifiée et il est délicat d'en avoir une vue d'ensemble au regard des éléments à disposition (HAPCO, MoH, et PEPFAR ne nous ont fourni que des informations destinées au grand public, soit vulgarisées, nous avons donc recouru aux informations disponibles sur internet). Il apparaît que dans le cadre de la transition vers un développement durable, deux acteurs soient apparus sur la scène de l'approvisionnement des centres de distribution en traitements antirétroviraux : PASS et PHARMID. PASS (Pharmacy Administration and Supply Service) est l'agence centrale de distribution des produits de base pour divers programmes aux centres régionaux. Ceux-ci en ont la charge à travers les réseaux déjà existants aux centres régionaux, les *kelels* en amharique ainsi qu'aux centres de santé de l'échelon administratif inférieur, les *woredas* et parfois au niveau des postes de santé des *kébelés* la plus petite entité administrative éthiopienne. PHARMID est un organisme semi-privé éthiopien d'importation et de distribution, toutes ses actions sont détenues par le Gouvernement éthiopien. Les structures sanitaires publiques achètent à PHARMID les traitements nécessaires sur leur propre budget, permettant à PHARMID de faire des bénéfices. Selon le PEPFAR-USAID, le passage de la recherche du profit permet d'impulser un nouvel élan à la distribution¹⁷⁸.

Dans le chapitre 2, il a été explicité que les études portant sur l'adhérence des patients indiquaient une bonne à très bonne observance des traitements (Amberbir et al. 2008 ; Tessema et al. 2010 ; Biadgilign, et al. Deribew, Amberbir & Deribe, 2009 cité par Alemu et al., 2011; Alemu et al. 2011). Pourtant, en 2008, le PEPFAR Ethiopia établi, mais sans indiquer de chiffres et/ou de données que « La proportion de patients [sous ARV] perdus de vue en Ethiopie est intolérablement haute » (PEPFAR Ethiopia, 2008 : 327). En l'absence de précision et au regard des données obtenues par ailleurs, il est délicat de commenter cette assertion, mais nous reviendrons largement sur la question de la prise puis de l'adhérence aux ARV dans le prochain chapitre.

II.2. Du succès aux intérêts économiques américains

Plusieurs auteurs ont noté qu'une part non négligeable des subventions octroyées par le PEPFAR aux pays bénéficiaires revient par le biais des partenaires aux Etats-Unis (Gow, 2002 : 67, cité par Demange, 2010 : 294), et que les acteurs locaux reçoivent finalement une faible part des fonds (Oosman et al. 2008 : 14). L'analyse des projets mis en place par le PEPFAR Ethiopia en 2008 recensés dans le COP¹⁷⁹ PEPFAR Ethiopia témoigne de ce même phénomène.

Ce document qui nous a été distribué lors de la réunion des partenaires du PEPFAR à Addis Ababa en juillet 2008, est d'un intérêt tout particulier. Il permet d'avoir une idée de l'étendue et de la multiplicité des actions engagées par le PEPFAR. Il offre également une vue

¹⁷⁷ Cet extrait est notre traduction.

¹⁷⁸ <http://www.who.int/hiv/amds/en/ethiopia.pdf>

¹⁷⁹ COP : Country Operational Plan

d'ensemble des partenaires bénéficiaires des subventions américaines. En effet, ce document rassemble et présente pas moins de 218 projets couvrant la plupart des aspects de la lutte contre le sida : la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), la promotion de l'abstinence et de la fidélité, la prévention de la transmission par transfusion sanguine et par injection, la promotion des préservatifs, les soins palliatifs, la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables (OEV), le dépistage et conseil (ou VCT en anglais- Voluntary and Counseling Test), les ARV. Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes bien entendu penchée plus spécifiquement sur les promotions de l'abstinence, de la fidélité et du préservatif, points qui seront détaillés dans la prochaine section. Pour l'heure, ce sont les partenaires du PEPFAR qui ont retenu notre attention.

II.2.a. Des partenaires du PEPFAR... majoritairement américains

En 2008, le PEPFAR Ethiopia a financé la mise en place de 218 projets, portés par un peu moins de 60 partenaires (PEPFAR Ethiopia, 2008). Dans le document collecté, le PEPFAR Ethiopia explique travailler avec 50 partenaires, appelé *prime partners* ou "partenaires premiers". Certains projets sont portés par des instances n'apparaissant qu'une seule fois et ne sont pas qualifiés comme "partenaires premiers" dans le document. Celui-ci présente de manière assez détaillée les 218 projets et indique le partenaire porteur pour chacun. De plus PEPFAR Ethiopia dresse nominativement la liste de ses 50 "partenaires principaux". C'est sur cette base que nous avons pu déterminer le pays d'origine, la « nationalité » de ces différents partenaires et les projets que chacun d'eux mettait en place. Il apparaît que sur les 218 projets financés ou comptabilisés comme projets du PEPFAR, 68% sont portés ou le fait de partenaires américains, 22% sont gérés par des organisations éthiopiennes (48 projets), 7% par des agences internationales (seize projets dont huit menés par le UNHCR, et cinq par l'OMS), et enfin, 3% des projets (six exactement) sont le fait de divers partenaires étrangers.

Ces 50 partenaires peuvent être répartis en quatre groupes. Le premier groupe est celui des partenaires américains ; ils sont 34, représentant 68% de l'ensemble (soit plus des deux-tiers). Les partenaires américains prenant en charge le plus grand nombre de projets sont John Hopkins University (JHU), suivie par trois autres universités américaines. Un organisme à but non-lucratif, le Management Science for Health est un partenaire de nombreuses organisations bilatérales et internationales¹⁸⁰. Il en va de même pour un grand nombre de ces partenaires. Le deuxième groupe est celui des partenaires éthiopiens, il compte neuf instances, soit 18 % de l'ensemble (moins du quart). Ces partenaires sont les organismes éthiopiens suivants : cinq agences gouvernementales (FHAPCO, Federal Police, FMOH, Ministry of National Defense, AAHAPCO), un institut (Ethiopian Health and Nutrition Research Institute), deux sociétés savantes (Ethiopian Public Health Association, Ethiopian Medical Association) et une ONG (Relief Society of Tigray). Le troisième groupe comprend trois partenaires (6%). Ce sont des Agences des Nations Unies ou affiliées : UNHCFR, OMS, Programme alimentaire mondial (PAM). Le quatrième groupe est très hétéroclite puisqu'il rassemble quatre partenaires (8%)

¹⁸⁰ On trouvera sur le site de Management Sciences for Health une liste de leurs donateurs et partenaires : <http://www.msh.org/about-us/donors/index.cfm>

de quatre nationalités différentes (Nouvelle Zélande, Pays-Bas, Grande-Bretagne, et un pays d'Afrique non indiqué).

Outre ces partenaires énumérés par PEPFAR Ethiopia, d'autres projets sont portés par des universités, des ONG ou des sociétés privées, dont beaucoup sont éthiopiennes. Ainsi on compte plusieurs universités éthiopiennes (Addis Ababa University, Alemaya, Debu, Jimma Mekela Universities) mais également la US Navy, ou la DOD (United State Departement of Defense), ou même une chaîne de télévision anglaise, TBD (ce nom n'est pas un acronyme).

Ainsi, les principaux partenaires des américains pour mettre en œuvre des projets en Ethiopie sont les américains eux-mêmes. Les Ethiopiens bénéficient d'environ un cinquième (1/5) du partenariat, quoiqu'ils soient les principaux récipiendaires des subventions, les autres (Nations Unis et divers partenaires) se partagent les derniers 12% restant. En l'absence de données chiffrées sur les montants attribués à chaque projet et au pourcentage prélevé spécifiquement par ce que le PEPFAR appelle les *primes* partenaires, il est délicat de s'avancer sur la part exacte des budgets du PEPFAR revenant aux Etats-Unis.

II.2.b. Une focale sur des partenaires

La qualité des partenaires est nous estimons, également instructive quant à la manière dont le PEPFAR conçoit l'aide à l'Ethiopie. Parmi les 50 partenaires identifiés et « estampillés » comme tel par PEPFAR Ethiopia, on compte huit universités (toutes américaines), six FBO (toutes américaines également). Quatre organismes sont clairement des ONG américaines et africaines (Save de Children US, Academy for Educational Developement, Relief Society of Tigray, ANECCA). Les autres partenaires sont des organismes américains de dimensions internationales à but non lucratif. La plupart sont spécialisées en santé, mais d'autres s'intéressent plus généralement au développement, à la mise en place de programmes de recherches et de gestion, dans les pays en développement. Les domaines d'intervention sont la santé, l'agriculture, l'expertise en développement durable, la gestion financière.

La plupart de ces partenaires sont des organisations à but non-lucratifs, mais certains ont des relations fortes avec le monde de l'entreprise privée voire du « big business ». Ainsi, Geneva Global¹⁸¹ est une filiale « philanthropique » (terme employé par l'organisme) ou « humanitaire » d'une banque d'investissement, Sovereign Global Investment¹⁸² implantée en Nouvelle-Zélande. La société privée mère est très impliquée, notamment, en Europe de l'Est pour le « passage du communisme au capitalisme » (voir note précédente). D'autres encore sont des fournisseurs de produits de laboratoires (matériels, compétences, consommables, médicaments), et certains sont spécialistes de la gestion des conflits, experts en droit ou management. Quoiqu'une part importante de ces organismes soit à but non lucratif, la proportion d'organisations américaines parmi les partenaires premiers du PEPFAR Ethiopia ne manque pas de faire écho à ce que S. H. Evertz établit :

« Par exemple, d'après AVERT, une association internationale de charité contre le VIH/sida basée en Angleterre, « Durant les deux premières années d'exercice [...] PEPFAR n'a publié que très peu d'informations sur ses activités et l'organisation de

¹⁸¹ <http://www.genevaglobal.com/about-history.php>

¹⁸² http://www.sovereignglobal.com/2_0en.asp?cid=7

ses partenaires. Quelques données étaient délivrées par à l'Office of the Global AIDS Commissioner, par USAID, ou par les ambassades des Etats-Unis, mais il était impossible de déterminer la destination de l'ensemble de l'argent du PEPFAR"¹⁸³» (2010 : 18)

Il apparaît donc que PEPFAR Ethiopia suit un modèle proche. Au regard des éléments mis à jour ici (nombre de partenaires américains et de la quantité de projet qu'ils portent), il semble qu'une partie, sans doute non négligeable, des fonds versés par les contribuables américains reviennent alimenter l'économie américaine, de cette façon, l'intérêt américain n'est-il pas oublié, et selon l'adage, la générosité est bien ordonnée.

Enfin et pour terminer l'analyse du Country Operational Plan de PEPFAR Ethiopia, parmi les FBO américaines financées, on compte IOCC, mais également une FBO américaine connue : Samaritans' Purse. Cette organisation est une « grande » ONG confessionnelle évangélique « dirigée par le très conservateur Franklin Graham » (Fath, 2007 :249). Il existe aux Etats-Unis plusieurs de ces ONG confessionnelles (World Vision, Habitat for Humanity). Elles gèrent des budgets s'élevant à plusieurs dizaines de millions de dollars. A titre d'exemple, en 2002, Samaritan's Purse avait un budget de 70 millions de dollars (*ibid* : 253). Fondée en 1970, elle est

« Dirigée depuis 1978 par le médiatique Franklin Graham, fils aîné du célèbre prédicateur Billy Graham » (*ibidem*).

Elle mène diverses actions nationales et internationales allant de l'intervention humanitaire d'urgence à la fourniture « de nourriture, de vêtements, de médicaments, le tout accompagné d'une présentation du message évangélique » (*ibidem*). Sur le sol américain, une partie de leur fond provient de dons privés, mais elles

« Bénéficient aussi du soutien explicite des autorités américaines qui leur allouent d'important fonds fédéraux tout en leur aménageant des conditions favorables (exemptions de taxes). » (2007 : 254)

S. Fath note d'ailleurs, ce que nous avons mis en lumière précédemment (chapitre 10 section IV) :

« Cet appui de la première des organisations séculières, en l'occurrence l'Etat, invite à s'interroger » (*ibidem*).

Cet auteur montre que plusieurs de ces grandes ONG se sont progressivement détachées de leurs fondements chrétiens. La professionnalisation des intervenants, leur développement, la nécessité d' « assurer leur crédibilité pour obtenir des subventions fédérales » ainsi que la pluralité des appartenances confessionnelles du personnel ont conduit à une « euphémisation croissante du discours religieux » (Fath, 2007 : 256) et à une sécularisation croissante de leurs actions. Cette tendance est inversement proportionnelle à leur budget. Le plus petit budget de Samaritan's Purse, par rapport notamment à World Vision, lui permet de rester « beaucoup plus explicitement conversionniste¹⁸⁴ » (*ibidem*).

En Ethiopie, cette association n'est financée que pour un projet, mais sa nature et la région d'implication choisie, mettent en lumière un PEPFAR imbriqué, ou au moins concerné par la

¹⁸³ Traduit par nous-même.

¹⁸⁴ Soit attaché à promouvoir la conversion des bénéficiaires.

dimension religieuse de ses programmes. Samaritan's Purse, d'après le COP PEPFAR Ethiopia est financée pour promouvoir *AB-only*, « l'abstinence et fidélité-uniquement » (PEPFAR Ethiopia, 2008 :56) dans une zone de Gedeo située dans la région des SNNPR (Southern Nations, Nationalities, and Peoples Region). Celle-ci est la région éthiopienne dans laquelle on compte le plus d'évangélistes¹⁸⁵ (Eide, 2000). Ainsi, comme en Ethiopie, Samaritan's Purse

« Reçoit des subventions pour ses programmes de prévention en Ouganda et dans d'autres pays¹⁸⁶ » (Evertz, 2010 :4)

Rappelons enfin que Billy Graham, télévangéliste de renom fut un proche du président G. Bush (père), il a « redirigé vers le Christ » son fils cadet G.W. Bush lui permettant d'accéder à la présidence des Etats-Unis (Whitfield, 2011 : 96). Le fils de Billy Graham, Franklin Graham, prit le relais de son père auprès de G.W. Bush fils, pendant sa campagne électorale, puis durant ses mandats présidentiels. Nous avons vu dans le chapitre précédent que la droite chrétienne avait participé financièrement à campagne de G.W. Bush constituant un lobby religieux puissant et protégé par l'Etat américain. Au niveau national, D. Kuo a révélé l'existence de préférence et de rétribution à des proches de G.W. Bush via le *Center for Faith Based and Community Initiatives* (CFBCI) (Kuo, 2006 : 214). Cette instance, rappelons-le, avait été créée en vue d'incarner le *compassionate conservatism*. Il apparaît donc que prosélytisme religieux envers les populations bénéficiaires de fonds publics américains, et la nécessité du contre-don pour services rendus l'élection de G.W. Bush, sont très probablement liés. Et ce mur de séparation entre l'Eglise et l'Etat est d'autant mieux troué que ces percées ne sont guère visibles des Etats-Unis et n'affectent guère la politique intérieure

Bien que la distribution des ARV en Ethiopie alimente en retour l'économie américaine, le succès de la distribution et la mise sous traitement des PVVIH est indéniable. A contrario, la réussite de la prévention des nouvelles infections est plus sujette à caution, comme nous allons le voir à présent. Il a été précisé que nombre des dispositions et valeurs sous-tendant le programme PEPFAR étaient empreintes de valeurs morales, sensibles notamment dans le nombre de FBO impliquées en tant que partenaires directs et premiers (chapitre 10). Les partenaires secondaires ne sont pas en reste puisque USAID via IOCC, puis le PEPFAR encore via IOCC ont largement subventionné l'EOTC pour promouvoir l'abstinence et la fidélité. Il a également été explicité que dans le cadre de la politique intérieure des Etats-Unis, les valeurs morales, abstinence et fidélité, constituaient des piliers de la droite chrétienne.

II.3. Le PEPFAR et la prévention des nouvelles infections en Ethiopie

Le PEPFAR doit consacrer une partie de son budget (un tiers des 20% dédiés à la prévention) à la promotion de l'abstinence et de la fidélité. Il s'agit donc ici, de voir comment en Ethiopie, les actions de ce programme sont mises en place. Par ailleurs, depuis le début de l'écriture de cette étude, le Demographic Health Survey Ethiopia analysant les données

¹⁸⁵ Voir les archives du Gouvernement des Etats-Unis :

<http://2001-2009.state.gov/g/drl/rls/irf/2008/108368.htm>

¹⁸⁶ Traduit par nous-même.

épidémiologiques collectées en 2011 est disponible sur internet (depuis mars 2012). Certaines des données disponibles permettent d'évaluer, en partie, la portée des actions de prévention du PEPFAR menées depuis 2005 voire 2006, c'est-à-dire avec un recul de 5 à 6 années (la collecte pour le DHS a débuté en 2010-2011).

La distribution des ARV est le fruit d'une coopération entre différents organismes éthiopiens et internationaux, ainsi que des ONG, mais tel n'est pas le cas des programmes de prévention menés par le PEPFAR. Il apparaît en effet que, dans ce domaine, et comme il sera exposé, les partenariats avec les instances éthiopiennes ne représentent qu'une part des bénéficiaires des subventions américaines. Cette part est d'ailleurs relativement limitée, puisque, seuls 22% à 30% (contre 68% pour les partenaires américains) de la totalité des projets de préventions financés par le PEPFAR sont le fruit d'une coopération avec des organismes étatiques éthiopiens, des universités éthiopiennes ou encore des associations. Ainsi, la prévention des nouvelles infections représente la part la plus unilatérale du programme. La distribution des ARV, quant à elle, et malgré le caractère très unilatéral de la politique américaine sous le mandat de G.W. Bush, est, concrètement, bien plus multilatérale.

II.3.a. Les actions de prévention du PEPFAR : AB pour les jeunes, ABC pour les populations à risques et les PVVIH

La promotion de l'abstinence et de la fidélité concerne l'ensemble de la population ; cependant, la tranche la plus visée par ces campagnes est celle des jeunes de 15 à 24 ans. Selon les valeurs portées par la droite chrétienne telles qu'elles ont été décrites et mises en lumière précédemment, le but est de protéger l'institution du mariage, de le rendre durable et épanouissant et de manière plus sous-jacente d'asseoir la domination des adultes sur les jeunes, des hommes sur les femmes et des personnes abstinentes et mariées sur les autres catégories de population (chapitre 10 section III.1.c). Ainsi, la promotion de l'abstinence est-elle au cœur même du PEPFAR :

« Spécifiquement, l'OGAC a déclaré que les programmes d'abstinence jusqu'au mariage doivent s'efforcer d'atteindre deux buts (1) encourager les individus à observer l'abstinence en dehors du mariage afin de se protéger de l'exposition du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles et (2) d'encourager la fidélité dans les relations sexuelles, en incluant le mariage, afin de réduire les risques d'exposition au VIH.¹⁸⁷ » (*US Leadership Malaria, Tuberculosis and HIV/AIDS Act, 2003* cité par USGAO, 2006 : 32)

Le U.S. Government Accountability Office (USGAO) établit en 2005 un rapport sur des deux premières années d'exercice du OGAC (Office of the U.S. Global AIDS Coordinator) qui coordonne la lutte contre le sida américaine et notamment le PEPFAR. Ce rapport indique qu'en Ethiopie la moitié des fonds destinés à la prévention a été utilisée pour promouvoir l'abstinence et la fidélité (USGAO, 2006 : 25). Cette situation n'est pas propre à l'Ethiopie mais concerne l'ensemble des pays récipiendaires du plan (*ibidem*). En 2006, le USGAO (désormais dénommé ici GAO) considère au regard des données qu'il a collectées sur le terrain auprès des équipes PEPFAR locales que l'insistance sur le AB est nuisible à l'ensemble du programme (2006 : 26-28). Le rapport du GAO rappelle que 33 % du budget

¹⁸⁷ Traduction par E.B. et nous-même.

réservé à la prévention devait être alloué à la promotion de l' 'AB'. Mais, les directives de OGAC ont évolué. En 2005, le OGAC prônait aux coordinateurs PEPFAR locaux d'allouer de 50 à 66 % du budget prévention à la promotion de l'abstinence et de la fidélité (GAO, 2006 : 26). Les conséquences de telles directives sont nombreuses d'après le document. Parmi les plus importantes, on trouve : la réduction des fonds alloués à d'autres volets comme la PTME, le soin aux PVVIH autre que les ARV (GAO, 2006 : 26-28 ; 34-37). Par ailleurs, cet objectif réduit la capacité des programmes à s'adapter aux contextes épidémiologiques locaux :

« Une réduction des fonds alloués pour délivrer un message approprié aux groupes à haut risque. » (GAO, 2006 :35)

« Différentes équipes ont noté que le message AB n'est pas adapté aux groupes à hauts risques. D'après l'équipe d'un de ces pays, "Il est très important de financer la prévention auprès des groupes à haut risque situés le long des corridors de transport, et le message AB n'est pas toujours approprié. » (*ibid* :37)

« La limitation ou la réduction des fonds aux programmes ciblant les groupes à haut risque. (*ibid* : 38)

« La difficulté des programmes pour assurer l'approvisionnement de préservatifs et le marketing social des préservatifs. » (*ibid* : 39)

Le GAO considère que le taux de subvention à l'abstinence et la fidélité doit être maintenu (*ibid* : 41-52) mais non augmenté. Il réaffirme ainsi la place que doit occuper dans le PEPFAR, la promotion des deux premiers termes de l'acronyme ABC, soit 7% sur la totalité (33% des 20% destinés à la prévention) et insiste sur l'importance d'adapter la prévention aux situations locales (USGAO, 2006 : 41-52) :

« Nos analyses révèlent que la mise en œuvre par l'OGAC, de l'attribution de 33 pourcents du budget [à la prévention AB] devrait permettre d'atteindre les objectifs de dépenses du Leadership Act ; pour l'année fiscale 2006, sur l'ensemble des 20 équipes locales [une par pays], les activités AB ont été financés légèrement plus de pour 33 pourcents du budget dédié à la prévention. » (*ibid* : 44)

Le compte-rendu des activités de PEPFAR Ethiopia pour l'exercice 2006-2007, à l'OGAC global semble vouloir témoigner d'une certaine volonté de prendre en compte la configuration nationale de l'épidémie (OGAC, 2007 : 34-42)

« Le programme du Gouvernement des Etats-Unis inclut la prévention de la transmission mère-enfant, [la promotion de] l'abstinence et de la fidélité (AB) chez les jeunes et les adultes et d'autres interventions de prévention spécifiquement auprès des populations les plus à risques (MARPs). [...] Basées sur les récentes études ANC [AnteNatal Clinic] et le DHS Ethiopie [2005], le Gouvernement des Etats-Unis se concentrera sur plusieurs "points chauds" (*hotspots*) pour mener des actions de prévention intensives » (OGAC, 2007 : 39)

Le document qui nous a été remis lors de la réunion des partenaires PEPFAR à Addis Ababa en juillet 2008, pourrait donc traduire une volonté de prendre en compte les directives du GAO et une volonté d'adaptation au contexte épidémiologique éthiopien. Mais nous allons voir que la situation est plus complexe.

Les données établies par le DHS Ethiopie de 2005 ont fait l'objet d'une analyse et d'une discussion dans le chapitre 6. Nous avons rappelé que les populations les plus concernées par le VIH n'étaient pas les jeunes mais les tranches d'âge de 30 à 39 ans pour les femmes et de

35 à 44 ans pour les hommes (DHSE, 2005). Dans un rapport suivant, donc pour les activités 2007-2008, le même PEPFAR Ethiopia établit :

« Les études du DHS Ethiopia [2005] menées auprès de la population indiquent que la prévalence au VIH en Ethiopia est due aux comportements à risque des adultes, et plus particulièrement de ceux qui s'engagent dans des relations sexuelles transactionnelles, qui conservent de multiples partenaires simultanément. Le pic de séroprévalence au VIH se trouve chez les femmes entre 35 et 39 ans et les hommes entre 40 et 44 ans, suggérant que le pic d'incidence se situe pour les femmes au début de la trentaine et chez les hommes au milieu de la trentaine¹⁸⁸. » (OGAC, 2008 : 33)

Partant de ce constat, PEPFAR Ethiopia considère, en 2008, soit un an plus tard, nécessaire de réajuster ses messages de prévention :

« Le programme de prévention des partenaires de PEPFAR s'assureront que les messages autour de la monogamie, la réduction des partenaires et les risques de liaisons multiples bénéficient à la population adulte. Il y aura donc une attention importante aux populations à haut risque, en particulier, le personnel de service en uniforme, la police, les réfugiés, les étudiants de l'université, les adolescentes mariées, et les populations mobiles le long des corridors de transports. » (*ibidem*)

Cependant, la différence entre les deux projets ne paraît pas radicale. Il apparaît plutôt, et c'est notre hypothèse, que PEPFAR Ethiopia avait dès 2006 voire 2007, tous les éléments à disposition pour mener des actions de prévention auprès des femmes de 35 à 39 ans ou même de 30 ans et auprès des hommes entre 35 et 44 ans pour reprendre les propres analyses du PEPFAR. Deux faits peuvent être sollicités pour expliquer ce décalage. Le premier est interne à la politique américaine. Nous venons de voir que le OGAC préconisait aux PEPFAR locaux de consacrer entre 50 et 66% du budget prévention aux programmes strictement AB. Les principaux destinataires de ce type de message sont les jeunes, non mariés et dans une bien moindre mesure les adultes. Le deuxième argument renvoie à la situation épidémiologique du VIH en Ethiopia. Les chiffres établis par le ANC Ethiopia permettent d'asseoir la nécessité de mener des actions de prévention envers les 15-24 ans. En effet, le ANC établit que cette population présente une séroprévalence de 3,5%. Le DHS Ethiopia de 2005 indique quant à lui 0.7% pour cette même tranche d'âge. L'écart est colossal et les actions à mener au regard de ces données divergent grandement. Les données de l'ANC conduisent à s'intéresser aux jeunes, tandis que les chiffres du DHSE mettent en lumière la nécessité de s'intéresser aux plus âgés. Il nous semble que les directives internes au PEPFAR ont conduit la branche éthiopienne à négliger les informations du DHSE au profit de celles de l'ANC car elles étaient leur politique, tandis que le DHSE la remettait en cause. Cependant, le fait que les chiffres du DHSE soient basés sur un échantillon large et effectivement testé au VIH alors que l'ANC est une extrapolation de la séroprévalence à partir des données recueillies auprès des femmes enceintes a conduit le PEPFAR à tenir compte de ce DHSE de 2005. Par ailleurs, nous avons également vu qu'en 2005 le GAO invitait le OGAC (soit le coordinateur de la lutte américaine contre le sida) à s'en tenir au financement du AB établi par l'Acte de 2003, soit 7% du budget PEPFAR total et 33% de celui consacré à la prévention. Il est donc possible que ces deux éléments aient conduit PEPFAR Ethiopia à reconsidérer les populations cibles de ses programmes et une partie même de ses programmes.

¹⁸⁸ Cet extrait et les suivant provenant des rapports PEPFAR sont notre traduction.

Ainsi cet écart et ce retard nous amènent à exprimer deux réserves quant à l'adaptation des mesures de prévention à la situation épidémiologique telle que le DHS Ethiopie l'indique et que le PEPFAR semble vouloir la prendre en compte. La première concerne la réalité de l'attention aux adultes concernés effectivement par le pic de prévalence, et la deuxième l'étendue de l'adaptation au contexte local en allouant effectivement non pas 50% mais uniquement 33 % à la promotion de l'abstinence et de la fidélité.

Tout d'abord les populations considérées comme nouvellement prioritaires par le PEPFAR ne paraissent pas correspondre aux populations les plus touchées d'après l'étude DHS. Les catégories des femmes de 35 à 39 ans et des hommes de 40 à 44 ans ne correspondent pas à celles très restrictives des policiers, des personnels de services uniformes, des étudiants de l'université ou même des personnes mobiles. Il est par exemple assez peu probable que les 6,1% de femmes séropositives dans la tranche d'âge précitée (DHS Ethiopia, 2005 : 213) exercent principalement les métiers de policières et/ou militaires, ou se trouvent parmi les étudiantes ou les femmes mobiles. Au contraire, le DHS Ethiopie de 2005 établit que les populations les plus touchées sont les plus riches et les plus éduquées (2005 : 213) (information dont le PEPFAR dispose nécessairement). Or, le personnel de service en uniforme, les étudiants au grade universitaire n'appartiennent certainement pas à la catégorie des plus riches, quant au niveau d'éducation de ces populations, il est très disparate.

Considérons à présent les catégories de populations concernées par les programmes de promotion de l'AB et de l'ABC. L'analyse des populations visées par les projets permet de statuer sur ce point. Ces volets (promotion de 'AB' et de 'ABC') sont portés par 58 programmes. 27 programmes visent la promotion de l'abstinence et de la fidélité, et 31 programmes le 'ABC'. En termes de pourcentage, 53% des programmes intègrent la promotion et l'information quant au port du préservatif et 47% sont dédiés à la promotion de 'AB'. Le GAO en 2006 et F. Dietrich, en 2007, mettent en évidence la tendance générale de l'OGAC à attribuer entre 50 et 66% des fonds de la prévention aux programmes 'AB' (GAO, 2006 ; Dietrich, 2007). Si aucune information n'est fournie par le document à notre disposition (PEPFAR Ethiopia, 2008), la proportion des projets AB ouvre sur la possibilité d'une persistance d'un sur-financement de ce volet.

Par ailleurs, les promotions du 'AB' et du 'ABC' sont censées, d'après le rapport du PEPFAR Ethiopia 2007, toucher également des adultes. Toutefois, l'analyse de ces programmes 'AB' révèle que les jeunes de 10 à 29 ans, et plus encore la tranche des 15-24 ans sont les principaux destinataires des messages de prévention mettant l'accent sur l'abstinence avant le mariage et la fidélité. Ces programmes intègrent l'abstinence "secondaire", c'est à dire qu'un jeune même ayant eu des relations sexuelles est incité à éviter les relations sexuelles jusqu'au mariage. Sur les 27 programmes de promotion de l'abstinence et de la fidélité, 13 sont à destination spécifique de ces jeunes. Dix programmes sont généraux et concernent toutes les classes d'âge, car ils sont le fait des congrégations religieuses, ou sont délivrés sur le lieu de travail. Les quatre programmes restants sont délivrés à des populations spécifiques : les policiers, les militaires, les réfugiés, et enfin, les populations mobiles travaillant sur les routes menant de Addis Ababa à Djibouti ou au Kenya.

Ensuite, les 31 programmes intégrant le préservatif, sont à destination de larges catégories de populations et couvrent de nombreuses thématiques : la lutte et sensibilisation aux effets néfastes des relations sexuelles de types transactionnelles pour les hommes et les femmes

adultes, les inégalités de genre, le travail sur les normes de masculinité, la lutte contre les violences faites aux femmes ainsi que les viols, la promotion de la circoncision, les programmes contre l'alcool, la promotion du dépistage avant le mariage, la lutte contre la stigmatisation, la prévention secondaire auprès des PVVIH, et la promotion du préservatifs (ainsi qu'information et distribution) auprès des population « les plus à risques ». Neuf projets concernent ces deux derniers aspects, les PVVIH et les populations à risques (policiers, militaires et réfugiés) constituent les populations cibles. Si des femmes sont présentes parmi les PVVIH, elles sont déjà infectées et doivent bien sûr éviter une surinfection, mais ce ne sont pas les femmes les plus touchées par l'épidémie, soit les 35-39 ans tel que mis en lumière par le DHS de 2005.

Concrètement, aucun programme 'AB' ni 'ABC' ne touche directement cette population, pas plus les femmes. Les seuls programmes dans lesquelles elles peuvent être intégrées sont les messages généraux délivrés sur les lieux de travail et sur les lieux de culte, soit 5 programmes sur les 58 existants en 2008, soit moins de 10% des actions de prévention. De même, malgré le constat posé par PEPFAR Ethiopia quant au poids des adultes dans la séroprévalence nationale, les jeunes restent les principaux destinataires des messages de prévention : 13 programmes 'AB' et 5 programmes 'ABC', 18 au total soit plus de 30% des actions préventions. De nombreux projets s'intéressent aux hommes spécifiquement, ce qui constitue un changement de taille par rapport aux messages délivrés par le Gouvernement éthiopien. Un travail certain est mené pour les conduire à prendre conscience des inégalités de genre et à se remettre en question : 6 programmes intègrent ces messages ou sont construits autour. Ainsi, l'adaptation au contexte local et à la configuration de l'épidémie en Ethiopie est-elle très relative.

Enfin, si l'abstinence est avant le mariage est un thème récurrent pour le PEPFAR, nous avons vu dans la deuxième partie qu'en Ethiopie, le mariage institutionnel n'était pas toujours utilisé par les personnes qui, pour une part non négligeable d'entre elles, se mettaient juste en couple, se considérant comme mariées, même sans l'être aux regards de la loi ou des congrégations religieuses. Cette spécificité est passée sous silence dans les programmes du PEPFAR ; il n'y est jamais question de la qualification des relations de couple. Faut-il considérer, en dépit de cette absence, que les normes américaines sont adaptées au contexte local par les partenaires principaux et secondaires ? C'est-à-dire que le couple, qu'il soit marié ou non, appelle la fidélité. Ou bien faut-il voir dans l'usage de ce terme unique une incitation à « fixer » la relation en l'institutionnalisant ? Nous verrons dans la section portant sur l'EOTC comment les valeurs quant au couple et à la vie maritale se rencontrent.

II.3.b. Les travailleuses du sexe oubliées ?

L'influence du PEPFAR n'est pas sensible uniquement dans la part que prend la promotion de l'abstinence et de la fidélité, mais aussi dans le rapport aux travailleuses du sexe. En 2004, AA-HAPCO éditait en partenariat avec le Addis Ababa Women Affairs Office, un guide pour la prévention de l'infection au VIH et pour la réhabilitation des travailleuses du sexe. Ce guide témoigne d'une volonté de comprendre la situation. Ainsi, une tentative pour déterminer les catégories d'hommes clients des TdS (travailleuses du sexe) a

été menée et a abouti à des conclusions que nous estimons assez pertinentes¹⁸⁹ (AA-HAPCO, 2004 : 18-20). Par ailleurs, et au regard de sa rareté, le point mérite d'être noté, la promotion des préservatifs tant masculins que féminins est évoquée (AA-HAPCO, 2004 : 18). Le document met en évidence la nécessité de faire de la prévention auprès des clients et non uniquement auprès des TdS (*ibidem*). Les rapports inégaux de genre entre les hommes et les femmes y sont pointés. Ils y sont présentés comme pesant lourdement dans la manière dont les TdS sont perçues par la société et dont cette perception même influe sur leur possibilité de se protéger (*ibidem*). Il y est expliqué que les hommes parce qu'ils déconsidèrent, voire méprisent ces femmes, ne se donnent pas la peine de les protéger éventuellement contre les MST qu'ils peuvent porter (*ibidem*). Cette situation rend les TdS d'autant plus vulnérables au sida et augmente les risques de contaminations de part et d'autre. Si un des buts visés est la réhabilitation des TdS, une grande partie du manuel est destinée aux moyens d'amener à se protéger, les TdS, les clients et leurs partenaires (AA-HAPCO, 2004 : 20-25).

Cet outil et ces idées ne seront guère mis en pratique les années suivantes. Le PEPFAR subventionne uniquement les projets ayant pour but le changement d'activité des TdS. Si bien qu'aucun programme visant principalement la promotion du préservatif auprès de cette population n'est financé, en accord avec l'Acte *US Leadership Against AIDS, Tuberculosis and Malaria* voté au Congrès américain et au Sénat (Public-Law 108-25 : sec. 7. c.3.f). Cette situation s'est donnée à voir en Ethiopie durant notre enquête. Il a été précisé au début du chapitre 10 que lors d'une réunion des partenaires PEPFAR, une association présentait son travail auprès des TdS. Il apparaît que ni cette association, ni son projet ne figure parmi les programmes financés par le PEPFAR.

Dans le COP PEPFAR Ethiopia, les TdS et leurs clients ne font l'objet de quelques lignes dans trois projets de promotion du 'ABC' sur les 58 existants. A titre d'exemple, John Hopkins University met en place un programme visant à développer les outils de communication pour la prévention des nouvelles infections (PEPFAR Ethiopia, 2008 : 131-134). La principale population visée est les jeunes de 15 à 22 ans, des « nouvelles interventions visent les adultes, et surtout les femmes travaillant dans les universités et autres lieux de travail » (*ibid* : 131). Ce programme large est développé et détaillé sur plus de trois pages (la moyenne étant d'une page et demi par programme), et une seule ligne concerne les TdS :

« Health Communication Partnership développera des outils pour faciliter la mise en œuvre des stratégies de réduction des risques pour les universités et les employées femmes, ainsi que d'autres population vulnérables comme les travailleuses du sexe et leurs clients¹⁹⁰ » (PEPFAR Ethiopia, 2008 : 133)

Deux autres programmes les mentionnent. Un programme portant sur les travailleurs agricoles considère que

« Les TdS se rassemblent souvent autour des sites de construction et autres lieux de travail, spécialement les jours de paies. Le programme fera en sorte de fournir à ces individus des informations sur la prévention des MST et VIH » (*ibid* : 123).

¹⁸⁹ Les analyses présentées par le guide recouper une partie des informations présentées dans les chapitres 4 et 6.

¹⁹⁰ La traduction est notre fait, ainsi que le soulignage. Le passage suivant est également notre traduction.

Le dernier programme porte sur les personnes infectées au VIH et sur la nécessité de faire la promotion du ABC ; dans ce cadre les TdS sont mentionnées également sur une ligne (*ibid* : 127).

Il est donc clair que cette population ne fait pas partie des cibles du PEPFAR Ethiopia quant à la prévention des nouvelles infections au VIH. Ainsi, le PEPFAR délaisse cette catégorie de personne en accord avec la directive posée par le Sénat et le Congrès lors de la publication de l'acte ayant initié le PEPFAR en 2003 :

« Aucun fond ne sera rendu disponible pour cet Acte [*US Leadership Against AIDS, Tuberculosis and Malaria Act*] ou aucun amendement établi par cet Acte ne pourra être utilisé pour porter assistance, à un groupe ou une organisation dont la politique n'est pas explicitement opposé à la prostitution et au trafic sexuel. » (Public-Law 108-25 : sec. 7. c.3.f)

Il est indéniable que travailler avec les hommes et les femmes pour les conduire à interroger et à faire évoluer leurs normes en terme de genre constitue un préalable à la lutte contre la « prostitution » et à l'exploitation sexuelle. Mais la quasi-absence d'intérêt pour les TdS ne manque pas de faire écho aux valeurs de la droite chrétienne portées par le PEPFAR, perpétuant dès lors, nous estimons, une forme de stigmatisation des personnes ne pouvant être abstinentes et/ou fidèles.

Au terme de cette analyse sur les programmes de prévention mis en place par le PEPFAR on est en droit de s'interroger sur les motivations réelles de ce plan. Si le PEPFAR vise effectivement la diminution de la séroprévalence chez les personnes les plus contaminées, alors force est de constater que les programmes ne sont guère adaptés, et ne touchent que peu les femmes et les hommes les plus infectés par le VIH. Si par contre, c'est l'encadrement de la sexualité des jeunes qui constitue le but des programmes de prévention, alors, nous allons voir que le PEPFAR paraît avoir fort bien réussi.

En effet, l'analyse des évolutions des séroprévalences des différentes catégories de population de plusieurs tranches d'âge rend compte d'une persistance de la configuration nationale de l'épidémie. Dans le chapitre 6 et plus avant dans celui-ci, nous avons vu que d'après les données épidémiologiques (DHSE, 2005) les populations les plus infectées étaient les femmes de 35 à 39 ans et les hommes de 40 à 44 ans (DHSE, 2005 :213). Nous allons voir que malgré les programmes de prévention des nouvelles infections, cette tendance, loin de s'inverser s'est au contraire renforcée, interrogeant encore l'adaptation des politiques de prévention aux réalités épidémiologiques éthiopiennes.

II.3.c. Une séroprévalence nationale qui continue d'interroger

Sur le site de ONUSIDA, aucun chiffre n'est disponible à l'heure actuelle quant à l'Ethiopie, pour des raisons qui nous sont inconnues. Le site de USAID livre des données générales :

« En 2007, le prevalence d'adultes infectés par le VIH était de 2.1 %, elle a sensiblement augmenté à 2.3 % en 2009 » (USAID, September 28, 2010¹⁹¹)

¹⁹¹ http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/africa/ethiopia.html

De son côté, FHAPCO indique les informations suivantes :

« Le suivi de ces résultats indique que la prévalence au VIH a diminué de 7,4% en 1999/2000 à 2,8% en 2006/7. » (FHAPCO, 2010 : 1)

Ajoutons qu'en 2000/01, le manuel établit que la séroprévalence nationale était de 6,4%, puis de 4,4% en 2002/03 (*ibidem*). Il semble donc que la confusion, le flou et l'incertitude soient importants quant à ces chiffres. Le document de FHAPCO établit une séroprévalence de 3,5% chez les 15-24 ans à partir de la surveillance de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes (FHAPCO, 2010). Ces chiffres justifient dès lors les actions de prévention mises en place auprès de cette tranche d'âge tant par le PEPFAR que par le Gouvernement éthiopien (voir chapitre 6).

Cependant, les données établies par le dernier DHS Ethiopia, disponible depuis quelques semaines, ne corroborent pas ces informations. Ces données permettent, 6 ans après le précédent DHSE (2005), de se faire une première idée de l'évolution de l'infection. Nous estimons qu'à l'heure actuelle, le DHS Ethiopia fournit les informations les plus fiables quant à la séroprévalence nationale : il n'est pas basé sur les sites de surveillance des femmes enceintes et opère une sélection large des populations testées (DHS, 2011 : 231). Rappelons qu'en 2005, la séroprévalence des jeunes était inférieure à la moyenne : 0,7% pour les jeunes (hommes et femmes) entre 15 et 24 ans, pour une séroprévalence nationale de 1,4% (DHSE, 2005).

Au regard de la large diffusion des ARV et du nombre important de personnes sous ARV depuis 2006, il est délicat d'analyser la seule séroprévalence, et aucune indication, ni dans ce DHSE, ni sur d'autres sites officiels, n'est donnée quant à l'incidence du VIH. Ces informations sont donc à manier avec une grande prudence. De manière générale, la séroprévalence a légèrement augmenté passant de 1,4% en 2005 à 1,5% en 2011. Les hommes sont passés de 0,9% à 1% et le pourcentage chez les femmes est stable. La grande différence porte sur la séroprévalence chez les jeunes de 15 à 24 ans, nous l'estimons significative car touchant une population qui n'a pu être infectée par le VIH auparavant (ou en tout cas dans une faible proportion). Elle a diminué de moitié, passant de 0,7% en 2005 à 0,35% en 2011 (à titre de rappel et de comparaison, en France, la séroprévalence nationale est de 0,4%¹⁹²). Chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans, la baisse est importante : 0,7% en 2005 et 0,2% en 2011. Il semble donc que les actions de prévention aient été efficaces, et il est possible, nous pensons, de conclure que les interventions de PEPFAR ont pu avoir un impact réel sur cette population.

Il est plus délicat de se prononcer sur la séroprévalence des autres catégories de populations au regard de la disponibilité des ARV, faisant sans doute grossir les rangs des personnes séropositives. Toutefois, notons que les plus riches demeurent les plus infectés, hommes comme femmes, et les tranches d'âges les plus touchées demeurent les mêmes qu'en 2005. En 2011, plus encore qu'en 2005, on observe une différence prononcée entre les femmes entre 20-24 ans et les 25-29 ans. En 2011, les 20-24 ans présentent une séroprévalence de 0,9% et les 25-29 ans de 2,9%, l'écart est donc de 2% entre les deux tranches d'âges. Le taux d'infection le plus haut se rencontre chez les femmes de 30 à 34 ans : 3,7%. Quelque soit la

¹⁹² <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/tools/aidsinfo/countryfactsheets/>

manière dont on tempère les données portant sur les femmes des tranches d'âge 20-24 ans et 25-29 ans (par exemple en considérant que les 1,7% des 20-24 ans de 2005 sont venus grossir les rangs des 25-29 ans 6 ans plus tard), l'écart de 2% existant en 2011, entre les 20-24 ans et les 25-29 ans pose de nombreuses questions. Elles renvoient à ce que nous avons montré dans le chapitre 6, à savoir que l'attention à la prévention chez les jeunes de 15 à 24 ans se poursuit. Par contre, la séroprévalence des plus âgés continue de présenter des taux d'infection jusqu'à deux fois supérieurs à la moyenne nationale. De même, les personnes les plus riches restent les plus infectées : en 2005, le taux est de 4,3% et diminue en 2011, pour atteindre 3,9%. Le taux a fortement baissé chez les femmes, 6,1% en 2005 puis 4,9% en 2011 mais a augmenté chez les hommes, passant de 2,2% à 2,7% en 2011.

Les explications quant à la persistance de ce décalage sont évidemment multiples et complexes. Il est délicat de mettre en corrélation immédiate l'insistance de la promotion de l'AB auprès des jeunes par le PEPFAR, ainsi que leur faible intérêt pour la prévention auprès des adultes et ces données. Cependant, cet écart alimente nos doutes quant à l'adaptation réelle des programmes de prévention à la réalité de l'épidémie au VIH.

Seul le calcul de l'incidence permettra de statuer sur l'augmentation observée du nombre de séropositifs chez les hommes de plus de 24 ans, et sur sa stabilisation chez l'ensemble des femmes de plus de 24 ans, mais aussi sur son augmentation dramatique chez les femmes 25-29 ans : 1,7 % en 2005 et 2,9 % en 2011 (DHSE, 2005 : 213 ; DHSE, 2011 : 235). *A contrario*, il est évident que la séropositivité est en nette diminution chez les 15-24 ans, et donc que les actions de prévention mises en place, entre autres, par le PEPFAR, USAID et FHAPCO, ont permis à une population peu touchée, de l'être encore moins, jusqu'à atteindre 0 % chez les hommes de 15 à 19 ans (DHSE, 2011 :235) ; on ne peut que se réjouir devant un tel succès. Cependant, et comme nous l'avons déjà exprimé, l'élargissement aux autres catégories serait, nous estimons, souhaitable car il n'en va pas de même des 25-49 ans (augmentation de la séroprévalence pour cette tranche de 2% en 2005 à 2,2% en 2011 [*ibidem*]). Ainsi, et contrairement donc à l'idée largement répandue en Ethiopie, ce ne sont pas les jeunes qui propagent le sida, ce sont eux qui font baisser la séroprévalence nationale.

Il apparaît au terme de cette analyse des programmes du PEPFAR en Ethiopie que la distribution des ARV est un véritable succès. Cependant, la prévention des nouvelles infections reste sous-tendue par un contrôle social de la sexualité des jeunes, avec pour conséquence de laisser « de côté » les personnes les plus « à risque » (hommes et femmes de plus de 30 ans, éduqués et riches ainsi que les TdS). Cette situation prouve s'il en était encore besoin l'inadaptation de la promotion de l'abstinence avant le mariage aux jeunes gens et dans une moindre mesure de la fidélité.

Cette promotion de l'AB est souvent portée par les FBO partenaires du PEPFAR. C'est sur la base de la promotion de ces valeurs que Samaritan's Purse et IOCC ont reçu des subventions américaines. L'EOTC a reçu, entre 2004 et 2011, de la part de PEPFAR Ethiopia et USAID, 14 millions de dollars au titre de la promotion de l'abstinence et de la fidélité et plus largement pour l'encadrement des comportements sexuels de ses fidèles. Ces subventions constituent pour l'EOTC un facteur d'éthicisation, de rationalisation (ces concepts seront définis prochainement) des rapports à la sexualité, constituant un événement sans précédent pour cette Eglise. Cette tendance est visible dès le choix par le PEPFAR du partenaire « tampon » : IOCC. En effet, son implication révèle déjà certaines des tensions qui

traverseront l'EOTC-DICAC. Nous allons donc nous intéresser à cette FBO américaine de confession orthodoxe qui joue le rôle de partenaire, de courroie de transmission des idées entre USAID et l'EOTC.

III. Les instances américaines et IOCC

Le PEPFAR subventionne l'EOTC au motif qu'elle est une FBO, trouant de millions de dollars le mur de séparation entre l'Etat américain et les diverses congrégations religieuses. En Ethiopie, les premières percées furent inaugurées par USAID.

III.1. L'implication croissante des ONG religieuses dans le développement : globalisation du religieux et « réenchantement de la Providence »

De manière générale et dans le contexte international, on observe une implication croissante des ONG confessionnelles dans l'arène du développement¹⁹³. Plusieurs raisons sont invoquées pour expliquer ce mouvement débuté entre les années 1970 et 1980 (Kaag, Saint-Lary, 2011 :8 ; Fath, 2007 : 251). Le processus de globalisation de l'aide humanitaire ainsi que des religions (Bastian et al., 2001 ; Agadjanian, Roudmetof, 2005 ; Duriez et al., 2007 ; Saint-Lary et al. 2011) sont les motifs les plus couramment cités.

S. Fath considérant les grandes ONG confessionnelles évangéliques américaines (World Vision, Samaritan's Purse, Habitat for Humanity) propose le concept de « réenchantement de la Providence », au sens d'un « réinvestissement de la Providence par le religieux au détriment du politique » (2007 :251). Nous avons vu au début du chapitre 10 (section 2), l'importance aux Etats-Unis de la notion de « Providence », ainsi que son lien aux notions de destinée manifeste et d'élection divine de cette nation. Un autre argument explique l'intégration des ONG confessionnelles dans le développement :

« L'approche providentialiste des ONG évangéliques s'appuie aussi sur un individualisme communautaire où le politique et le macro-économique passent à l'arrière plan » (Fath, 2007 :259)

On retrouve donc dans l'implication de ces ONG confessionnelles l'idée puritaine prévalant à la création des Etats Unis selon laquelle :

« Il ne saurait y avoir d'amélioration durable de la société sans transformation, à la base, de l'individu. [...] Les causes globales du sous-développement et de la misère ne constituent pas la cible directe de leur action. » (*ibidem*)

Enfin, selon S. Fath,

« Ce réinvestissement de la Providence par le religieux, [...] se double enfin d'une dimension indéniablement millénariste. » (2007 : 260)

¹⁹³ Les études sur ce thème n'ont pas l'ampleur de celle sur le développement en général, mais de nombreux auteurs ont travaillé sur l'émergence des ONG confessionnelle sur la scène du développement international (Hofer, 2003 ; Roudoumetof et al., 2005 ; Duriez et al., 2007 ; Kaag, Saint-Lary, 2011)

Mais ce millénariste est « optimiste », il tend à construire aujourd'hui et maintenant le « Royaume de Dieu », car la « société peut être transformée dès ici-bas » (*ibidem*). Participant dès lors d'une « intramondanisation » du salut, cette posture « met l'accent sur la simplicité de l'accès aux biens de salut » tant spirituels que matériels (*ibid* : 261).

D'autres auteurs l'imputent à des bases plus « mondaines » et notamment au développement :

« Du paradigme néo-libéral, axé sur la privatisation et la prise de leurs responsabilités par le citoyens (Kaag et al., 2004) » (Kaag, Saint-Lary, 2011 : 8)

Ces éléments ne sont pas sans faire écho au *compassionate conservatism* prôné par G.W. Bush pour impliquer les FBO dans les missions de services publics nationaux, puis au PEPFAR.

III.2. La qualification des FBO internationales par et pour USAID

Il a été explicité dans le chapitre précédent que G.W. Bush crée, dès janvier 2001, le *White House Office of Faith-Based and Community Initiatives* qui devait remettre en cause l'exclusion des *faith-based charities* (des organisations caritatives religieuses) à bénéficier de fonds publics pour leurs activités. Parallèlement à cette remise en cause, G.W. Bush créa le *Center for Faith-Based and Community Initiatives* (CFBCI), afin d'améliorer l'effectivité et la capacité des *Faith Based Organizations* (FBO) à fournir un service social de qualité en modernisant leur capacité organisationnelle (Djelabli, 2011: 85). Le CFBCI travaille avec ces FBO soit directement soit en mandatant des associations intermédiaires. Il s'agit d'offrir aux FBO une assistance technique et de demande de fond, les formations proposées étant gratuites (Pipes, Ebaugh, 2002 : 49-51). Quelques mois plus tard cette structure est appliquée à l'aide internationale, à travers USAID, afin d'appuyer le volet de soutien aux organisations religieuses¹⁹⁴. Cette initiative préfigure la création du PEPFAR et s'inscrit dans la continuité du programme national PRWORA. Transposée au niveau international, les valeurs prônées sont le soulagement de la souffrance humaine, grâce à une *Armies of compassion*¹⁹⁵. Le CFBCI international joue donc le rôle de plateforme, d'interface entre USAID et les FBO, en renforçant les capacités techniques et organisationnelles des FBO et des CBO (Community Based Organizations). Le Gouvernement des Etats-Unis incite les FBO concourir au même titre que les ONG laïques aux appels à projet et à solliciter des fonds USAID.

Comme il a été précisé précédemment, c'est un accord tripartite qui a été signé entre l'EOTC, USAID et l'américaine IOCC (International Orthodox Christian Charities). C'est-à-dire que le premier financement de l'EOTC fut distinct et indépendant du PEPFAR, quoique celui-ci comprenne également un volet de financement et d'implication des FBO. Cette dimension du PEPFAR est établie dans le *US Leadership against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Act* :

« Les Congrégations religieuses ont apporté une importante contribution à la prévention et aux programmes de traitement du sida de par le monde. Des programmes fructueux

¹⁹⁴ http://www.usaid.gov/about_usaid/presidential_initiative/faithbased.html

¹⁹⁵ voir le site :

http://www.usaid.gov/our_work/cross-cutting_programs/private_voluntary_cooperation/pvoconf03_faithbasedslides.pdf

de prévention des nouvelles infections au VIH en Ouganda, en Jamaïque et ailleurs, ont intégré les églises locales et les groupes religieux dans leurs efforts pour promouvoir des changements de comportements prévenant l'infection au VIH, pour réduire la stigmatisation et pour traiter les personnes affectées et infectées par la maladie et pour prendre soin des orphelins. L'Eglise Catholique à elle seule prend actuellement soin d'un quart des personnes traitées pour le sida dans le monde¹⁹⁶. » (Public Law 108-25 : sect. 2. 19)

Si au niveau national de nombreux freins et réticences sont apparus au motif d'une remise en cause de la séparation de l'Eglise et de l'Etat aux Etats-Unis, force est de constater la fortune de l'intégration des FBO aux programmes internationaux américains. Il semble donc que l'attention au maintien de la séparation de l'Eglise et de l'Etat ait concerné préférentiellement le niveau national. Car même si comme l'établissent N. Ooman et ses co-auteurs (2008), les FBO n'ont finalement été que peu financées, leur intégration au PEPFAR ne fit pas autant de bruit qu'au niveau national, et les *Armies of compassion* semblent plus s'être déployées à l'étranger que sur le sol américain. Peut-on arguer, que l'Etat Américain avait moins à craindre de la part de ces FBO-ONG œuvrant à la moralisation des pauvres et des PVVIH loin du sol américain que des FBO opérant à l'échelle nationale ?

Le OGAC assoit la nécessité d'intégrer les FBO sur un argument technique ou pratique, et non moral ou religieux. C'est ainsi que, à l'instar du niveau national, on retrouve l'idée que les congrégations religieuses disposent d'une compétence et d'une expérience nécessaire au PEPFAR :

« Les congrégations religieuses possèdent des infrastructures, une expérience et un savoir dont ce programme aura besoin dans le futur et devront faire partie intégrante de la lutte contre le sida mené par les Etats-Unis. » (Public Law 108-25 : sect. 2. 19)

C'est sur la base de ces justifications que parallèlement à la mise en œuvre du PEPFAR en Ethiopie, en février 2004, USAID signe avec l'EOTC¹⁹⁷ un accord d'assistance sur une période de trois ans visant à financer, par l'intermédiaire de l'IOCC, la promotion de l'abstinence et de la fidélité. Le programme fut assorti d'une subvention de 5 millions de dollars. En 2007, il fut prolongé pour trois ans (de 2008 à 2011) et accompagné d'un financement de près de 8 millions de dollars¹⁹⁸.

N. Ooman et ses coauteurs pointent le nombre de financement octroyé à la FBO américaine Catholic Relief Service par le PEPFAR qui

« Reçu 49 millions de dollars de subvention de PEPFAR en 2005 soit 46% du montant alloué à des FBO » (2008 : 10).

IOCC et EOTC avec leurs 13 millions de dollars pour la période de 2004-2011 font figure de parents pauvres du programme mondial de lutte contre le sida américain rassemblant PEPFAR et USAID. Mais, a contrario, elle est la congrégation religieuse éthiopienne la plus subventionnée par ces instances. Dans le courant de l'année 2006, le PEPFAR Ethiopia, s'intéresse de près aux initiatives de l'EOTC et lui accorde une subvention d'un peu plus d'un million de dollars, au titre de l'intégration des FBO aux programmes de prévention contre le

¹⁹⁶ Ce passage et les deux suivants sont notre traduction.

¹⁹⁷ http://www.usaid.gov/press/frontlines/Feb04_FrontLines.pdf

¹⁹⁸ Voir le site internet de IOCC : <http://www.iocc.org/news/10-16-07.aspx>

sida basé là encore uniquement sur l'abstinence, la fidélité et l'entrée tardive dans la sexualité des jeunes (Communication personnelle du coordinateur du programme PEPFAR-John Hopkins University en Ethiopie, décembre 2006)¹⁹⁹.

La description et l'analyse du partenaire tampon, IOCC, nous paraissent pertinentes à trois titres. D'abord, sa présence rend compte de la tendance à la globalisation de la religion et de l'aide humanitaire. Celle-ci est d'ailleurs appuyée par les organismes américains puisque IOCC, ONG confessionnelle orthodoxe est subventionnée pour intervenir auprès de l'EOTC, Eglise appartenant à l'orthodoxie. Ensuite, comme il a été établi (chapitre 3 section IV.3), le christianisme orthodoxe ne s'intéresse classiquement guère aux questions de développement et aux affaires « séculières » (Molotokos-Liederman, 2007). L'existence de ces deux organismes IOCC et EOTC-DICAC interroge sur la manière dont les différentes Eglises orientales et/ou orthodoxes s'engagent dans l'action humanitaire, et pour IOCC, sur le plan international. Enfin, la tendance du PEPFAR à choisir des partenaires de type confessionnels en accord avec la sensibilité religieuse des destinataires (Samaritan's Purse dans la région SNNPR de confession majoritairement évangélique et IOCC auprès de l'EOTC) est un trait notable. Il mériterait, il nous semble, de plus amples investigations, nous proposerons toutefois une hypothèse.

III.3. IOCC et USAID : l'orthodoxie qualifiée pour le développement international

International Orthodox Christian Charities (IOCC), indique sur leur site internet²⁰⁰ que cette ONG religieuse a été créée en 1992 par l'organisation internationale humanitaire de la "Conférence Permanente des Archevêques Orthodoxes Canoniques d'Amérique"²⁰¹ (Molotokos-Liederman, 2007). Cette Conférence permanente existe depuis 1960. Elle est un regroupement de plusieurs Eglises orthodoxes implantées aux Etats-Unis et au Canada. Ces églises sont :

- « • Albanian Orthodox Diocese of America
- American Carpatho-Russian Orthodox Greek Catholic Diocese in the U.S.A.
- Antiochan Orthodox Christian Archdiocese of North America
- Bulgarian Eastern Orthodox Church
- Greek Orthodox Archdiocese of the United States
- Greek Orthodox Church in Canada
- Orthodox Church in America
- Romanian Orthodox Missionary Archdiocese in America and Canada
- Serbian Orthodox Church in the USA and Canada
- Ukrainian Orthodox Church in America
- Ukrainian Orthodox Church of Canada »²⁰²

L'existence de cette ONG confessionnelle fondée sur le rassemblement d'Eglises orthodoxes

¹⁹⁹ Cette information fut relayée par le site internet de PEPFAR durant l'automne 2007 mais disparut quelques mois plus tard.

²⁰⁰ <http://www.iocc.org/>

²⁰¹ En anglais : (Standing Conference of Canonical Orthodox Bishops in the Americas - SCOBA)

²⁰² http://www.iocc.org/aboutiocc_aboutscoba.aspx

de diverses nationalités ou communautés implantées sur le continent Nord Américain a été pointée par L. Molokotos-Liederman (2007) ; nous rejoignons cette auteure pour la considérer comme notable et significative de l'existence d'une volonté de transnationaliser l'Orthodoxie.

III.3.a. IOCC : l'Orthodoxie sur la scène du développement international ?

En effet, l'Eglise orthodoxe ou plutôt les Eglises Orthodoxes au sens le plus large qui soit c'est-à-dire comprenant les Eglises orientales, sont, depuis le Grand Schisme entamées au XI^e siècle et achevées au XIII^e (Clément, 2009 :77), en tension entre unité de la foi orthodoxe et autocéphalie, soit l'inscription principalement nationale des Eglises (Clément, 1961 : 15-21 ; 2009 : 97-100). Rappelons que le Grand Schisme est la séparation entre Rome et Byzance, entre l'Eglise Occidentale, appelée ensuite catholique, de rite romain et l'Eglise Orientale, de rite grec dénommée ensuite Eglise Byzantine. L'apparition de cette conférence nous semble être une manifestation de cette tension : unité de la foi orthodoxe et autocéphalie nationale. Cependant pour SCOBA, l'unité n'est pas fondée sur l'appartenance à une nation historiquement orthodoxe comme la Serbie ou l'Ukraine, mais sur l'ancrage territorial nord américain. D'ailleurs, cette ONG confessionnelle

« Se présente comme l'agence humanitaire officielle des chrétiens orthodoxes américains [...] et fonctionne en coopération avec les Eglises orthodoxes et au nom des chrétiens orthodoxes du monde entier » (*ibid* : 147).

A ce titre, parmi les partenaires "chargés de la mise en œuvre" des programmes, soit parmi les bénéficiaires de cette ONG religieuse, on compte de nombreuses Eglises orthodoxes autocéphales : l'Eglise Orthodoxe Serbe, le Patriarcat de Géorgie, l'Eglise Orthodoxe Roumaine, l'EOC-DICAC, l'Archidiocèse de l'Eglise Autocéphale d'Albanie, Le département du Service Social et de Charité du Patriarcat de Moscou (L'Eglise Orthodoxe Russe). Ainsi quoiqu'elle tende vers l'œcuménisme, et vise à aider par-delà l'appartenance communautaire et religieuse, il apparaît que l'IOCC est une ONG orthodoxe essentiellement à destination des orthodoxes et financée par des bailleurs de fond internationaux et bilatéraux.

Parmi les instances attribuant des fonds à cette ONG, on trouve bien sûr USAID, et nous y reviendrons, mais également le PAM (Programme Alimentaire Mondial des Nations Unies), la FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture), le programme d'aide humanitaire et de protection civile de la Commission Européenne (ECHO).

Comme l'établit L. Molokotos-Liederman, ce rassemblement d'Eglises orthodoxes et les modes de financements de ses projets témoignent de « la volonté des Eglises orthodoxes de s'engager comme acteurs sociaux et humanitaires » (2007 : 150). Cette situation rend dès lors compte, du moins potentiellement, d'une tendance à la transnationalisation de la charité et de la foi orthodoxe. Processus qui appelle une analyse en terme d'institutionnalisation de la foi et de la charité, introduisant une nouvelle dynamique au sein de l'orthodoxie. Ce mouvement est d'autant plus notable que, comme nous l'avons vu (chapitre 2 section 4) les Eglises orthodoxes, l'EOTC comprise, ne s'impliquaient guère (à part au niveau micro-local et de manière confidentielle) dans le soutien aux opprimés, aux pauvres et aux victimes d'injustices, contrairement à ses consœurs catholiques, protestantes ou même musulmanes (Molokotos-Liederman, 2007).

III.3.b. La qualification de IOCC pour recevoir des fonds gouvernementaux américains : un processus flou ?

Si cette Faith Based Organization (FBO) reçoit des subventions de diverses agences des Nations-Unies, il est impossible au regard des éléments à disposition de distinguer la manière dont les projets sont financés. Cette ambiguïté pose la question des relations entre Etat et religion aux Etats-Unis et/ou instances internationales et FBO. Il existe deux possibilités. Dans le premier cas, les projets sont créés et financés sur la base d'appels à projets édités par les différents bailleurs de fond internationaux (Nations-Unies et ECHO) ou bilatéraux (USAID). Si une ONG confessionnelle bénéficie de fonds bilatéraux ou internationaux sur cette base, alors, cela tendrait à signifier que les ONG religieuses sont considérées pour leur compétence en développement et leur capacité à mettre en œuvre des projets, les mettant de fait sur un pied d'égalité avec les ONG laïques. La deuxième possibilité est la suivante. Des projets sont conçus et subventionnés par les bailleurs de fonds (Nations Unies, USAID) qui choisissent ensuite cette FBO comme partenaire pour mettre en œuvre localement des programmes humanitaires et/ou d'aide au développement. Dans ce cas, la frontière entre les sphères religieuses (et voire potentiellement prosélytes) et organismes de développement séculiers (Gouvernement, instances internationale), est à notre sens, alors remise en cause. Cette ambiguïté est sensible pour le partenariat établi entre USAID, IOCC et EOTC-DICAC. En effet, d'après le site internet de IOCC, cette FBO :

« IOCC est enregistrée auprès de U.S Agency for International Development [USAID] et est éligible pour recevoir des fonds du Gouvernement des Etats-Unis pour l'aide étrangère. »²⁰³

La date à laquelle ces enregistrements et « agrément » ont été obtenus n'est pas indiquée. Une grande partie des informations quant à la manière dont cette « éligibilité » a été demandée puis octroyée ont disparu, mais elles étaient encore disponibles en 2007, date à laquelle nous nous sommes penchée sur cet aspect de l'aide américaine. A l'automne 2007, le site internet de IOCC précisait de quelle manière l'agrément avait été obtenu. La demande en avait été faite à une organisation non gouvernementale-américaine (ONG.GO), qui n'existait plus un an plus tard (à l'instar de ces informations). Celle-ci avait pour fonction, entre autres, de préparer les FBO américaines de dimension internationale à recevoir l'agrément de USAID. Il est délicat de préciser si une formation, un contrôle du fonctionnement de ces FBO furent entrepris, mais il nous semble que c'est par un jeu de courroie de transmission émanant des instances américaines, que IOCC a pu être éligible à recevoir des fonds américains pour l'aide étrangère. De même, au regard des éléments à disposition, la chronologie entre l'éligibilité et la signature du partenariat est complexe à établir avec certitude. Il apparaît par contre évident que la structure existant au niveau national, le CFBCI (*Center for Faith-Based and Community Initiatives*) mis en place par G.W. Bush fut utilisée d'une manière ou d'une autre pour qualifier les FBO et les enregistrer

²⁰³ http://www.iocc.org/aboutiocc_mission.aspx notre traduction.

comme partenaire possible de USAID. Qualification qui pour IOCC et l'EOTC déboucha sur le partenariat avec le gouvernement américain signé au début de l'année 2004 :

« ADDIS ABABA, Ethiopia—Le 13 février [2004], l'ambassadrice des Etats-Unis Aurelia Brazeal et sa Sainteté l'Abuna Paulos [*sic*], Patriarche de l'Eglise Orthodoxe Ethiopienne, signent un agrément pour offrir une assistance à la lutte contre le sida sur une période de trois ans. Les subventions proviendront de USAID et transiteront par l'International Orthodox Christian Charities. Ces trois années de financement de 5 millions de dollars, serviront à promouvoir l'abstinence et la fidélité, la prise en charge des orphelins du sida, et la prise en charge communautaire des personnes infectées et affectées par le sida. »²⁰⁴

Ainsi, IOCC reçoit des subventions américaines pour, entre autres, aider l'EOTC à promouvoir l'abstinence et la fidélité.

III.3.c. Le recours aux ONG confessionnelles par USAID-PEPFAR en question

Par ailleurs, d'après le site internet de l'ONG religieuse orthodoxe internationale, sa mission consiste,

« Dans l'esprit de l'amour du Christ, [à] offrir l'aide d'urgence et des programmes de développement à ceux qui, à travers le monde, en ont besoin sans discrimination, et de renforcer les capacités de l'Eglise Orthodoxe d'y répondre. »²⁰⁵

Le fondement biblique de cette ONG confessionnelle conduit L. Molokotos-Liderman à mettre en évidence sa tendance missionnaire. Quoique celle-ci assure

« Ne mener aucun travail [...] d'évangélisation, pour lesquels il existe aux Etats-Unis une organisation séparée, l'Orthodoxe Christian Mission Center, si elle dit séparer travail missionnaire et travail humanitaire, les frontières entre les deux ne sont pas claires » (2007 : 150)

Dès lors et à l'instar de Samaritan's Purse dirigé par l'évangéliste conservateur F. Graham (Fath, 2007), vertu morale, charité et solidarité chrétiennes s'entremêlent-elles à l'évangélisation et à la mission. Finalement, les divers éléments mis à jour dans cette section, amènent à questionner l'implication des ONG confessionnelles au programme PEPFAR-USAID. Au regard de la dimension prosélyte de ces deux organisations, on peut s'interroger quant aux objectifs visés par le PEPFAR sous l'ère G.W. Bush en intégrant les ONG confessionnelles. On peut notamment se demander dans quelle mesure ces FBO ne sont pas là pour porter l'idée qu'

« Il ne saurait y avoir d'amélioration durable de la société sans transformation, à la base, de l'individu. » (Fath, 2007 : 260)

Plus encore que le « réenchantement de la Providence », il nous semble que l'encadrement moral, fondé sur l'idée d'un millénariste « optimiste » est une des principales idées, ou valeurs portées par le PEPFAR sous le mandat de G.W. Bush. Elle pourrait être relayée par l'extension du millénarisme optimiste. Posture, qui rappelons-le, se donne pour but de construire aujourd'hui et maintenant le « Royaume de Dieu », car la « société peut être

²⁰⁴ http://www.usaid.gov/press/frontlines/Feb04_FrontLines.pdf notre traduction.

²⁰⁵ <http://www.iocc.org/> traduction par nous-même.

transformée dès ici-bas » (*ibidem*). Cependant, au regard de la pluralité des ONG confessionnelles impliquées, il est peu probable que celle-ci constitue le cœur, le point commun du programme. Par contre, il apparaît clairement qu'une des conséquences du financement des FBO par le PEPFAR constitue ou participe d'une « intramondanisation » du salut. C'est-à-dire que d'une certaine façon, le contrôle de soi sensible à travers le respect des valeurs d'abstinence et de fidélité (portées toutes deux par IOCC et Samaritan's Purse), est l'objectif à atteindre non seulement pour affirmer la moralité individuelle et communautaire, et devient un des signes même de salut.

Il ressort donc que les ONG confessionnelles recrutées par USAID-PEPFAR jouent un rôle similaire aux Etats-pivots dans la gestion des conflits (cf. chapitre 10 section II.2). La stratégie américaine de gestion des conflits en Afrique (et dans d'autre partie du globe) étant de laisser les Africains gérer leurs conflits entre eux, les Etats-Unis pilotant ou incitant de loin, les acteurs locaux à entrer en scène. Le PEPFAR est un exemple de cette stratégie puisque le programme finance l'Ethiopie, le Kenya et le Rwanda au regard de leurs positions stratégiques dans la région. Ces Etats ont pour rôle d'endiguer la montée des terroristes islamiques somaliens. Il nous semble que IOCC et dans une moindre mesure Samaritan's Purse jouent des rôles similaires mais sur les plans de la moralisation des comportements sexuels et de l'encadrement de la lutte contre le sida en Ethiopie. Et il nous semblerait intéressant de déterminer la mesure dans laquelle cette situation est similaire dans d'autres contextes. En effet, IOCC est une ONG orthodoxe rassemblant des Eglises slave, grecque, arménienne et orientale (Eglise d'Antioche) implantées sur le territoire américain. Cette ONG a une dimension et une vocation internationale et œuvre principalement auprès des populations de même confession. Elle participe dès lors d'un mouvement de transnationalisation de la foi orthodoxe bien que celle-ci soit limitée de fait au regard de la configuration et des spécificités nationales de ce christianisme (Molotkos-Liederman, 2007). Ayant émergée sur le sol américain, elle représente pour USAID-PEPFAR, une sorte de courroie de transmission, une forme d'adaptation, de transcription des valeurs américaines aux valeurs « orthodoxes » et permet de diffuser en Ethiopie quelque chose de déjà adapté, déjà « reformulé » en terme orthodoxe. En finançant et en mandatant cette ONG religieuse USAID-PEPFAR œuvre sur trois plans : elle permet à l'argent du contribuable américain de réalimenter l'économie américaine, elle concourt à la transnationalisation de l'Orthodoxie et elle fait preuve d'une volonté d'adaptation au contexte local. L'implication de Samaritan's Purse et le fait que cette ONG intervienne uniquement auprès des populations déjà converties au protestantisme évangélique indique une volonté similaire d'adaptation, bien que celle-ci soit moins proche culturellement des contextes locaux des SNNPR.

Si cette approche, cette stratégie a le mérite d'être sensible à la dimension « culturelle » (et sociale ?) de l'infection au VIH, on peut également se demander dans quelle mesure elle n'est pas le témoin d'une conception culturaliste de la lutte contre le sida, mais la question ne peut ici qu'être posée. A présent que les enjeux stratégiques sous-tendant l'implication de IOCC ont été dégagés, il s'agit maintenant d'en voir les conséquences localement et de déterminer la manière dont IOCC et USAID-PEPFAR ont œuvré auprès de l'EOTC et plus spécifiquement de l'EOTC-HAPCO.

Pour les raisons précisées précédemment (chapitre 4 et chapitre 10, section I.2), le rôle exact qu'a joué jusqu'en 2011 IOCC dans ce partenariat ne nous est guère connu. De même, nous

n'avons que peu de données sur les actions menées par l'IOCC sur le terrain. Les divers entretiens menés avec le responsable de l'EOTC HAPCO en 2008, et le seul interview conduit avec le responsable de IOCC en Ethiopie, permettent d'établir que IOCC faisait du micro-crédit et de la formation aux personnes affectées et infectées par le VIH dans le Nord du pays, dans la région de Gondar, autour de Bahar Dar ainsi qu'à Wolliso et aux alentours. Dans ces régions, elle aidait également à la prise en charge des OEV par les familles. Nous nous sommes rendue à Bahar Dar et avons cherché à trouver les sites sur lesquels IOCC travaillait, cependant le diocèse de Bahar Dar n'était pas en mesure de donner les informations désirées, et nous expliqua ne pas être au courant de ces actions. Notre étude concernant d'abord les sites d'eau bénite et la prise en charge de l'infection sur les sites d'eau bénite, nous n'avons pas poussé plus loin l'investigation quant aux projets locaux mis en œuvre par IOCC/EOTC-HAPCO. Par contre, nous nous sommes intéressées aux messages délivrés par le clergé séculier aux fidèles autour de la question du sida. A ce titre plusieurs types de données ont été collectés. Nous avons suivi un « rally »²⁰⁶ (en français caravane) des archevêques à Däbrä Marqos, et plusieurs prêtres ayant suivi la formation sur le VIH (promotion de l'abstinence et de la fidélité, lutte contre la stigmatisation) ont été interrogés ; de plus divers documents relayant cette formation ou l'appuyant ont été collectés. Nous avons également cherché à assister à des journées de formation des prêtres ainsi qu'à des réunions du clergé autour de cette question, mais nos demandes sont restées sans réponses. C'est donc à partir de l'analyse des données collectées que nous allons, à présent, nous pencher sur la manière dont l'EOTC s'est engagée dans la lutte contre le sida et dont les financements américains ont fait évoluer cette implication.

IV. L'EOTC, la lutte contre le sida et USAID : un partenariat à contre-emploi ?

Les subventions américaines et le partenariat de IOCC au côté de l'EOTC constituent des facteurs de rationalisation et d'éthicisation de l'EOTC supplémentaires. Nous avons vu dans le chapitre 3 que l'EOTC elle-même connaissait un mouvement interne de rationalisation. Les dernières évolutions ou occasions de transformation se manifestent à travers les deux grands volets : la prévention des nouvelles infections à travers l'encadrement des comportements sexuels et la distribution des ARV qui rencontre le christianisme éthiopien sur les sites d'eau bénite. Le prochain chapitre est dédié à l'analyse de cette dernière rencontre. Nous ne traitons donc ici que du premier domaine à travers lequel cette occasion de transformation se donne à voir : l'encadrement des comportements sexuels des fidèles de l'EOTC.

²⁰⁶ Les *rally* sont des sortes de tournées du haut clergé de l'EOTC. Ceux-ci se rendent dans une paroisse, généralement de diocèse

IV.1. Le changement religieux : cadrage théorique et conceptuel pour l'analyse de l'engagement de l'EOTC contre le sida

Avant de débiter, à proprement parler, la présentation des faits et leur analyse, une définition des principaux concepts employés ici, est nécessaire. Les notions de rationalisation, d'éthicismation²⁰⁷ et celles connexes de sécularisation et de laïcisation sont chargés d'histoire et ont été mille fois redessinées sous les plumes analytiques de nombre de philosophes, d'historiens et bien sûr de sociologues²⁰⁸. S'il peut être séduisant de faire son miel de tant de tentantes fleurs, à trop mélanger les essences on risque la « déconfiture ». Nous opterons donc pour le classique mais solide bouquet du maître M. Weber peut-être moins gorgé de pollen à force de butinage, mais qui ne laisse pas de nourrir tant les jeunes analystes en herbe que les analystes épanouis. Nous ajouterons à ce bouquet quelques fleurs conceptuelles d'auteurs plus contemporains, et notamment celles de J.P. Willaime (2006).

Nous avons dès le début de cette étude opéré une distinction entre rationalisation, éthicismation et les notions de sécularisation et de laïcisation. Ces deux derniers n'ont jamais été employés à l'endroit du christianisme éthiopien. Le concept de sécularisation, plus encore que celui de laïcisation, a été évité pour deux raisons. D'abord parce que les définitions de la sécularisation sont nombreuses, (Willaime, 2006 ; Foessel et al. 2007) si bien que « nous ne savons pas ce que signifie “sortir de la religion” » (Monod, 2002 :7). A minima, on peut considérer avec J.-P. Willaime que « la sécularisation, en sociologie des religions, est une théorie du changement religieux » (2006 :767). Pour au moins avoir une idée plus claire de ce qu'on entend par sécularisation, on posera que ce terme désigne le processus de transfert de contenu religieux (en Occident, essentiellement chrétiens) vers des contenus séculiers. A la suite de J.-P. Willaime, on considèrera que le christianisme éthiopien est en changement. Mais ce n'est ici qu'une partie de ce changement qui nous intéresse, si bien que dans cette étude, l'existence d'un processus de sécularisation du christianisme éthiopien ne sera pas interrogée dans son entièreté²⁰⁹.

En Ethiopie, l'Etat a prononcé la séparation de l'Etat et de l'Eglise en 1975 (Ancel, 2006) puis le Gouvernement de transition l'a réaffirmé en 1995 dans la Constitution de la République Fédérale Démocratique d'Ethiopie. Il apparaît donc en première approche que l'Ethiopie est désormais un Etat-nation laïc ; événement convoquant alors à la barre, le concept de laïcisation. Il revient à J. Baubérot d'opérer une distinction entre sécularisation et laïcisation (1994). Pour celui-ci :

²⁰⁷ Ce terme désigne spécifiquement le concept wébérien de rationalisation éthique, soit l'application de règles proprement religieuses à la sphère non religieuse. C'est à dire qu'une « mondanisation » des valeurs et éthiques religieuses est opérée. Nous expliquons plus loin, les raisons pour lesquelles une distinction entre rationalisation organisationnelle et rationalisation éthique est opérée. Pour l'heure, nous avons opté pour employer les concepts de rationalisation et d'éthicismation. Dans la suite de notre propos, la rationalisation désigne la structuration, l'organisation rationnelle de l'administration religieuse, l'éthicismation est la rationalisation éthique.

²⁰⁸ Pour un aperçu des débats sur ce thème on pourra pour le versant philosophique se reporter à l'ouvrage de J.C. Monod (2002) il présente également les thèses de quelques grands noms de la sociologie. On pourra également consulter l'ouvrage collectif dirigé par M. Foessel, J.-F. Kervégan, M. Revault d'Allonnes (2007) pour une synthèse des théories portées par les sociologues on lira l'article de J.P. Willaime (2006).

²⁰⁹ Nous estimons toutefois à la lumière des faits qui seront discutés ici qu'une telle question mérite d'être posée.

« La laïcisation est “liée à des tensions explicites entre différentes formes sociales (religieuses, culturelles, politiques voire militaires) qui peuvent prendre l’aspect d’un conflit ouvert. L’enjeu devient alors le contrôle de l’appareil d’Etat (ou du moins, une forte influence sur lui) pour qu’il intervienne comme acteur social et donne, voire impose, une solution qui concerne d’abord la religion en tant qu’institution sociale ». (Baubérot, 1994 : 12-14 cité par Willaime, 2006 : 763-64)

La sécularisation ne découle pas de la laïcisation, et la sécularisation d’une société peut, comme en Norvège, être menée sans laïcisation de l’Etat, sans séparation avec l’Eglise. Ainsi, la laïcisation concerne plus spécifiquement les rapports entre l’Etat et le religieux. Nous considérons que l’Etat éthiopien est désormais laïque et n’interrogeront donc pas les relations entre l’Etat et l’Eglise. La situation est évidemment plus complexe, mais nous laisserons cette question de côté.

Le concept, et/ou théorie de la sécularisation, c’est à dire, du changement religieux, pourrait être envisagé comme un chapeau rassemblant les concepts utilisés ici à savoir la rationalisation et l’éthicisation du christianisme éthiopien. Mais plutôt que de s’intéresser à l’ensemble du mécanisme, que seule une étude spécifique pourrait cerner, nous la limiterons à l’analyse de deux points. A l’aune (ou à partir) de l’implication de l’EOTC et de l’Eglise éthiopienne dans la lutte contre le sida, nous considérons dans cette section et le chapitre suivant deux aspects du changement religieux : la rationalisation et l’éthicisation.

IV.1.a. La rationalisation wébérienne appliquée à l’EOTC

M. Weber rappelle que la rationalisation peut concerner de nombreux domaines (économie, contemplation mystique, éducation, justice, etc.).

« Chacun de ces domaines peut être “rationalisé” en fonction de points de vue ultimes et d’orientations fort divers ; de surcroît, ce qui est “rationnel” pourra paraître “irrationnel” selon le point de vue adopté. [...] Dans la perspective de l’histoire culturelle, on ne peut caractériser les différences entre ces rationalisations qu’en déterminant *quelles* sphères ont été rationalisées, et dans quelle direction. Ce qui importe donc, en premier lieu, c’est, encore une fois, de reconnaître et d’expliquer dans sa genèse la *particularité* du rationalisme occidental et, à l’intérieur de celui-ci, du rationalisme occidental moderne.²¹⁰ » (1996 : 502-503)

Ce concept appliqué à l’EOTC permet d’englober sous un seul terme le processus historique mis en lumière par S. Ancel (2006)²¹¹. Cet auteur a montré que dans un mouvement entamé au début du XX^e siècle, l’épiscopat de l’Eglise éthiopienne eut un rôle centralisateur croissant, et acquit un réel pouvoir au cours de la première moitié du XX^e siècle. Une autre dynamique se mit en place dès les années 1920, mais plus sûrement à partir des années 1970 : la centralisation de l’EOTC et une nouvelle administration religieuse, avec à sa base les conseils de paroisse (Ancel, 2006 : 209 ; Ficquet, Ansel, 2007 : 196). Nous avons vu que dans le même temps, EOTC-DICAC ou plus exactement l’EOC-DICAC, est créé. Il est, à notre sens, tout à

²¹⁰ En italique dans le texte.

²¹¹ S. Ansel dans sa thèse traite d’un point de vue historique l’émergence de l’épiscopat éthiopien, et les conséquences sur l’administration de l’EOTC (2006). Lui-même n’a jamais qualifié ce processus de rationalisation, cette analyse est notre fait.

fait notoire que ces deux créations soient de la même époque. Elles rendent compte de ce processus de rationalisation interne de l'EOTC. La séparation avec l'Etat en 1975 et la perte de ses revenus terriens (nationalisation de la terre par le *därg*) (Ansel, 2006 : 232) impulsa une accélération de cette rationalisation. Si un collège de théologie voit le jour, on ne peut guère considérer qu'il est la marque d'un changement théologique d'envergure. Ainsi, la foi, les principaux dogmes de l'Eglise n'étaient guère modifiés, mais l'EOTC a poursuivi son processus interne de rationalisation.

IV.1.b. L'éthicisation

M. Weber étudie certaines des formes de rationalité spécifique au contenu religieux, et met en lumière la tendance, dans le protestantisme notamment, à la rationalisation éthique, ce qui est appelé par les sociologues du fait religieux : éthicisation. Par éthicisation, M. Weber entend que la conduite de vie quotidienne est une application des normes, de règles religieuses (notamment monacales) dans le registre de la quotidienneté. A ce titre, il considère le judaïsme antique comme ayant la première congrégation à avoir fondé sa religiosité sur une éthique rationnelle. D. Hervieu-Léger et J.-P. Willaime synthétisent ce concept ainsi :

« Une opposition fondamentale traverse la sociologie weberienne des religions, celle entre religion magique et religion éthique, l'éthicisation de la religion ayant été un des grands vecteurs de sa rationalisation. Et c'est parce que Weber discerne un vaste processus de démagification du monde [...], initié de l'intérieur même des religions, [...] Par magie, Weber comprend assez classiquement tout ce qui concourt à manipuler, par divers moyens, les forces suprasensibles pour obtenir telle ou telle chose (autrement dit, la magie, c'est la croyance en la possibilité de contrainte du dieu par des moyens techniques) » (Hervieu-Léger, Willaime, 2001: 91)

Le judaïsme antique, par son hostilité à la magie comme moyen d'obtention du salut a adopté une conception du divin proprement éthique :

« [Le judaïsme est porteur d'] une éthique religieuse du comportement social, éthique hautement rationnelle, c'est-à-dire libre de toute magie comme de toute quête irrationnelle de salut » (1970 : 20 cité par Hervieu-Léger, Willaime, 2001 : 93).

Selon M. Weber, les juifs entretiennent avec le divin une relation basée sur la loi, l'Alliance donc, c'est-à-dire que les commandements, les lois inscrites sur les Tables étaient compréhensibles et devaient être respectées :

« On pouvait pénétrer son plan de salut, les raisons de son courroux et les conditions dont dépendait son pardon, comme pour un grand roi » (1970 : 307 cité par Hervieu-Léger, Willaime, 2001 : 93).

Dès lors, la position quant au miracle apparaît également rationnelle :

« Dans cette optique, même le miracle apparaît comme une construction rationnelle, comme "l'œuvre délibérée de la divinité qui réagit d'une façon sensée et compréhensible" (Weber, 1970 : 304-305 cité par *ibidem*)

Le christianisme (romain), puis le protestantisme ont repris cette éthique de la vie quotidienne et ont donc rationalisé éthiquement d'abord l'obtention du salut et plus encore pour le protestantisme, l'évitement du péché. En effet, pour Weber, la rationalisation éthique opérée

par le judaïsme n'a pas atteint l'activité économique. Seul le puritanisme protestant a poussé l'intramondanisation de l'ascèse monacale jusqu'à son dernier terme. Lui seul a poursuivi l'entreprise de rationalisation et d'éthicisation de la vie quotidienne débuté par le judaïsme puis le catholicisme (ou plus exactement le christianisme romain) :

« La différence entre l'ascétisme calviniste et celui du Moyen Âge n'est pas moins évidente. La suppression des *consilia evangelica*²¹² transformait l'ascétisme en un ascétisme dans le monde. Non point que l'Eglise catholique eût restreint la vie "méthodique" aux cellules des cloîtres, pas plus en théorie qu'en pratique. Au contraire et on l'a souvent souligné, malgré sa relative modération morale, le catholicisme enseigne qu'une vie dénuée de tout caractère éthique systématique ne peut atteindre les idéaux les plus élevés qu'il a posés, et ceci vaut aussi bien pour la vie dans le monde. [...]

Cependant, le fait important demeurait que le *moine* était, par excellence, le seul homme menant une vie méthodique au sens religieux du terme. Il s'ensuit que plus 'ascétisme s'emparait de l'individu, plus il l'expulsait de la vie courante, la vie spécifiquement sainte consistant dans le *dépassement* de la morale mondaine. [...la Réforme] signifiait que, désormais, tout chrétien était tenu d'être un moine sa vie durant [..., et ce fait est] le cœur de ce type de religiosité. Une digue était bâtie qui s'opposait à la fuite de l'ascétisme hors de la vie laïque quotidienne, et les natures passionnément spirituelles et austères qui jusqu'alors avaient fourni les meilleurs représentants du monachisme, étaient forcées de poursuivre désormais leurs idéaux ascétiques à *l'intérieur* de leur vie professionnelle. » (Weber, 1964 : 138-139)

Cet extrait permet de dégager deux des couples d'opposition les plus importants de l'analyse wébérienne du religieux : la quotidienneté *versus* l'extra-quotidienneté et intramondain *versus* extra-mondain. Ainsi, pour Weber, on passe d'une éthique et d'une morale religieuse catholique qui quoique désirant que la vie courante soit menée selon les principes éthiques du catholicisme, s'arrangeait d'une vie faite de « bonnes œuvres ». Mais cette posture

« Ne constituaient pas forcément un ensemble cohérent ; du moins n'étaient-elles pas nécessairement sériées de façon rationnelle en un *système* de vie » (*ibid* : 133).

Il appartient donc au seul protestantisme d'avoir adossé la conduite de vie quotidienne à un système vie propre au monachisme essentiellement extra-mondain puisque les moines (catholiques) vivaient dans des monastères. Le protestantisme a appliqué quotidiennement dans le cadre de l'activité professionnelle et nous pourrions ajouter même la vie quotidienne personnelle cette ascèse de virtuose propre aux moines. On peut dès lors considérer que ce processus d'éthicisation consiste en l'intériorisation individuelle et l'application dans le monde quotidien des préceptes religieux ; il s'agit de l'

« insertion de critères et de commandements éthiques, la transformation des dieux en puissances éthiques qui veulent le "bien" et le récompensent, punissant aussi le "mal", et qui doivent donc faire elles-mêmes droit à des exigences éthiques » (Weber, 1996 :277)

On a vu dans le chapitre 10 que le puritanisme protestant a largement influencé les programmes de prévention portés par USAID-PEPFAR qui en Ethiopien finance l'EOTC par le biais d'une ONG confessionnelle certes orthodoxe mais également américaine. Sans cet investissement américain, l'engagement même de l'EOTC contre le sida, a impliqué ou a pour

²¹² Les italiques et les guillemets sont dans le texte de M. Weber,

conséquence d'inciter les fidèles à respecter les règles qu'elle qualifie de « loi de Dieu », à savoir par exemple le « un pour un ». L'arrivée des subventions américaines, constitue donc pour l'EOTC une incitation puissante à lui emboîter le pas pour encadrer au plus près les comportements sexuels de ses fidèles. Or, il a été établi dans le chapitre 5, que les règles religieuses en matière de sexualité (abstinence pendant le carême, restriction des rencontres intimes entre époux, et abstinence avant l'entrée dans les églises) ne constituaient pas un code moral visant l'encadrement des pratiques sexuelles des fidèles, mais visaient à protéger les espaces saints de la souillure profane et du sacré impur (sang des menstrues, des parturientes, etc.). Dès lors, la transformation de ces règles en code moral, en une éthique applicable quotidiennement posent un certain nombre de questions, qu'il s'agit dans les prochaines sections d'abord de poser puis auxquelles on tentera de répondre.

Nous allons donc nous intéresser à la manière dont l'EOTC répond aux diverses demandes d'engagement. D'abord celles émanant du Gouvernement éthiopien, puis celles accompagnées des larges subsides du PEPFAR-USAID. On s'attachera plus particulièrement à répondre à la question suivante. Dans quelle mesure l'arrivée d'un partenaire dont l'engagement contre le sida est marquée par l'éthique puritaine, soit une éthique intramondaine, va éthïciser et appuyer la rationalisation de l'EOTC ?

Pour répondre à cette question nous nous intéresserons à trois domaines d'intervention de l'Eglise à trois périodes différentes. Les trois domaines sont le rapport à la sexualité, le rapport à la stigmatisation et la prise en charge des PVVIH et des OEV soit la charité. Les trois périodes au cours desquelles ces aspects seront observés dans leurs évolutions sont : avant l'arrivée du sida (valeurs traditionnelles classiques), les premières années de l'implication de l'EOTC soit de 2000 à 2005 (avant l'arrivée des subventions américaines), la dernière période est celle de la collaboration entre USAID, IOCC, PEPFAR et l'EOTC.

IV.2. L'EOTC-HAPCO et la lutte contre le sida : un département, des noms et des orientations

Le premier cas d'infection au VIH en Ethiopie est identifié en 1984, et le premier cas de sida déclaré en 1986. Dès 1987, le gouvernement du *därg* interpelle les congrégations religieuses, et plus précisément, l'Eglise orthodoxe éthiopienne et les congrégations musulmanes, pour s'investir dans la lutte contre le sida et promouvoir les « valeurs traditionnelles » (Lehmani, 1991 : 38-39). La chute du *därg* est suivi d'une absence de politisation de l'épidémie jusqu'en 1998/99, date à laquelle un programme national de lutte commence à être mis en place. En 2000, le National HIV/AIDS Council (NAC) est créé, incluant des leaders de congrégations religieuses (Okubagzhi, Singh 2002 : 1576). L'EOTC répond à cet appel en ouvrant au sein de EOTC-DICAC (EOTC Development and Inter-Church Aid Commission), un département spécifiquement dédié à la lutte contre l'épidémie au VIH : EOC HIV/AIDS Council qui sera renommé quelques temps plus tard le Ethiopian Orthodox Church, HIV/AIDS Campaign Centre (EOC/HACC) (Entretiens avec le Directeur du EOC HIV/AIDS Council, novembre 2005)²¹³. Ce département change encore de nom dans

²¹³ Il apparaît que cet organe a plusieurs fois changé de nom, mais nous n'avons que peu d'éléments sur ce point. Les personnes interviewées sur ce point éludaient la question, si bien que nous ne pouvons que constater les

le courant de l'année 2007, il est alors appelé EOTC HIV/AIDS Prevention and Control Office²¹⁴ (EOTC-HAPCO) (Entretien avec la secrétaire de EOTC-HAPCO mai 2008).

La manière dont l'EOTC s'engage contre le sida dans les premières années d'apparition de l'épidémie en Ethiopie est délicate à établir au regard des données disponibles. Certains interlocuteurs arguent que l'EOTC a toujours prôné le "un pour un", d'autres rapportent que dans les années 1980, des prêtres refusaient d'enterrer les personnes décédées du sida. Enfin, A. Lehmani établit que le *därg* avait mandaté les congrégations religieuses pour inciter les personnes vivant en milieu rural à respecter les valeurs traditionnelles (Lehmani, 1991 : 38-39). Les trois tendances ne sont pas toutefois incompatibles.

A partir des années 2000, soit après la création d'un département spécifique, l'engagement de l'EOTC dans la lutte contre le sida est bien plus visible et documenté. De 2000 à 2005, les actions de l'EOTC contre l'épidémie au VIH suivent dans les premières années les directives du Gouvernement éthiopien. Il s'agit d'abord de promouvoir dans les provinces reculées les valeurs morales et religieuses (MoH, 2001 : 8-9). Comme il a été décrit (chapitre 2 section IV. 3), un guide de communication national composé par HAPCO consacre une section aux messages que les congrégations religieuses doivent communiquer à leurs fidèles. Il leur est en outre demandé de parler du sida, d'inciter les fidèles à changer leurs comportements, à modifier « les attitudes et les comportements traditionnels envers le sida », de réduire la discrimination envers les PVVIH, de combattre les « fausses croyances et rumeurs infondées », et « d'augmenter la proportion de fidèles suivant strictement les prescriptions de leur communauté en terme de sexualité » (HAPCO, 2003 : 31). Sur la base de ces demandes, l'EOTC organise ses actions de prévention, sans toutefois entrer dans le détail des comportements sexuels de ses fidèles. Cette situation évolue à partir de 2005, si bien qu'on observe une différence entre les actions mises en place entre 2000 et 2005 et les suivantes, soit de 2006 à 2008, date de notre dernière enquête de terrain.

IV.3. L'EOTC et la prévention des nouvelles infections au VIH avant les subventions américaines

Durant la première période, de 2000 à 2005, les actions sont organisées autour : de la promotion de la fidélité, dans une moindre mesure de l'abstinence, la lutte contre la stigmatisation des PVVIH, et là encore dans une moindre mesure la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables (OEV) touchés par le sida. Dans la deuxième période, à partir de 2005, la promotion de l'abstinence prend une place plus importante, de même que la prise en charge des OEV et les positions de l'Eglise autour de la sexualité connaissent un changement, que nous estimons sans précédent.

modifications sans pouvoir en donner d'explication. On peut toutefois suggérer que l'adoption d'un tel acronyme pourrait marquer la volonté de l'EOTC de s'opposer au processus de laïcisation. On peut également y voir une opposition à la « relégation » de l'EOTC par le Gouvernement éthiopien au rang d'ONG classique, ce dont l'EOTC-DICAC se plaint en 2005 (EOC-DICAC, 2005).

²¹⁴ Dans la suite de cette étude, ce dernier acronyme EOTC-HAPCO sera employé pour toutes les époques. De même, dans les documents officiels en anglais, l'Eglise éthiopienne se nomme elle-même EOTC, mais appelle son ONG EOC-DICAC ; par soucis de clarté, nous la nommerons dans ce document EOTC-DICAC. Par contre, dans les références, il sera fait usage de EOC-DICAC.

IV.3.a. Retour sur les valeurs traditionnelles de l'Eglise quant à l'abstinence et la fidélité

Il n'est pas faux de dire que l'Eglise a toujours prôné la fidélité et l'abstinence. Cependant, et comme il a été établi, ces valeurs moralo-religieuses avaient plutôt pour fonction de protéger les espaces sacrés de l'Eglise (chapitre 5) et éventuellement d'assurer un minimum la vertu de l'Ethiopie au yeux de Dieu²¹⁵. Dans l'ensemble, nous avons montré que la question des relations sexuelles est assez délicate pour cette Eglise. Rappelons brièvement les principaux traits de ce christianisme à l'aune de la promotion de la fidélité et de l'abstinence. Traditionnellement pour cette Eglise, tout ce qui touche aux relations sexuelles est irrémédiablement liée à la chair et incidemment « conduit à l'iniquité et au péché » (Asrès 2007). Le désir de sortir du monde et de domestiquer la chair (par l'ascèse extra-mondaine) est tel que les relations sexuelles, même au sein d'un couple marié religieusement, sont très encadrées.

Par ailleurs, l'Eglise emploie pour qualifier les relations sexuelles une expression allégorique : les "besoin personnel de la chair", *yägeberä sega genegnūt*. Quant aux relations sexuelles entachées de péché (soit tout acte sexuel ayant lieu en dehors d'une relation de couple, sanctionnée ou non par le sacrement du mariage), elles sont qualifiées par l'Eglise de *zēmut* ou *mezēmut* ces termes désignant indistinctement la "prostitution", la "luxure" ou encore l'"adultère".

Si la plupart des chrétiens éthiopiens ne se marient pas religieusement, et n'observent pas toutes les périodes de carême à la lettre (qui couvrent de 200 à 220 jours par an), trois carêmes font l'objet d'une attention importante et sont, d'après nos observations, suivis par de nombreux fidèles. Il s'agit des jeûnes précédant Noël, Pâques et l'Assomption (la mort de la Vierge), qui couvrent environs 115 jours de l'année (40 avant Noël, 60 avant Pâque, et 15 avant l'Assomption). Durant ces carêmes, l'abstinence sexuelle est de mise et toute référence et toute pensée ayant trait au sexe sont interdits. Ainsi, l'abstinence est-elle pour l'Eglise éthiopienne une valeur cardinale, et il semble aller de même pour les fidèles moyennement ou normalement pieux, durant les périodes de carêmes.

Quant à la virginité et/ou l'abstinence avant le mariage, (voir chapitre 5 section II.2), l'Eglise éthiopienne l'établissait plus certainement pour les femmes que pour les hommes. Enfin, il apparaît clairement que la fidélité est pour l'Eglise une valeur centrale :

« Que le mariage soit honoré de tous, et le lit conjugal exempt de souillure, car Dieu jugera les impudiques et les adultères. » (Hébreux. 13 : 4 cité par Kessi Mehari, 1997: 4)

Ainsi, l'abstinence pendant le carême et la fidélité au sein du couple sont pour les hommes comme pour les femmes des valeurs centrales. Au regard de ces règles et des valeurs défendues par l'Eglise, l'idée très prégnante tant parmi les fidèles que les clercs selon laquelle le sida est une punition divine sanctionnant le péché de la chair et l'adultère, est très certainement cohérente. D'après les prêtres interrogés, une personne respectant les règles et les valeurs moralo-religieuses ne peut être infectée par le VIH.

²¹⁵ Nous reviendrons sur ce point à la fin du chapitre.

Enfin, nous avons établi que l'EOTC traditionnellement ne s'intéressait guère aux nécessiteux, quoique certains textes canoniques (Sénodos et Didascalie) invitent les dignitaires à secourir les moins fortunés (chapitre 3. section 4). Par ailleurs, il a été explicité dans le chapitre 9 que la solidarité prévalant sur les sites d'eau bénite était le fait des fidèles entre eux (chapitre 9 section 1.3). L'assistance, la charité et le soutien aux opprimés n'ont que rarement (voire jamais) été centralisés par l'EOTC. *A fortiori*, cette institution ne les a pas structurés et/ou institutionnalisés.

IV.3.b. Les premières actions de lutte contre le sida de 2000 à 2005

La politisation du sida, plus encore que son apparition, ainsi que l'engagement de l'EOTC dans la lutte contre cette épidémie a conduit cette institution à revoir un certain nombre de ses positions quant aux relations sexuelles et aux valeurs qu'elle entendait prôner. Non qu'elle ait totalement changé de position, mais elle a été amenée à réfléchir, à se positionner quant aux relations sexuelles et au sida (qui y renvoie très fréquemment), thème qui traditionnellement semblent être honni, à tout le moins soigneusement évité par les clercs. Ainsi, la création d'un département de l'EOTC-DICAC spécialisé dans la lutte contre le sida marque le début d'une réflexion sur les actions et les positions de l'EOTC face au sida et aux comportements de ses fidèles ainsi que sur leurs soubassements théologiques et doctrinaux. Il semble que jusqu'en 2001, l'Eglise n'ait pas réellement modifié sa position, sans doute était-elle en période de réflexion, mais en l'absence de données précises, nous ne pouvons statuer sur les actions mises en place entre 2000/2001 et 2002. Par contre, les entretiens menés auprès des responsables du département sida de l'EOTC font remonter les premières actions contre le sida à l'an 2002.

La formation du clergé à la lutte contre le sida : une nouveauté

A partir de cette année, une des dispositions principales débute : la formation du clergé séculier. Elle a lieu en cascade. C'est-à-dire que l'EOTC forme des prêtres (ou des diacres) de certaines paroisses et/ou diocèses qui à leur tour formeront les autres prêtres (ou diacres) de leur diocèse/paroisse. D'après le responsable de EOTC-HAPCO, il s'agit de former et de sensibiliser les prêtres et les diacres, « les plus ouverts », soient les membres du clergé plus éduqués et les plus « ouverts d'esprits », à la question du VIH. La formation avait pour objectif de leur livrer des informations quant au mode de contamination, de les sensibiliser au soutien et à la prise en charge des PVVIH et de lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes infectées et affectées par le VIH. Cette dernière s'est jouée sur le plan théologique sur le non-rejet des « victimes » du sida. Un prêtre théologien assoit le soutien et l'aide aux PVVIH sur la Bible, plus particulièrement sur le Nouveau testament, en le comparant à l'aide que Simon de Cyrène apporta à Jésus (Mt., 27 :32 ; Mc., 15 :21 ; Lc. 23 :26 ; Jn., 19 :17):

« Comme Simon de Cyrène a aidé Jésus Christ à porter sa croix, nous devrions être capable d'aider, d'être compatissant et miséricordieux envers ceux souffrant du sida » (Kessis Merahi²¹⁶, 1997 : 72)

²¹⁶ Kessis est un titre donné à certains prêtres et Merahi est le nom de la personne.

Cet appel à la thématique de la Croix résonne pour de nombreuses cultures chrétiennes, cette figure est d'ailleurs courante dans les appels de congrégations religieuses au soutien des personnes en détresse. En Ethiopie, elle prend une couleur propre. La Croix est fêtée le 27 septembre. C'est une fête populaire qui croise la fête du printemps (juillet et août sont les mois de pluies et la fête de la Croix annonce en général le retour du beau temps). En outre, d'après une légende répandue chez les chrétiens Ethiopiens, l'Ethiopie possède un morceau de la Vraie Croix sur laquelle le Christ est mort. La reine Eleni eut un songe dans lequel la fumée d'un grand bûcher lui indiquait le lieu où la Vraie Croix était enterrée. Elle demanda donc aux Ethiopiens de Jérusalem d'allumer un grand bûché et la fumée lui désigna l'emplacement de la Croix. En mémoire de cette découverte, chaque 27 septembre, un grand bûché est allumé sur la place de la Croix à Addis Ababa et dans les principales villes des régions, pour fêter la Croix du Christ.

L' « enseignement »²¹⁷ aux fidèles et une Eglise peu encline à structurer l'aide au PVVIH

Ce prêtre en faisant appel à la thématique de la croix est-il sûr de toucher le cœur des chrétiens éthiopiens pour qui cet objet sacré est chargé de multiples symboles (Kessis Merahi, 1997 : 63) ?

« Et Jésus à nous dit : “A ceci tous reconnâtrons que vous êtes mes disciples : si vous vous apportez de l'amour les uns pour les autres” (Jean, 13 :35). A travers le sida, la croix de la maladie est portée par de nombreuses personnes tout autour du monde, dans toute l'Afrique et en Ethiopie. Cette épidémie actuellement n'est-elle pas une crise, un challenge pour nous, pour notre foi, dans nos familles, dans nos paroisses et dans notre société ? Ne sommes-nous pas également effrayés ? Est-ce que nos peurs nous pousseront-elles à abandonner les responsabilités de notre foi chrétienne, nos responsabilités envers nos familles et envers notre société et nous conduiront-elles à abandonner les malades, leurs familles, les enfants qui seront laissés sans parents ? Oublierons-nous ce que le Christ a dit : “Voici ton fils” - “Voici ta mère” (Jean, 19 :27) » (*ibid* : 65)

Les prêtres sont appelés à mobiliser ce type d'arguments pour lutter contre le rejet des PVVIH et des malades. D'autres arguments comme la figure du Bon Samaritain (Luc, 10 :30-37 cité par *ibid* : 81-82) sont usitées pour inciter les fidèles à ne pas stigmatiser les PVVIH.

Outre la formation des prêtres en cascade, le haut clergé, les archevêques et l'Abuna, sillonnent les provinces éthiopiennes à l'occasion de *rally* (ou en français caravane) et s'engagent activement dans la prévention sida et la lutte contre la discrimination et la stigmatisation. Nous reviendrons sur les types de messages délivrés durant une de ces caravanes dans la prochaine sous-section.

Des fidèles de l'EOTC et plus précisément des *tsäbältägnas* de 'Uraél, nous expliquèrent que la paroisse de cette église, 'Uraél, prenait en charge des orphelins vivant avec le VIH ainsi que des PVVIH. D'après trois *tsäbältägnas*, l'Eglise payait la scolarité des enfants et une partie des frais divers (nourriture, frais scolaires autres), tandis qu'elle aidait financièrement des PVVIH dont aucun ne vivait sur le site d'eau bénite de 'Uraél, aux dires des *tsäbältägnas* y demeurant. Nous avons tenté de rencontrer les responsables de l'Eglise afin d'en savoir plus

²¹⁷ Pour plus de précision sur cette notion émiqque d'« enseignement » voir chapitre 9 section II.2.d.

sur ces allégations. Si nous sommes parvenue à obtenir un entretien, le responsable interviewé ne répondit pas à ces questions, nous renvoyant sur ce point au diocèse d'Addis Ababa. Au diocèse, qui dépendait également du EOTC-HAPCO, le directeur nous expliqua qu'effectivement certaines paroisses aidaient des OEV et parfois des PVVIH.

Si l'Eglise s'investit contre la stigmatisation, et au regard du recul de celle-ci telle que nous l'avons établi (chapitre 7 section I), il semble qu'elle ait concouru à l'évolution de sa forme et dans une certaine mesure à sa diminution. La forme que prend pour l'Eglise la lutte contre la stigmatisation à savoir ce que les Ethiopiens appellent l'« enseignement » de l'Eglise, qui correspond dans le christianisme occidental (protestant et catholique) aux sermons, est emblématique de la manière dont elle s'implique dans la prise en charge des PVVIH. Elle enseigne aux fidèles de ne pas les rejeter, de prendre soin d'eux quand ils sont malades et de continuer à les entourer de leur soin. Si certaines paroisses prennent en charge des OEV et soutient des PVVIH, l'EOTC, d'après les observations et les entretiens que nous avons pu mener, n'a pas organisé, structuré une forme de prise en charge des PVVIH et des OEV. Ainsi, la solidarité demeure le fait des fidèles individuellement ou au sein des communautés comme les *edders* et les *mahebärs* (chapitre 9 section I.3).

La fidélité et l'abstinence

L'EOTC était attendue sur la promotion de la fidélité et de l'abstinence et sur l'encadrement plus rigoureux des comportements des fidèles. L'âge des mariés est établi, d'après certains prêtres de l'Eglise, par le *Fetha Nägast* qui les fixe à 15 et 25 ans. La modernité a introduit un certain nombre de changement. Ainsi, le code civil de 1960 considère que des hommes peuvent se marier à 18 ans et les femmes à 15 ans ; en 1999, l'âge limite passe à 18 ans pour les deux sexes (Code civil, 1960 ; 2000). La position officielle de l'Eglise quant à l'âge des époux est délicate à déterminer avec précision. Selon certains prêtres, les jeunes gens doivent avoir 18 ans tous les deux, à l'instar du code civil actuel, pour d'autres et notamment Kessis Merahi, le *Fetha Nägast* fixe les âges du mariage à 25 ans pour les femmes et 30 ans pour les hommes, soit après leurs études, quant ils sont « physiquement et intellectuellement matures pour vivre en couple marié » (1997: 8). Nous avons vu (chapitre 5 section III) que les règles coutumières en matière d'alliance primait sur les règles religieuses. Si bien qu'en matière de règlement des comportements maritaux de ses fidèles, le poids de l'Eglise est assez limité. Quant à la fidélité, si l'Eglise a toujours considéré les relations pré et extra-maritales comme adultères, sa position actuelle n'est pas différente mais un peu plus explicite. En effet, elle répète à ses fidèles qu'« un homme est pour une femme et une femme pour un homme » (Kessis Merahi, 1997: 55 ; Entretiens avec différents prêtres et fidèles, à chaque enquête), faisant ainsi référence à la nécessité d'être monogame et de ne pas commettre l'adultère. Celui-ci est considéré comme une marque d'absence de contrôle de soi et conduit inmanquablement à l'infection au VIH :

« Il a été prouvé que la promiscuité (la sexualité sauvage) est la principale voie de transmission de cette maladie [le sida]. [...] Si notre part animal [nos comportements animaux] gagnent, alors nous nous exposons à d'humiliante maladie comme le sida. » (Kessis Merahi, 1997: 55)

Ainsi, les questions d'abstinence et de fidélité trouvent des réponses bien entendu traditionnelles. On remarquera que l'Eglise s'attache encore alors soigneusement à demeurer

allusive lorsqu'elle parle de sexualité, et qu'elle recouvre du voile pudique de la formule elliptique toute référence aux relations extra-conjugales ou pré-conjugales. Les relations sexuelles sont pour le christianisme éthiopien uniquement conçues et envisagées dans le cadre strict du mariage. Sur ce point par contre, l'Eglise reste assez discrète car elle semble parfaitement au courant du fait que ses fidèles ne choisissent que rarement de s'unir par le sacrement chrétien du mariage (cf. chapitre 5).

Le préservatif et le sida comme punition divine

En outre, quoiqu'elle n'en ait jamais fait la publicité, les entretiens menés auprès de EOTC-HAPCO révèlent que ses positions quant à la place du préservatif n'étaient pas fixées. Entre 2000 et 2005, cette question, épineuse pour de nombreuses congrégations religieuses, fait l'objet de débat et de questionnement au sein du pouvoir épiscopal. Plus précisément, celui-ci paraissait s'interroger sur ce qu'elle pouvait dire ou ne pas dire quant au préservatif : il était, en outre, question de le tolérer pour un couple marié dont l'un des conjoints serait porteur du VIH (Entretien avec le responsable de l'EOTC-HAPCO, octobre et décembre 2005).

En 2002, la position de l'Eglise quant au sida comme punition divine est plus ambivalente. D'un côté, les entretiens conduits avec des responsables de l'EOTC-HAPCO, ainsi qu'avec des prêtres et des diacres de l'EOTC ayant suivi la formation, laissent penser que l'Eglise ne considère pas le sida comme une punition divine au motif que des enfants sont infectés et que Dieu ne peut envoyer une telle maladie (Entretiens avec des responsables de l'EOTC-HAPCO, novembre 2005, janvier 2006 ; avec un clerc de Ent'ot'o Maryam, décembre 2005 ; entretien avec un prêtre de Shenq^wära Yohänes, août 2008). D'après d'autres documents et d'autres membres du clergé, le sida est une punition divine puisque, comme il a été noté, « la promiscuité (la sexualité sauvage) » et « les comportements animaux » font le lit de l'infection au VIH (Kessis Merahi, 1997: 55). La position de l'Eglise semble être double : le sida n'est pas une punition divine, mais il s'attrape par « l'adultère » (*ibidem*). Si bien qu'il est difficile de déterminer la mesure dans laquelle, ces propos et messages visant à distinguer le sida de la punition divine peuvent être compris par les fidèles. Il est possible que les deux positions coexistent.

Les premières actions de lutte contre le sida adossées à une rationalisation préalable

Il apparaît donc que la lutte contre le sida prolonge plus qu'il ne renforce les processus de rationalisation et d'éthicisation entamés dans les années 1970-1980. Théologiquement, l'EOTC reste sur sa ligne classique, elle continue d'éviter de parler des comportements sexuels de ses fidèles. Toutefois, on observe une tendance de la part du clergé à appuyer sur la mise en pratique, effective par les fidèles, des règles éthiques qu'elle a établies de longue date : la fidélité, l'abstinence et la virginité avant le mariage. Par ailleurs, la formation en cascade des prêtres et les *rallys* (ou caravanes) des hauts dignitaires de l'épiscopat prolongent et appuient le processus de rationalisation débuté dans les années 1970 avec l'apparition des conseils de paroisse et des écoles du dimanche (Ancel, 2006 : 255-270 ; 375-377). Il s'agit dans l'ensemble pour l'EOTC d'œuvrer à l'harmonisation des conceptions et des rapports à la foi, ainsi que de structurer, de rationaliser, la transmission des positions de l'EOTC quant au

sida. Par ailleurs, l'insistance sur le respect des règles éthiques de l'EOTC constitue un pas de plus vers l'éthicisation des valeurs religieuses.

IV.4. L'EOTC et l'arrivée des subventions américaines

Entre les années 2000 et 2005, si l'EOTC s'implique dans la lutte contre le sida, celle-ci ne lui pose guère de difficulté majeure : elle affermit ses positions quant à la fidélité, prône le contrôle de soi jusqu'au mariage considérant les relations sexuelles ayant lieu en dehors de ce cadre comme relevant de la promiscuité et de l'adultère.

IV.4.a. L'EOTC et le Gouvernement éthiopien dans le cadre de la lutte contre le sida : une relation difficile

Si cet aspect n'est guère problématique pour l'EOTC, les entretiens menés avec le coordinateur du bureau de AA-HAPCO révèlent que le département de la lutte contre le sida n'était pas particulièrement satisfait de la manière dont l'EOTC s'impliquait. En effet, selon cet organisme, l'EOTC n'abordait jamais explicitement la question de la sexualité malgré les demandes répétées de HAPCO (Entretien avec le coordinateur de AA-HAPCO janvier 2006). En substance, le "un pour un" ne suffisait pas à HAPCO et les atermoiements de l'Eglise quant au préservatif ne l'intéressaient guère. Par ailleurs, HAPCO lui demandait pour obtenir des financements au titre de son engagement contre le sida de soumettre un plan quinquennal, et sans ce programme aucun financement ne pourrait lui être octroyé (Entretien avec le coordinateur de AA-HAPCO janvier 2006). Selon le coordinateur de AA-HAPCO, les bureaux des congrégations Catholique Ethiopienne et Musulmane avaient déjà soumis à HAPCO leur plan de travail et avaient fait des demandes de financement en conséquence ; par ailleurs, il semblait quelque peu « agacé »²¹⁸ par cette situation (Entretien avec le coordinateur de AA-HAPCO octobre 2005 ; Entretien précité). Le coordinateur nous donna un exemplaire du programme de l'Eglise Catholique pour étayer ses dires.

Il apparaît que la position de l'EOTC quant à HAPCO était également teintée d'acrimonie et d'amertume. L'EOTC semble avoir de multiples griefs contre le Gouvernement Ethiopien, elle paraît d'ailleurs en partager un avec d'autres FBO. En 2005, les congressistes du meeting de EIFFDA (Ethiopian Interfaith Forum for Development Dialogue and Action) établissent que le

« Gouvernement éthiopien interdit aux FBO d'utiliser et d'opérer à travers les médias publics » (EIFFDA, 2005 : 24).

En réponse, un intervenant de l'EOTC suggère que les FBO « utilisent et recourent à leurs propres réseaux de diffusions (Sundays School, paroisses, etc.) » (*ibidem*). Il apparaît donc que dans le cadre de la lutte contre le sida, la séparation de l'Etat avec toutes les Eglises soit difficile à accepter pour les leaders de FBO. Plus spécifiquement, l'EOTC se plaint que les FBO soient « marginalisées ». Elle argue que le

²¹⁸ Dans la culture éthiopienne, il est assez mal considéré de se mettre en colère, signe d'une absence de contrôle de soi. L'irritation de cet homme face aux positions de l'EOTC-DICAC était sensible à travers un léger haussement de ton et une insistance sur la fausseté des propos de cet organisme.

« Gouvernement éthiopien a persuadé les grands bailleurs de fonds de la “sécurité sociale” [*safety net*] de passer par la Trésorerie [nationale] ce qui signifie que les ONG/FBO se voient dénier l'accès aux fonds pour mettre en place des projets de “sécurité sociale”. » (EOC-DICAC, 2005 :26)

Si elle apparaît vouloir défendre généralement les intérêts des FBO, le document révèle qu'elle est plus particulièrement sensible à son sort et paraît très mal admettre d'être reléguée au rang d'ONG :

« Finalement, EOC-DICAC a ses propres enjeux avec le Gouvernement à cause de sa nature unique. Le Gouvernement nous pousse à nous ré-enregistrer comme toutes les autres ONG et même les nouvellement établies, ce à quoi nous résistons à bon droit²¹⁹. » (EOC-DICAC, 2005 :26)

Dès lors, si la séparation de l'Eglise et de l'Etat a été prononcée en 1975 (Ancel, 2006) puis réaffirmée dans la Constitution éthiopienne de 1995 (Constitution 1995, art. 11.1-11.3), l'EOTC considérant son partenariat ancestral de l'Etat éthiopien n'accepte pas la place qui lui est attribuée : une des manifestations de cette position est sensible dans le décalage entre la demande de HAPCO de fournir un plan quinquennal d'action contre le sida et l'édition réelle de ce plan. Nous avons vu que AA-HAPCO reprochait à l'Eglise de faire des demandes de fonds sans justification et de ne pas assez insister sur les comportements sexuels à risque de ses fidèles. C'est dans ces circonstances que les subventions américaines prennent place, elles semblent donc arriver à point nommé pour cette Eglise en mal de reconnaissance (et peut-être de financement ?).

IV.4.b. L'arrivée des subventions américaines pour lutter contre l'infection au VIH

Le 4 février 2004, l'ambassadrice des Etats-Unis en Ethiopie signe avec l'EOTC un partenariat et lui alloue une subvention de 5 millions de dollars qui transiteront par IOCC. Nous n'avons que très peu d'élément sur la date d'effet de ce partenariat ou sur celle de l'arrivée de IOCC sur le sol éthiopien. Lors de nos entretiens avec le responsable de EOTC-HAPCO à l'automne 2005, ce partenariat n'était pas mentionné et la place du préservatif était en discussion. Notons qu'il ne faut pas surestimer l'étendue de la discussion autour du préservatif, car même si l'Eglise pouvait considérer qu'au sein d'un couple « marié » séro-discordant il pouvait être admis, elle n'a jamais eu l'intention de faire part de sa position en public mais seulement au cours des discussions privées entre des prêtres et leurs fidèles. Un prêtre responsable de l'Eglise de Wänqeshét Gabréel nous tint des propos similaires (Entretien avec Abba N. août 2008) Il nous expliqua que quand la situation l'appelait, il invitait les fidèles à utiliser le préservatif. Les discussions autour du préservatif sont considérées ici car elles constituent un indicateur intéressant de l'évolution des positions de l'EOTC. Elles permettent d'évaluer l'écart séparant cet organe des clercs de la base et d'avoir un indicateur de l'influence des subventions bilatérales américaines. En effet, d'abord la position de l'EOTC-HAPCO tranche avec la position de la majorité des clercs, mais également sont très différentes de ce que prône classiquement USAID et PEPFAR (insistance sur l'‘AB’). Un autre indicateur de l'influence des financements américains est le plan quinquennal de

²¹⁹ Souligné par nous. Les traductions de ce passage et du précédent sont notre fait.

l'EOTC-DICAC. Celui-ci est paru d'après le document en avril 2005, il ne fut jamais cité lors de nos premiers entretiens avec le responsable de EOTC-HAPCO en octobre 2005 et janvier 2006. Dans la mesure où les acteurs sont pris dans des logiques multiples et complexes, il est évident que certaines informations n'ont pu être obtenues directement, de leur part. C'est en recoupant les dates, en se basant sur les silences, les omissions et des propos rares que nous avons (re)constitué la chronologie des événements et établi les liens de causalités. Il est, dans ces conditions, délicat de se prononcer avec certitude parfaite sur les conséquences des subventions américaines sur les positions de l'Eglise. Différents événements nous ont conduit à penser que les fonds américains ont contribué à infléchir la position de l'Eglise quant au préservatif, à la sexualité, et nous le verrons dans le prochain chapitre quant à la compatibilité entre ARV et eau bénite.

Les raisons de USAID pour financer l'EOTC : de discours en contradiction

Lors de l'entretien que nous avons pu avoir avec une responsable de l'USAID-PEPFAR Ethiopia, à notre question sur les raisons du choix de l'EOTC comme partenaire au détriment des Musulmans (ils ne sont que faiblement subventionnés²²⁰), celle-ci répondit : « C'est parce que l'Eglise chrétienne éthiopienne a le meilleur programme » (Entretien de juin 2008). Cependant, nous allons voir que cette réponse cache d'autres déterminants.

Comme il a été précisé au début de ce chapitre, au regard des éléments à dispositions, nous avons estimé que IOCC était présent en Ethiopie dans le courant de l'année 2006. Si le document demandé par HAPCO à l'EOTC pour présenter ses actions de lutte contre le sida est daté d'avril 2005, nos présomptions sont fortes quant à une parution plus tardive. En effet, nous ne sommes entrée en possession de ce document que lors de notre dernière enquête de terrain soit durant l'année 2008. Avant cela, le directeur de EOTC-HAPCO (Entretien avec ce responsable, octobre 2005) n'en a jamais mentionné l'existence alors que d'après la date de parution ce document existait et par ailleurs, il nous semble qu'il aurait été dans son intérêt de prouver l'existence d'un tel programme. Nous considérons donc que ce programme soit était en cours de préparation, soit n'était pas encore (largement ?) diffusé. En conséquence, il est assez probable que IOCC et USAID aient participé à l'élaboration de ce plan, bien que le document ne fasse jamais référence à une telle participation. Par ailleurs, le responsable avec lequel nous nous étions entretenue en octobre 2005 puis en janvier 2006, qui nous parlait de la position non fixée de l'EOTC face au préservatif, fut limogé dans le courant de l'année 2006. Après cette date, il ne fut plus question de considérer le port du préservatif, pour quelque motif que ce soit. Peut-on y voir l'influence du partenariat ? Cela nous paraît évident, mais encore une fois aucun interlocuteur de l'a affirmé.

Le choix de USAID de subventionner l'EOTC doit se comprendre à l'aune des éléments qui ont été mis à jour dans le chapitre 10 ainsi que la section précédente du présent chapitre. Ainsi, la promotion de l'abstinence et de la fidélité est au cœur de la politique du PEPFAR et émane directement du Congrès, du Sénat ainsi que de la Maison-Blanche. A ce titre, l'argument qu'emploie régulièrement l'EOTC dans ses demandes de subvention n'a pu que

²²⁰ A l'automne 2007, un document établissant le montant des subventions accordées à chaque FBO éthiopienne était accessible en ligne. Toutefois, quelques mois plus tard, ce document avait disparu, à l'instar, comme il a été établi précédemment, de nombreuses autres informations. Ce document établissait clairement que l'EOTC était la FBO éthiopienne la plus richement dotée par le programme américain.

séduire les Etats-Unis. En effet, l'EOTC met en avant dans de nombreux documents, sa large audience et l'étendue de son réseau :

« 44 diocèses ayant chacun à sa tête un Archevêque, 481 bureaux de districts, 500 000 ecclésiastes, 40 millions de fidèles [soit plus de 50% de la population éthiopienne], 40 000 Eglises de paroisses et monastères, 6,5 millions de jeunes enregistrés dans les Ecoles du dimanche de l'Eglise, 3 Ecoles de théologie²²¹ » (Document de présentation de l'EOTC à PEPFAR, courant de l'année 2006)

Il est possible que cet argument ait plus compté que la qualité de son programme de lutte contre le sida, et contrairement aux propos de la directrice de USAID-PEPFAR Ethiopia.

On pourrait considérer que c'est la force de frappe de l'EOTC qui a séduit les organismes des Etats-Unis. En effet, J. Mayotte considère que les FBO sont dans les pays d'Afrique présentes dans les régions les plus reculées, permettant de diffuser des messages aux personnes les plus difficiles à atteindre (1998). S'il est vrai que le territoire éthiopien est émaillé d'églises et que son clergé est numériquement important, il ne faut pas surestimer l'étendu de son réseau et le considérer comme couvrant l'ensemble du territoire. En effet, ses activités se concentrent principalement dans le Nord du pays et dans les territoires historiquement chrétiens. L'EOTC établie elle-même que :

« Historiquement, la partie nord du pays a constitué la circonscription principale de EOC-DICAC. Toutefois, plusieurs personnes arguent qu'en tant qu'institution nationale, l'EOC-DICAC devrait opérer partout où se trouvent des églises. Cependant, ces mesures ne peuvent être prises pour la simple raison que les ressources sont limitées et que l'efficacité serait réduite par une expansion géographique. » (EOC-DICAC, 2005 : 25)

Ainsi, l'étendue du réseau de l'Eglise ne garantit pas une influence homogène sur l'ensemble. Un autre élément nous semble avoir compté dans le choix de USAID-PEPFAR à plus financer l'EOTC que les autres congrégations religieuses présentes en Ethiopie : le fait que cette Eglise soit chrétienne. Cette information nous est parvenue à l'occasion d'une discussion informelle avec un ami et informateur privilégié particulièrement bien placé puisqu'il était le deuxième secrétaire de l'Episcopat de l'EOTC. Il nous rapporta qu'un de ses collègues avait assisté à une réunion avec des représentants américains. Au collègue en question, l'un de ces représentants expliqua, « discrètement » que les Etats-Unis avaient choisis de financer l'EOTC parce qu'elle est une Eglise chrétienne (Carnet de terrain, juillet-août 2008). Au regard de ces propos, n'est-il pas pertinent de mettre en parallèle la guerre que le Gouvernement Ethiope, avec les encouragements des Etats-Unis, a mené contre les islamistes djihadistes somalis, et leur (conséquence) subvention d'une Eglise chrétienne sur le sol de son partenaire?

Nous estimons donc que les larges financements américains à l'EOTC-DICAC sont fondés sur un faisceau d'arguments plutôt que sur un unique facteur (la qualité de ses programmes). Ainsi, la similarité, au moins dans les discours, entre les valeurs américaines d'abstinence et de fidélité, et la position de l'Eglise éthiopienne quant à cette question, l'étendue de son réseau et le fait qu'elle soit chrétienne sont les plus importants.

²²¹ Ce document nous a été remis par le coordinateur d'un des programmes de distribution des ARV en Ethiopie, PEPFAR-John Hopkins University, lors de notre première rencontre en décembre 2006. Traduction par nous-même.

IV.5. USAID/IOCC/EOTC : un partenariat aux conséquences importantes ?

Le partenariat entre l'EOTC et USAID à travers IOCC, a donc, très probablement, débuté dans le courant de l'année 2006. De 2004 à 2007, il était prévu que USAID finance l'EOTC à hauteur de 5 millions de dollars. Dans le courant de l'année 2006, voire peut-être plutôt en 2007, le PEPFAR a également financé l'EOTC pour la promotion de l'abstinence et de la fidélité à concurrence d'un peu plus d'un million de dollars (Communication personnelle du coordinateur du programme PEPFAR-John Hopkins University en Ethiopie, décembre 2006). Enfin, le programme a été prolongé jusqu'en 2011 et assortie d'une allocation de 8 millions de dollars²²². Ainsi sur sept ans, l'EOTC a reçu autour de 14 millions de dollars, soit environ deux millions par an ce qui représente approximativement 30 millions de birrs par an²²³.

IV.5.a. Les fonds contre sida : une transparence opaque

EOTC-DICAC établit sur la base de l'exercice de 2002, que son budget général s'élève à 46 millions de birrs. Elle estime à 14% la part provenant des dons des fidèles et des cotisations paroissiales qui reviennent à l'Episcopat. Les 86 % restant sont, selon le document, à rechercher (et à trouver) auprès des bailleurs de fond (EOC-DICAC, 2005 :24). Les programmes de l'EOTC-DICAC, outre la lutte contre le sida, couvrent également la sécurité alimentaire, l'éducation, les questions de genre et la promotion de la paix, pour un coût moyen de 68 millions de birrs par an (340 millions de birrs pour la période 2005-2009). Chaque année l'EOTC dédie environs 20 millions de birrs spécifiquement à la lutte contre le sida (EOC-DICAC, 2005 :42). Il apparaît donc que les subventions américaines couvrent plus que largement le budget de l'EOTC en matière de programme contre l'épidémie au VIH et présentent même un excédent de 10 millions de birrs. Nous n'avons eu accès à aucun budget, ni comptabilité, malgré des demandes officielles et officieuses. Il nous est donc impossible de déterminer l'usage qui a été fait de ces fonds, de ces excédents ou même d'avoir quelque précision sur les programmes de l'EOTC ayant été effectivement financés par IOCC/USAID. Au moins peut-on établir que contrairement aux allégations de tous les partenaires en présence, PEPFAR²²⁴, IOCC²²⁵, et EOTC (EOTC-DICAC, 2005 : 25), sur la transparence de leurs programmes et financements, celle-ci a des limites que, soit la politique, soit les enjeux financiers ne paraissent guère connaître.

²²² Voir le site internet de IOCC : <http://www.iocc.org/news/10-16-07.aspx>

²²³ Le taux de change du dollar américain en Ethiopie a beaucoup varié entre 2004 et 2011, nous considérons la moyenne basse de 1 dollar équivalent à 15 birrs pour cette période.

²²⁴ Pour un récapitulatif des actions menées de 2001 à 2008, et l'importance pour le PEPFAR de la transparence voir la page : <http://www.pepfar.gov/press/81352.htm>

²²⁵ Voir la page suivante du site de IOCC pour leur politique financière : http://www.iocc.org/aboutiocc_financial.aspx

IV.5.b. L'EOTC, IOCC et la charité religieuse

Il a été établi (chapitre 2 section IV et section IV.3 du présent chapitre) que l'EOTC n'avait pas structuré l'aide au pauvre, contrairement aux autres congrégations monothéistes (confessions catholiques, évangéliques, musulmanes ou même juives). Nous avons vu que des paroisses prenaient en charge ou aidaient des PVVIH, mais cette prise en charge est locale et n'est pas prise dans un réseau d'aide structuré et organisé. L'EOTC elle-même reconnaît cette absence, dans son plan quinquennal :

« Il est vrai que les fidèles de l'EOTC font des dons aux moins fortunés et une simple visite dans n'importe quelle église le dimanche matin le prouve. Cependant, l'importance et le potentiel de cette réponse collective à la pauvreté ne sont pas appréciés à leur juste mesure. Dès lors, avant de rechercher des fonds, ou de mobiliser des ressources, un travail de fond doit être mené pour accroître la conscience d'une réponse collective. EOC-DICAC devrait jouer un rôle important dans l'appui et le conseil aux églises quant à la meilleure manière d'employer ces fonds et ces ressources contre la pauvreté. ²²⁶» (EOTC-DICAC, 2005 : 24)

Cette absence rencontre les interventions de IOCC et les subventions de USAID qui mènent justement des actions d'aides et de prises en charge des PVVIH, des OEV et des personnes infectées ou affectées par le VIH. L'aveu et la proposition de l'EOTC pourraient constituer une réponse à cette intervention, du moins, elle semble être une réponse à une question de cet ordre. L. Molotokos-Liederman (2007) rappelle que le christianisme orthodoxe parce que basé sur la mystique et la contemplation (Meyendorf, 1975 ; Lossky, 1990) ne s'est guère intéressé à la question des pauvres, ou n'a pas cherché à transformer l'aide existant au niveau local en une aide systématique, rationalisée et organisée. Dans le christianisme éthiopien, nous avons expliqué que l'ascèse extra-mondaine et la fuite du monde, pour reprendre les catégories wébériennes, étant les principales voies de salut, toute forme de rationalisation éthique de la charité, entre, nous estimons, en contradiction avec cette conception du monde. Car l'idéal de sainteté est exemplifié par les moines, les anachorètes, les ermites, soit des personnages qui concentrent leur existence sur la fuite du monde et sur la recherche de l'union avec le divin. Dans quelle mesure cet idéal est-il compatible avec l'aide aux plus démunis ? Un ermite ne rencontre par définition personne ou très peu de gens, lui-même ne possède rien, lui-même ne veut rien, et cette figure est celle que les fidèles en sortant du monde pour obtenir la rédemption doivent suivre. Comment l'idéal de pauvreté peut-il désirer mettre fin à la pauvreté ? N'y a-t-il pas là une contradiction profonde ?

D'autres Eglises orthodoxes s'intéressent pourtant aux pauvres, aux opprimés, aux orphelins, et l'apparition de l'IOCC révèle que l'orthodoxie n'est pas totalement incompatible avec la charité comme le montre d'ailleurs L. Molotokos-Liederman (2007). Par ailleurs, l'Eglise orthodoxe de Russie a mis en place un programme de réhabilitation des drogués porteurs du VIH (Zigon, 2011). Quoique cette aide soit arrimée à une (re)moralisation de ces personnes²²⁷,

²²⁶ Notre traduction.

²²⁷ L'ouvrage de J. Zigon porte l'implication de l'Eglise orthodoxe russe contre le sida et la drogue, nous pensons qu'il est d'un grand intérêt et très complet. L'auteur montre parfaitement comment dans la Russie néolibérale comme il l'appelle, l'Eglise orthodoxe mêle qualification spirituelle et morale et vise la (re)moralisation

l'aide existe. Mais il s'agit là, nous pensons, d'une mutation de la religiosité, une forme d'adaptation à la globalisation du religieux et à l'aide humanitaire telle que nous les avons mises en lumière dans la précédente section. L'EOTC n'a pas réellement commencé à faire cela. L'EOTC-DICAC œuvre sur le terrain, dans différentes paroisses à la construction de poste de santé, met en place des formations à l'agriculture, et prend en charge des personnes infectées ou affectées par le VIH (chapitre 2 section IV). Certes, mais aucun de ces projets ne sont son fait. Ce sont des ONG ou des organismes d'aide internationaux qui ont choisi l'EOTC-DICAC pour partenaire pour la mise en œuvre de ces programmes. Ni les subventions, ni les idées, ni les initiatives n'émanent de l'EOTC et encore moins de l'Eglise éthiopienne, en tant qu'Eglise des fidèles et des clercs de la base.

L'absence d'organisation de l'« aide humanitaire » par l'EOTC rend compte également de la faible éthicisation et rationalisation de la valeur, pourtant religieuse, de charité. Ou plus exactement, elle pose la question de la distribution de cette valeur, de cette règle religieuse. D'après nos observations dans deux monastères Zeq^wala et Gäräma Gädam, les moines et moniales n'apportent qu'une aide limitée, au mieux, aux pauvres et aux nécessiteux. Ils accueillent et peuvent les nourrir pendant quelques temps, mais ceux-ci en échange devront travailler pour le monastère. Ainsi, la religiosité de virtuose même n'est que faiblement portée vers la prise en charge et le soutien aux plus démunis. Il apparaît que la charité est une vertu religieuse proprement laïque pour le christianisme éthiopien. Situation qui n'est pas sans rappeler celle ayant cours au début du Moyen-Age en Occident (Schmitt, 1982). Se pose dès lors la question des conditions dans lesquelles une forme rationalisée tant en terme éthique qu'organisationnelle de charité et d'assistance peuvent apparaître dans ce christianisme. Face à la globalisation tant du religieux que de l'aide humanitaire, on peut également proposer les interrogations suivantes. Dans quelle mesure l'EOTC et l'Eglise éthiopienne vont emboîter le pas à cette tendance ? Comment ces deux composantes du christianisme éthiopien vont répondre à cet appel ? Ces dernières vont-elles seulement l'entendre ? Il nous semble que seul l'avenir pourra permettre de répondre à ces interrogations.

IV.5.c. Le nouvel encadrement de la sexualité

Une des conséquences de l'important financement de l'EOTC en matière de lutte contre le sida se situe, nous estimons, dans le rapport de cette dernière à la sexualité. En effet, à partir de 2006, l'EOTC-HAPCO édite des manuels afin d'uniformiser la position des prêtres quant au sida. Ces manuels (un premier a été édité le mois de *mäskäräm* 1998 selon le calendrier éthiopien, soit en septembre 2006²²⁸ et un deuxième l'année suivante en 2007 donc), mettent l'accent sur les comportements sexuels des fidèles, sur la place et la responsabilité des prêtres et de la communauté. Cette nouvelle manière d'aborder cet aspect

de la Russie. Cependant, J. Zigon n'analyse pas la transition opérée par cette Eglise entre une tendance orientale plutôt axée sur l'extra-mondain et la mystique et une éthicisation croissante de la foi. Rationalisation éthique poussée loin puisque l'Eglise russe va jusqu'à considérer que la drogue et le sida sont des problèmes moraux et partant spirituels. Ce glissement, ce changement de posture et cette mise en pratique de la foi, constitue, à notre sens, un exemple de transformation important, qu'il aurait été très intéressant d'étudier.

²²⁸ Pour rappel, le mois de *mäskäräm*, soit le mois septembre est à cheval sur deux années puis le 11 *mäskäräm* est le dernier jour de l'année éthiopienne. Nous considérons que le document fut édité durant la nouvelle année, les 11 jours précédents ne représentant pas une différence hautement significative.

de l'existence des fidèles Ethiopiens tranche singulièrement avec les précédents programmes et certaines des orientations théologiques sur lesquelles la lutte contre le sida était basée. Si la participation de USAID et de IOCC est difficile à établir clairement, leur logo sont clairement visibles sur la quatrième de couverture de ces manuels laissant à penser qu'ils ont, au minimum, apporté une contribution financière à l'élaboration de ces documents à destination des prêtres et des diacres formés par l'EOTC. Nous allons voir que tant le contenu que la manière de délivrer les messages visant à appliquer les règles, plus ou moins nouvelles de l'EOTC constituent l'acmé d'un processus d'éthicisation des règles religieuses. La diffusion de ces règles s'appuient et renforcent d'une certaine manière la rationalisation de l'organisation de l'EOTC entamée dans les années 1970.

Nous avons vu que les programmes de formation du clergé chrétien éthiopien existent dès 2002. Ils se basent sur les postures théologiques de quelques prêtres. Ainsi, un prêtre théologien, exerçant à l'Organization for Social Services for AIDS (OSSA), organisme au sein duquel il représente l'EOTC (et cité plus avant dans le texte), avait déjà introduit quelques évolutions par rapport à la règle traditionnelle de l'Eglise quant au sacrement du mariage. Une des premières modifications notables du discours de l'EOTC était la nécessité tant pour les femmes que pour les hommes de demeurer vierge jusqu'au mariage :

« Deux jeunes gens attendent ardemment le jour de leur mariage pour découvrir chacun la virginité de l'autre. » (Kessis Mehari, 1997: 26)

En 1997, Kessis Mehari, considère que la transgression « des commandements divin de ne pas commettre l'adultère » a pour « la sentence [...] la mort » (1997: 4). Selon cet auteur, le respect de la loi divine permet non seulement l'obtention de la grâce et de la bénédiction divine à titre individuel mais assure également la cohésion de la vie sociale et de la communauté. Il rapporte qu'une société qui ne respecterait pas ces commandements divins sera détruite à l'instar de Sodome et Gomorrhe. (*ibid*: 84).

Des sanctions de péché moins lourdes

L'analyse des manuels édités en 2006 puis 2007 rend compte d'une évolution quant au contenu du programme de formation en cascade du clergé de l'EOTC. Les transformations concernent plusieurs aspects : nombre de relais communautaires, prévention des nouvelles infections, conseils aux PVVIH et aux personnes affectées par le VIH, lutte contre la stigmatisation. Le changement le plus important concerne la manière dont le clergé est invité à aborder les comportements sexuels de leurs fidèles. Les discours du clergé (à défaut de leurs mises en pratique) semblent vouloir fonder une nouvelle morale un peu plus « douce », et les préconisations sont plus basées sur l'amour et la compréhension.

Ainsi, cette morale, ayant pour fondement les commandements divins, est applicable dans ce monde, et tout contrevenant s'expose au jugement de Dieu :

« Fuyez la fornication ! Tout péché que l'homme peut commettre est extérieur à son corps ; celui qui fornique, lui, pèche contre son propre corps. Ou bien ne savez-vous pas que votre corps est un temple du Saint Esprit, qui est en vous et que vous tenez de Dieu ? » (1 Corinthiens, 6 : 18-19, cité par EOTC, 2006 : 6)

« Que le mariage soit honoré de tous et le lit nuptial sans souillure. Car Dieu jugera fornicateurs et adultères. » (Hébreux, 3 :4, cité par *ibidem*)

Si Dieu continue de juger, la mort, la maladie ou la damnation divine ne sont plus mentionnées comme étant des sanctions possibles. Il semblerait et la suite du document l'atteste qu'on assiste à un « adoucissement » de la position de l'EOTC, qui certes considère la fornication comme un péché, mais celui-ci n'est désormais plus passible de mort.

A l'instar des précédents programmes, la première partie est dédiée à l'information sur le VIH. Le sida y est décrit en terme biologique, les modes de transmission y sont indiqués avec précision (voie sexuelle, sang, et les différents types de transmission mère-enfant), les transmissions par voies sexuelles représentant, selon le manuel entre 80 et 90% des contaminations au VIH (EOTC, 2006 :1).

Un manuel qui explicite des pratiques jusqu'ici tues

Les changements les plus notables sont contenus dans le chapitre concernant les causes de la propagation du VIH, le chapitre 2 (EOTC, 2006 : 15-22). Les formateurs, prêtres de l'EOC, interrogent les clercs sur les raisons supposées de la transmission du VIH en recourant à des termes précis pour désigner des pratiques qui jusqu'ici, étaient passées sous silence. Le manuel demande (aux clercs) si la transmission est due à « par exemple : la “luxure” *zemet*, » (terme régulièrement usité dans les textes canoniques de l'Eglise), puis le « *wushema*, le *qemet'*, *wärsa* », « l'infidélité au compagnon/compagne », « les relations pré-maritales »,

« En 2002, une étude montre que les jeunes gens qui fréquentent l'école font l'amour avant même que nous puissions l'imaginer » (EOTC, 2006 : 22).

A titre de rappel, les termes *wushema*, *qemet'* renvoient au fait d'avoir un(e) “amant/maîtresse” et *warsa* désigne le “sororat” et le “lévirat” (Kane, 1990). Les termes utilisés pour décrire des pratiques si ce n'est courantes, du moins existantes dans la société éthiopienne, et l'absence de mention du mariage, constituent un changement notoire de la part de l'EOTC. Elle apparaît également ici connaître parfaitement bien les comportements de ses fidèles et explicite clairement le fait que les fidèles ne se marient que rarement religieusement ou même ne se marient pas, mais vivent simplement en couple. En effet, dès les premières pages du document, il est expliqué que

« Beaucoup de gens ne se marient pas à l'Eglise, et ces personnes ne sont pas bannies de l'Eglise » (EOTC, 2006 :6).

Selon le document, les prêtres doivent leur enseigner de demeurer fidèles à leur *tedar g^wadägna*, soit le compagnon/la compagne (*ibidem*). Il est également explicité :

« Aller à l'encontre de la loi de Dieu implique mépriser la religion et la coutume, il faut considérer que c'est un péché. Et ceux qui tombent dans le péché, l'Eglise leur enseigne sur ce qu'ils ont fait, ils doivent se confesser et l'Eglise les supplie de ne pas recommencer. » (*ibid* : 7)

Nous reviendrons sur le rôle et la place de la confession dans le prochain chapitre. Il ressort ici que si l'Eglise condamne, elle ne menace plus guère de sanctions lourdes et aussi violentes qu'auparavant, ouvrant dès lors la porte à la distinction entre le fait de commettre un péché et considérer le sida comme une punition divine de manière systématique. Il semble donc que ce faisant, elle affine, précise et se distancie des positions caricaturales qui prévalaient encore chez de nombreux clercs au milieu des années 2000. En outre, l'évocation des relations pré-maritales ainsi que l'entrée “précoce” des adolescents dans la sexualité, ne réfère pas à des

textes canoniques ni n'intègre des références bibliques mais se base sur une étude « scientifique » de 2002 attestant, d'après le document, du fait que les relations pré-maritales des étudiants (collèges et lycées) les rendent plus vulnérables à la contamination par le VIH.

Une mise à contribution de tous

Dans la suite du passage et plus loin dans le document, les clercs sont interpellés sur ces aspects ; le manuel exhorte les clercs à parler ensemble de ces pratiques, les enjoint à réfléchir à ce qu'ils ont fait jusqu'à présent pour lutter contre ces pratiques, à ce qu'ils comptent faire et à ce qu'ils doivent et peuvent désormais faire (*ibid* : 22 ; 77). Comme il a été explicité, l'EOTC forme ses prêtres en cascades. Ces derniers auront la charge de retourner dans leur paroisse faire part des informations et des incitations qu'ils ont reçu de la part du pouvoir épiscopal. Ils devront réfléchir avec leurs confrères et leurs fidèles aux discours, aux actions à mettre en place pour changer les comportements, les caractères, les causes qui ont permis la propagation du sida (EOTC, 2006 :20-22). Ainsi, le chapitre 4 du manuel de l'EOTC est dédié à la discussion autour des moyens à mettre en œuvre ainsi qu'aux personnes physiques et morales relais. Ce passage rend compte de la volonté de l'EOTC d'impliquer la communauté de fidèle au sens le plus large :

« Les gens importants, les familles, les jeunes et les femmes, et les membres du gouvernement locaux dans cette réflexion pour changer ces comportements » (*ibid* : 22).

Le manuel indique de manière précise les « gens importants ». Ces personnes physiques et morales expressément désignées sont au nombre de quatre. Les premiers nommés sont « les prêtres ; les confesseurs ». Puis, il est fait mention des membres de trois associations religieuses toutes composées de laïcs et de clercs. La première est le *Sämbät temeheret*. Il s'agit d'un groupe de laïcs spécialement attachés à un saint et se réunissant régulièrement souvent le samedi et en présence d'un prêtre confesseur. La deuxième est le *Säbäka Gubaé*, soit les conseils de paroisse, impliqué dans la gestion des biens de l'Eglise. La dernière association est le *Sämbäténa Sewa Mahäbärat*, les écoles du dimanche destinées à l'enseignement biblique. Ces personnes, institutions, membres de paroisses sont invités avec les prêtres et les diacres à réfléchir sur eux-mêmes, sur ce qu'ils ont déjà fait, sur ce qu'ils comptent faire, sur les raisons pour lesquelles ces pratiques existent et perdurent. Bref, le prêtre formé sur la base du manuel est censé les inciter à mener et à opérer une forme de réflexivité sur la société et sur des aspects tus et secrets dans la société éthiopienne. Ces réflexions et discours sont, de plus, conduits dans des établissements religieux qui, plus que de nombreux espaces, ne sont pas traditionnellement pensés comme étant les lieux de dévoilement et de réflexions autour des pratiques sexuelles.

Des paroles pour éthiciser et pour connaître ?

Ces propos autant que l'incitation de l'EOTC à discourir sur les pratiques sexuelles en Ethiopie rendent compte d'une évolution sans précédent dans l'histoire de l'Eglise. Selon M. Foucault (1976), le discours produit une forme de connaissance. Ici, il induit chez les prêtres un retour sur soi, un retour sur leurs propres rapports à ces comportements, sur ceux de leurs groupes. Plus encore que d'aborder les pratiques du *wushema*, du *qemet'*, et le *wärsa*, il est demandé aux prêtres de réfléchir à la manière dont ils peuvent lever ces tabous, les remettre

en cause, de penser en groupe une pratique intime, personnelle, cachée même à la communauté. Ainsi, l'Eglise qui s'était toujours gardée d'aborder de manière directe la question de la sexualité, semble s'attacher ici à faire la lumière sur des comportements protégés par le silence et la discrétion, à produire du discours autour de pratiques secrètes. Nous n'avons pas, à ce jour, connaissance de manuel émanant de l'EOTC et, compilant, définissant de la sorte ces pratiques. La question de la production d'une connaissance, d'un savoir chrétien éthiopien autour des pratiques sexuelles en Ethiopie n'est peut-être pas encore réellement à l'ordre du jour. Nonobstant et parce que l'EOTC s'appuie aussi sur des recherches scientifiques sur les comportements sexuels pour produire ses manuels, nous pensons avoir à faire à la production d'un discours scientifico-religieux, pendant d'un discours et d'un savoir moralo-médical, où les données scientifiques se conjuguent avec la production d'une connaissance des pratiques locales jusqu'ici tues et tabous, donc d'une certaine manière méconnues, inconnues.

Cette mise en lumière de comportements privés représente, nous pensons, une transformation profonde. En effet, le système social et culturel éthiopien a une manière propre de délimiter les espaces privés et l'espace public, voire à l'intérieure même de la sphère privée domestique, les poches de vie intime protégées par les voiles de la pudeur et du secret, pour reprendre des notions travaillées par G. Simmel (1998) et H. Duerr (1998)²²⁹. Nos observations nous ont permis de constater qu'une femme ne connaît pas toutes les activités de son époux et inversement, les femmes ont à l'intérieur même d'un ménage des espaces de liberté intime. Car les deux protagonistes obéissent à des règles leur interdisant de poser certaines questions et de chercher à tout connaître de l'autre, même dans ses activités quotidiennes. Dès lors, les discussions menées au sein de l'Eglise et sous l'égide de prêtres autour de comportements qui, dans la culture et la société éthiopienne, sont régis par les lois de la confiance, du secret et de la pudeur constituent un changement sans précédent. Et ce n'est pas la seule évolution que prône l'EOTC par le biais de son manuel.

En effet, le confesseur entretient traditionnellement avec sa fille ou son fils spirituel, une relation que S. Ancel qualifie de « clé de voûte de l'encadrement clérical en Éthiopie » (2006 : 275). Il est le dépositaire de la confession du fidèle et fixe les pénitences à accomplir au regard de la gravité du péché. Cependant, il a été explicité, la place de la confession dans le christianisme éthiopien n'est pas claire. Son importance n'est pas tout à fait établie, et les modalités de la confession sont assez mal connues. Nous avons vu dans le chapitre 8, que les personnes sérieusement atteintes et de nombreux *tsäbältägnas* y recouraient avant et/ou pendant la cure par l'eau bénite. Dans le cadre de la lutte contre le sida, et plus spécifiquement dans le document analysé ici, il ressort que l'EOTC encourage et appuie cette relation. Les prêtres et plus encore les prêtres confesseurs ont la charge de dispenser « des conseils basés sur l'amour et la connaissance » ; d'inciter les fidèles et/ou « leurs enfants spirituels à se préoccuper de leur vie intérieure », « à se protéger eux-mêmes ainsi que leurs familles », à « rester calme et croyant » et enfin à « **prendre soin de leur âme et de leur corps** »²³⁰ (EOTC, 2007 :77).

²²⁹ On pourra lire également le chapitre 5 (section I) de la présente thèse pour un rappel des notions développées par H. Duerr.

²³⁰ La mise en caractères gras est notre fait.

Au regard de la prégnance de l'ascèse extra-mondaine dans la foi chrétienne et de l'importance du rituel de l'eau bénite, impliquant un renoncement au corps, cette attention au corps, cette nécessité de « prendre soin de l'âme et du corps » constitue un changement de perspective radical. Il ne s'agit plus de le nier, mais d'y faire attention. L'attention dont il est l'objet n'est pas entièrement différente, l'Eglise prône de respecter les règles qu'elle qualifie de divines (fidélité et abstinence). Ce qui est nouveau c'est qu'elle recoure à ce vocable, « prendre soin ». Là où avant, il s'agissait de contrôler les désirs de ce corps de cette chair irrémédiablement attachée au péché, aujourd'hui, le vocable employé ne fait pas référence au péché de chair, mais au fait que le corps est le temple de Dieu, qu'il appartient à celui-ci :

« Ou bien ne savez-vous pas que votre corps est un temple du Saint Esprit, qui est en vous et que vous tenez de Dieu ? » (1 Corinthiens, 6 : 18-19, cité par EOTC 2006 : 6)

On assiste donc à un déplacement, à un glissement de sens, et de justification. Il faut prendre soin de ce qui appartient à Dieu, il n'est guère plus question de « chair qui conduit à l'iniquité » (Asrès, 2007).

La contribution de tous : signes de rationalisation et d'éthicisation ?

S. Ancel rapporte que dans les années 1970, des réunions préparatoires à l'établissement des conseils de paroisses étaient tenues localement au niveau paroissial. Ces réunions étaient demandées et menées à l'initiative du patriarcat et rassemblaient le clergé local, les membres de la paroisse ainsi que des laïcs membres de la communauté (2006, 259-261). Un certain Yämanä Berhan établissait les rapports de ces réunions. Il travaillait pour un comité formé par le patriarche en place alors, l'Abuna Täklä Haymanot, « afin de superviser l'installation des conseils de paroisse. » (*ibidem*). Le rapport d'une de ces réunions établit que

« Les prêtres furent ainsi encouragés à améliorer leurs compétences spirituelle et administrative. Le rapport expliqua qu'un prêtre devait désormais s'impliquer davantage dans la vie des fidèles, s'entraîner à prêcher et acquérir des connaissances « matérialistes » afin d'être capable de gérer correctement les revenus des églises. Le comportement des fidèles devait également être particulièrement encadré. [...] Il fut demandé lors des réunions à ce que soit bien expliquée aux fidèles la nécessité de leur cotisation pour l'avenir de l'Église. En contrepartie, ils avaient droit à ce que les prêtres s'impliquent d'avantage dans leur vie » (Yämanä Berhan, 1980 : 54-55, 58 cité par Ancel, 2006 : 262-263)

Par ailleurs, les écoles du dimanche ont été mises en place à la même époque. (Ancel, 2006 : 375). Ces écoles avaient pour but d'offrir un enseignement religieux aux enfants des paroisses. Cet enseignement et cette structure furent au cours des années 1980 soumises à l'autorité des conseils de paroisse (*ibid* : 375). L'intérêt pour le patriarcat était que grâce à cette structure :

« L'enseignement religieux se trouvait ainsi homogénéisé et totalement sous le contrôle du saint synode, qui sanctionnait ou non la valeur d'un ouvrage. Membre du clergé local ou bien simple laïc ayant une éducation religieuse, l'enseignant doit impérativement suivre les leçons établies par le patriarcat. » (Ancel, 2006 : 375-376)

Aujourd'hui, ces écoles du dimanche constituent un relai au même titre que les conseils de paroisse pour la lutte contre le sida, telle que l'EOTC l'a dessiné. L'Eglise, aujourd'hui, a recours à ces entités nouvelles pour inciter les paroissiens, et plus largement les fidèles, à

questionner leurs pratiques sexuelles, à réfléchir à leurs relations intimes et à les inciter à respecter des règles religieuses qui jusqu'ici n'avaient que peu de poids. L'EOTC-HAPCO ne rationalise guère plus l'Eglise en s'investissant dans la lutte contre le sida, par contre, cet organe s'appuie sur les rouages et sur les entités déjà mises en place dans le cadre de la rationalisation de l'Eglise, ce faisant elle entérine une situation déjà existante et lui conférant ainsi, une plus grande légitimité.

Le préservatif : un objet limite et une ressemblance avec les valeurs américaines

Si une partie du manuel tend à vouloir faire la lumière sur certaines pratiques, d'autres sections paraissent aller dans le sens contraire à savoir une volonté de ne pas connaître, de ne pas entrer dans le détail des comportements. Cette tendance est particulièrement sensible dans les questions qui touchent au préservatif. Ainsi, le document établit que : « l'Eglise ne soutient pas le préservatif et enseigne qu'il n'est pas fiable ».

« [L]'Eglise ne va pas dire “utilisez les préservatifs et vivez dans le péché”, le préservatif, et cela a été prouvé n'est pas fiable, comme l'Eglise fait attention et suit les actualités, elle éduque et enseigne les fidèles » (EOTC, 2006 : 7-8).

Ces propos ne vont pas sans rappeler la position américaine, et plus précisément de la droite chrétienne quant au préservatif et à la pilule contraceptive (Greslé -Favier, 2009 : x), qui ne les mentionnent essentiellement que pour établir leur non-fiabilité (*ibidem*). Cette similarité sera discutée dans la prochaine section. En outre, l'EOTC argue :

« L'Eglise l'a toujours dit et elle ne va pas se dédire. [les relations sexuelles] Avant le mariage ou en dehors du mariage, sont un péché, elle ne va pas se permettre en plus de dire “vous faites ainsi” ou “vous ne faites pas ainsi”. La première question est “est-ce qu'il a respecté la loi de Dieu ou pas”, et non, “est-ce qu'il a utilisé un préservatif ou pas”. Cela n'est pas le problème de l'Eglise. » (EOTC, 2006 : 7-8)

Il semble donc que la volonté de l'EOTC de faire la lumière sur les pratiques de ses fidèles atteigne là une limite. Elle s'enquiert de la réalité des pratiques de ses fidèles, cherche à les encadrer avec « amour et compréhension », « à les mettre en confiance », mais également à mettre fin à des tabous, des comportements secrets en les livrant à la lumière de la parole et de la discussion de groupe. Toutefois, elle ne cherche pas à entrer dans les détails les plus intimes, et établit une frontière qu'elle ne veut pas dépasser.

Nous estimons qu'il s'agit là d'une évolution considérable de l'Eglise Ethiopienne. Le rôle et la place des subventions américaines sont délicats à attester et à évaluer avec précision. Il nous semble que plus généralement, l'épidémie au VIH, l'implication de l'EOTC contre le sida, les demandes répétées de HAPCO, l'intervention des bailleurs de fonds (USAID et PEPFAR), mais également le processus de rationalisation de l'Eglise débuté dans les années 1970, ont tous ensemble conduit l'EOTC, qui traditionnellement ne désire guère connaître le détail des comportements sexuels de ses fidèles, à vouloir désormais les regarder en face, à les mettre en mots, à produire autour d'eux des discours. Dans le même temps, les rouages administratifs de l'Eglise sont mis pleinement à contribution pour atteindre au plus près le fidèle, pour « toucher son âme », pour lui tenir le discours empreint de « connaissance et d'amour », pour l'inciter à suivre les règles religieuses. Nous sommes donc confrontés à une transformation de l'Eglise et de son rapport à la sexualité mettant en évidence l'apparition

d'une tendance à l'éthicisation et prolongeant la rationalisation organisationnelle. En effet, il a été précisé que les règles religieuses éditées par le christianisme éthiopien, ne constituaient pas code moral, mais étaient un ensemble de règles de type plutôt extra-quotidienne. Elles ont pour but de rendre le fidèle plus pur pour accéder aux espaces religieux, elles sont donc à visées purificatrices. Elles n'ont donc pas vocation classiquement à être appliquées dans la vie courante, quotidienne et intramondaine, mais à protéger la sacralité des espaces saints (cf. Chapitre 5). L'EOTC en mettant à contribution la paroisse, en cherchant à mettre en lumière les comportements individuels met en œuvre une forme particulière d'explicitation des pratiques jusqu'ici cachées. Elle semble être une forme de réflexivité, de retour de chacun tant sur le groupe que sur lui-même. Là où auparavant ce qui était caché était « acceptable », à présent d'après les textes et les directives de l'EOTC, ce qui était tu devra être dit, et devenant alors inacceptable ; et ce à trois titres. D'abord pour des raisons sanitaires, car ces comportements exposent à l'infection au VIH, qui est socialement si ce n'est mortelle du moins encore stigmatisée et invalidante. Ensuite parce que ces comportements vont à l'encontre des « lois divines », des règles moralo-religieuses que les fidèles doivent désormais suivre dans leur vie quotidienne. Et enfin, car au sein même de la culture éthiopienne « classique », les comportements trop apparemment non-conformes aux normes du groupe sont sanctionnés. Il apparaît donc que l'EOTC s'appuie sur plusieurs ressorts, actionne plusieurs leviers, pour impulser un changement de rapport aux comportements sexuels, ces leviers se situent à mi-chemin entre et combinent, articulent les raisons sanitaire, religieuse et sociale, à l'interface entre la modernité (sanitaire et religieuse) et la tradition (règles sociales éthiopiennes classiques).

Dès lors, il ressort que la transformation de ces règles en un corpus de règles éthiques valables au quotidien et dans la vie courante représente une éthicisation de ces règles, un transfert de leur mise en pratique de l'extra-quotidien au quotidien, de l'extra-mondaine à l'espace-temps mondain. Cependant ce processus, cette éthicisation a, outre la question des préservatifs, d'autres limites.

IV.5.d. Des évolutions en demies-teintes : un Episcopat peu informé de la problématique VIH

Si ce changement de position et de perspective a de quoi étonner, les enquêtes de terrains incitent à en relativiser la portée. Les différents entretiens menés avec des membres du clergé éthiopien révèlent que cette tendance ne paraît pas encore avoir pris l'ampleur désirée. Ainsi, la question des relations sexuelles n'est que rarement abordée explicitement (Discussion informelle avec Diacon B. et Diacon Z., carnet de terrain, avril 2008) et plusieurs prêtres continuent d'éviter de rentrer dans le détail des pratiques dont ils sont supposés pourtant discuter pendant la formation. Il apparaît donc que d'un côté, l'EOTC produit un discours certes plus tolérant, mais également marqué par la volonté de faire mettre en pratiques les règles religieuses. De l'autre côté, les représentants de l'Eglise éthiopienne (les prêtres de la base et les fidèles) conservent des pratiques et des discours plus classiques, en apparence moins tolérants, car également désireux de protéger la sacralité des espaces saints, mais laissant finalement aux fidèles l'espace de liberté privé que la culture et la société éthiopienne leur confère habituellement. Cette position est rendue sensible par les propos d'un autre prêtre.

Nous avons pu rencontrer un prêtre formé par un autre prêtre, ayant reçu la formation sur la base du manuel. A la question « l'Eglise parle-t-elle de sexualité ? », le premier prêtre nous répondit :

« Oui, la plupart du temps nous les enseignons sur cette chose, mais les gens n'ont pas le courage d'accepter qu'ils doivent se marier religieusement. » (Abba B., Kidané Mehret, mai 2008)

Il apparaît donc que les traditionnels « abstinence, fidélité et mariage religieux » demeurent des termes de références qui masquent l'existence de pratiques privées distinctes. Celles-ci continuent d'être d'une certaine manière protégées par la pudeur des prêtres et leur évitement de la souillure que représente l'évocation même des relations sexuelles. De plus, si l'EOTC-HAPCO entend tenir compte pleinement du faible recours au mariage religieux de ses fidèles, il apparaît que plusieurs prêtres et notamment celui interrogé, n'adhèrent pas à ce discours et préfèrent prôner un retour aux valeurs religieuses traditionnelles qui n'ont normalement que peu de poids auprès des fidèles. Là encore, certains informateurs ont pu nous dire que les Ethiopiens (chrétiens) recouraient plus souvent au mariage religieux, mais seule une enquête spécifique permettrait de statuer sur les évolutions réelles tant par rapport au mariage religieux que sur la tendance à respecter les nouvelles prescriptions religieuses en matière de sexualité et de générer des discours autour de la sexualité.

Un autre événement nous conduit à relativiser l'ampleur de la mise en pratique des injonctions du manuel. En août 2008, nous avons suivi la caravane d'archevêques de l'EOTC à Däbrä Marqos, une ville située à 300 kilomètres au nord d'Addis Ababa. La réédition en 2007 du manuel analysé plus avant témoigne de l'ardeur avec laquelle l'EOTC cherche à former son clergé dans les paroisses, mais la réalité des positions actuelles d'une partie de l'Episcopat, remet en cause cette tendance. Durant ces deux journées de formation, plusieurs hauts dignitaires étaient présents, la caravane étant théoriquement leur fait. Pour ce rally qu'il nous a été donné de suivre, les messages de prévention et les injonctions aux fidèles de faire attention, de rester fidèles et abstinents étaient principalement délivrés par un ancien prêtre exerçant depuis quelques années la profession laïque de journaliste. Les archevêques prenaient parole de temps en temps. Un premier dit :

« Le sida a été amené par les blancs, il est apparu parce que les hommes dorment avec des hommes et on voit même aujourd'hui des hommes avoir des relations avec des singes » (Carnet de terrain, Däbrä Marqos, juillet-août 2008)

Un deuxième soutient quant à lui que : « Le sida vient des Etats-Unis » (*ibidem*). Il semble selon les propos même d'un informateur bien placé, que l'EOTC ait oublié de former son propre épiscopat (Discussion informelle avec le second secrétaire de l'Episcopat, carnet de terrain, juillet août 2008), ce qui au regard du montant des subventions américaines pour lutter contre le sida et notamment pour financer ces déplacements épiscopaux ne manque pas d'étonner. Notre informateur privilégié considérant les propos des archevêques comme douteux, ajouta que les membres du haut clergé étaient des moines concentrés sur la prière et l'ascèse, coupés du monde et principalement concernés par des questions théologiques complexes et élevées (*ibidem*).

IV.5.e. Une impossible éthicisation (ou rationalisation éthique) de la foi chrétienne éthiopienne ?

Au-delà de l'ironie de la situation, le décalage témoigne de deux faits centraux. Premièrement que l'EOTC n'est pas tout à fait l'Eglise unifiée qu'elle argue être. Elle est traversée de nombreux courants, de nombreux types et catégories de clercs, dans le prolongement de ce qui a été établi dans les chapitre 3 puis 9. Tous ses membres du clergé ont des positions quant au sida en grande partie structurées autour de leur(s) rapport(s) au monde, de leurs places et rôles vis-à-vis des fidèles laïcs, mais également du type de charisme dont ils sont porteurs, comme il a été mis en évidence dans le chapitre 9 (charisme personnel, charisme spécifique au clergé régulier, charisme du clergé séculier de type institutionnel conféré par l'ordination, un mélange des deux, etc.). Des éléments personnels comme l'ouverture d'esprit, l'éducation, les voyages, le type de formation (dans un des nouveaux collèges créés par l'EOTC, ou formation classique parmi des moines), peuvent entrer en ligne de compte. Cependant, nous considérons ces facteurs comme concomitants aux premiers voire, pour les personnages charismatiques œuvrant sur des sites d'eau bénite, comme secondaires. C'est là un point sur lequel nous reviendrons dans le prochain et dernier chapitre. Le fait que les dignitaires religieux de l'épiscopat continuent de considérer le sida comme le signe manifeste de comportements non seulement irréguliers mais même animaux, révèle la prégnance même à la tête de l'EOTC d'une forme de religiosité de type extra-mondaine et ascétique.

Le deuxième point important est le rapport à la sexualité. Un manuel constitue certes un support intéressant pour former des prêtres (et des diacres) en cascade. Mais nous avons vu dans le chapitre 5 que les règles encadrant les comportements sexuels et plus généralement tout ce qui touche à cet aspect de l'existence humaine ne constituait pas un code moral. Ces règles sont principalement faites pour protéger la sacralité des espaces saints de la souillure profane ou sacrée impure (i.e. les menstrues, les parturientes, le sang de meurtre). Le clergé, parce que lui-même proche du sacré, ne peut, dans ces conditions, trop approcher de cette souillure en prononçant des termes référant explicitement au sexe. La deuxième caractéristique de ces règles est celle qui a été mise en lumière dans le chapitre 8 (section II.4.c).

Nous avons tenté, en effet, de montrer que ces règles n'ont pas pour seule fonction de sanctionner ou de punir le contrevenant. En effet, la plupart des corpus de règles existant (Torah comprise) ne peuvent être appliquées dans leur ensemble tout le temps et par tous. Ces règles permettent (aussi) de trouver quelque chose à réparer. C'est-à-dire qu'un désordre dans le monde concret doit avoir une cause (dans le monde concret et/ou dans le monde suprasensible) afin que les hommes puissent agir sur ce désordre. C'est que ce permet la multiplicité des règles existantes : de toujours pouvoir trouver une faute, une règle n'ayant pas été respectée à l'origine du désordre. D'une certaine manière donc, un événement considéré par une communauté humaine comme non-désirable sera donc retraduit en désordre ayant pour origine une règle n'ayant pas été respectée. Les règles sont par ailleurs souvent édictées par une entité (ou des entités) existant dans le monde suprasensible (dieu, des ancêtres, des esprits, etc.), le non-respect de ces (leurs) règles provoque leur courroux, leur tristesse, suscite

une action vengeresse qui correspond au désordre visible dans le monde concret, matériel, affectant négativement les hommes. Dès lors, trouver la règle non respectée, constitue un début de remise en ordre. Car alors, cette règle non-respectée peut être réparée (et souvent, on cherche un fautif), par différents procédés (expiation, purification, rite propitiatoire, sanction du coupable, etc.). Cette réparation permet de restaurer l'ordre dans le monde d'abord suprasensible, les rites d'expiation, de purification, actions qui vont apaiser et satisfaire les entités (dieux, esprits, ancêtres) courroucées. Et le pardon, l'acceptation de la réparation par l'entité suprasensible permet en retour de restaurer l'ordre dans le monde concret, matériel, sensible²³¹. En Ethiopie, les règles concernant la sexualité participent de ce processus, elles n'ont pas forcément toutes vocations à être appliquées mais constituent une réserve de faute possible permettant de demander pardon et d'agir sur un possible désordre. La persistance de cette conception autour des règles encadrant la sexualité est dès lors certifiée par les propos du prêtre ayant reçu la formation, mais aussi par ceux des diacres ainsi que par les assertions quelques peu provocatrices des archevêques. Ils témoignent chacun et tous ensemble de l'importance et du poids des tabous religieux autour du sexe et de cette nécessité de séparer les différents univers.

Ainsi, volonté de l'EOTC d'éthïciser les règles religieuses portant sur les comportements sexuels du christianisme éthiopien, est à la lecture du manuel de formation des prêtres évidente. Cependant, il existe au sein même de l'Eglise des mouvements tendant à s'opposer à cette forme de rationalisation éthique des règles que l'Eglise considère comme divines. Il nous semble que cette situation rend compte du décalage important entre les clercs de la base à la sexualité et les clercs de l'administration de l'EOTC. Ces derniers tendent à vouloir éthïciser une religion qui est et demeure, au-delà de certaines évolutions, très attachée à sa dimension mystique, telle qu'elle est en jeu dans les guérisons miraculeuses (chapitre 9 et 8). Dès lors, il semble que les règles religieuses continuent à plus être utilisées (et utiles) pour obtenir un pardon divin, une rédemption, et qu'elles ne régissent pas réellement la vie quotidienne des individus. Ou autrement formulées, elles servent à agir dans le monde, mais après qu'un malheur ou un désordre n'advienne (et pour réparer) et non avant pour éviter de commettre un péché. Le manuel tend lui à les faire appliquer avant, à les éthïciser pour prévenir le péché. Par ailleurs, la référence du manuel aux règles de la coutume témoigne de la persistance de cette dichotomie :

« Aller à l'encontre de la loi de Dieu implique mépriser la religion et la coutume, il faut considérer que c'est un péché. » (EOTC, 2006 : 7)

Les règles coutumières continuent d'être les règles de références même d'une certaine manière pour l'Eglise. Celle-ci s'attache à les combiner aux règles religieuses, à les faire se rencontrer, notamment en intégrant totalement le fait que les fidèles ne se marient pas religieusement. Elle intime par contre à ces personnes unies de manière informelle de respecter les règles religieuses. Nous sommes donc face à une forme d'adaptation de l'Eglise qui témoigne parfaitement de sa volonté de considérer les pratiques des fidèles telles qu'elles

²³¹ Nous estimons que cette procédure n'est pas de l'ordre de la magie, mais constitue un mode d'action rationnel en accord avec les représentations du monde des communautés recourant à ce type de procédé. Par ailleurs, et comme il a été explicité (conclusion de partie 3), nous pensons que notre monde moderne n'agit pas de manière très différentes, mais c'est là une hypothèse que seules de plus amples études pourraient tester.

sont et, partant de là, d'y introduire une dimension éthique religieuse au sens proprement wébérien (Weber 1996 : 360). Dans le même temps, l'EOTC vise à produire avec les prêtres, les membres de la communauté et « tous les personnages importants » un discours scientifico-religieux, pendant d'un discours médico-moral (Foucault, 1976).

Le fait que ce processus d'éthicisation ou de rationalisation éthique ne prenne guère auprès des prêtres et, d'après nos observations, dans la société éthiopienne même, laisse penser qu'une majorité des fidèles demeurent attachés à une forme plutôt mystique ou plus exactement extra-mondaine de la foi éthiopienne orthodoxe chrétienne, comme nous allons le voir dans le prochain chapitre.

V. De la droite chrétienne américaine versus l'EOTC : la justice et la morale versus le contrôle de soi pour le pardon

Au terme de ces descriptions et analyses d'abord du christianisme éthiopien dans ses deux composantes; l'EOTC s'impliquant contre le sida et l'Eglise éthiopienne offrant une réponse à l'infection au VIH ; puis les descriptions et analyses du PEPFAR et de l'ethos américain, il nous semble qu'une différence radicale sépare ces deux christianismes. Elle est exemplifiée, symbolisée en début de partie par la mise en regard des deux épigraphes porteuses de certaines des symboliques religieuses américaines et éthiopiennes. L'une comme l'autre sont caricaturales, toutes deux sont élimées par multiples usages. Pourtant, chacune parle d'une partie des ethos religieux en présence : l'ethos religieux américain et l'ethos religieux éthiopien. Le christianisme puritain américain est intramondain presque à l'extrême, le christianisme orthodoxe éthiopien, extra-mondain quasiment à l'extrême. Ils se rencontrent sur le front de la lutte contre le sida, et tous deux considèrent l'abstinence et la fidélité comme des valeurs moralo-religieuses importantes. Enfin, cette improbable rencontre est motivée par la globalisation tant du religieux que de la lutte contre le sida.

Nous l'avons vu, ni l'implication de l'EOTC dans la lutte contre le sida, ni les demandes répétées du Gouvernement éthiopien d'encadrer les comportements sexuels de ses fidèles, ni même les subventions de USAID-PEPFAR et le partenariat avec IOCC ne sont parvenus à éthiciser en vue d'éviter le péché et(/ou²³²) l'infection au VIH, le rapport à la sexualité tant des clercs que de la base que des fidèles. Cet insuccès témoigne de l'écart existant entre ce que nous avons considéré comme la part institutionnelle, rationnellement organisée et structurée du christianisme éthiopien, soit l'EOTC et l'Eglise éthiopienne, composée du clergé de la base et des fidèles. Il apparaît que si la première composante (l'EOTC) est éthique et rationnelle, la deuxième ne présente pas les mêmes caractéristiques. Nous ne

²³² Le « et/ou » est employé ici pour trois raisons. D'abord, dans cette thèse, le rapport au péché protestant puritain américain n'a pas été interrogé. Nous ne savons donc pas dans quelle mesure l'infection au VIH est considérée comme le signe d'un péché pour la droite chrétienne ayant fortement influencé la politique (au sens anglais de *policy*) PEPFAR. Ensuite, la position de IOCC sur ce point ne nous est pas non plus connue. Enfin, dans le christianisme éthiopien, la notion de péché était complexe (chapitre 8 section II.4). L'association infection au VIH=signe de péché, opérée par des prêtres et des fidèles témoigne certes de l'adhésion à l'idée que le sida est une punition divine, surtout parce qu'il faut pouvoir demander « pardon » et obtenir une rédemption. Par contre, pour les protestants et l'ONG orthodoxe IOCC la question demeure posée.

considérons toutefois pas cette dernière composante comme non éthique ou non rationnelle. M. Weber a insisté sur la multiplicité des domaines possibles de rationalisation :

« Chacun de ces domaines peut être “rationalisé” en fonction de points de vue ultimes et d’orientations fort divers ; de surcroît, ce qui est “rationnel” pourra paraître “irrationnel” selon le point de vue adopté. [...] Dans la perspective de l’histoire culturelle, on ne peut caractériser les différences entre ces rationalisations qu’en déterminant *quelles* sphères ont été rationalisées, et dans quelle direction » (1996 : 502)

Nous avons vu dans la troisième partie la manière dont l’ascèse monacale extra-mondaine était laïcisée pour permettre aux fidèles laïcs d’obtenir une guérison divine, un pardon et une rédemption. Sur les sites d’eau bénite, lieux d’obtention de ce pardon, les règles, les interdits qu’ils concernent la conduite de vie quotidienne (jeûne, type d’habillement, fraternité) ou le rapport à l’église, aux rituels, et à l’eau bénite sont hautement respectés, suivis avec une rigueur ascétique. Dès lors, ne peut-on pas considérer cette mise en pratique des règles monastiques comme une rationalisation éthique de l’ascèse monastique ? Cette forme de laïcisation de la religiosité de virtuose du religieux peut-elle être considérée comme une éthicisation, malgré son caractère géographiquement circonscrit ? Selon la définition wébérienne de la rationalisation, on peut répondre par l’affirmative. En effet, celui-ci définit la rationalisation éthique comme suit :

« Le mode de l’influence religieuse sur la vie quotidienne a été conditionné, comme il est naturel, d’une manière décisive par la chose suivante : la nature des concessions que les virtuoses ont été contraints d’imposer à leurs exigences pour tenir compte des possibilités de la religiosité quotidienne, afin de gagner et de conserver, sur le plan des idées comme sur le plan matériel, une clientèle de masse. [...] L’influence [de la religiosité de virtuoses] était infiniment moindre que lorsqu’elle entreprenait une rationalisation éthique de la vie quotidienne, même si c’était au prix d’une ample révision de ses exigences idéales, [la] rationalisation qu’elle menait sur le plan général, donc également pour les masses ou justement pour elles seulement. » (Weber, 1996 : 360)

Les *tsäbältägnas* s’installent sur des sites d’eau bénite pour y demeurer parfois plusieurs années et certains pour ne jamais en repartir. Dans ces conditions, il apparaît que l’extra-mondanité associée à la quête du pardon devient un habitus quotidien. Cette rationalisation vise alors l’union au divin, l’obtention du pardon, soit d’un bien de salut proprement terrestre puisqu’il s’agit de guérir du sida. Ainsi, les fidèles éthiopiens s’extraient du monde, s’en remettent au divin pour obtenir un bien de salut terrestre. Dès lors, l’épigraphe située en introduction de cette partie « Et l’Ethiopie tendra ses mains vers Dieu » est-elle emblématique d’un ethos religieux particulier et d’une forme extra-mondaine de rationalisation de l’obtention des biens de salut.

L’ethos religieux américain forme une boucle quand il s’incarne dans la charité. Et celle-ci se donne à voir dans le cadre de son engagement en Ethiopie contre le sida. De manière schématique, on peut considérer les Etats-Unis se concevant comme une nation d’élus de Dieu (à l’instar d’autres cultures). Cette élection se manifeste entre autre par la réussite financière (Weber, éthique protestante), conception visible et/ou prenant appui sur le *manifest destiny*. Quand les Etats-Unis donnent, quand le peuple américain est, ou se pense, dans un rapport de générosité et de charité à l’autre, il œuvre de manière éthique, en accord avec ses valeurs moralo-religieuses. Nous estimons qu’il ne faut guère s’étonner qu’une partie des

fonds que les Etats-Unis emploient pour aider les pauvres lui revienne. Car une des conséquences de cette conception de l'argent comme signe manifeste de l'élection divine est que, justement, il faut qu'elle s'arrange d'une certaine façon pour créer, justifier, asseoir cette élection ou au moins la rendre possible. Dans ces conditions, le peuple américain donne certes pour mettre en pratique la valeur charité, mais aussi pour recevoir la bénédiction divine. La charité, l'engagement contre la pauvreté, le sida, sont œuvres chrétiennes et devoir éthico-moral, qui permettent l'obtention de ce bien de salut qu'est l'élection divine. Comme ce bien de salut est également manifesté par la richesse et la puissance économique, les Etats-Unis font en sorte qu'une partie de l'argent donné (ré)alimente l'économie américaine afin de contribuer à sa richesse. Cette richesse témoignant, certifiant de son élection divine. Ainsi, le retour des dons américains à l'Amérique est-il plus qu'un enjeu et/ou besoin économique, il s'ancre et s'articule à l'ethos religieux puritain américain. Dans ces conditions, la phrase « In God we trust » inscrit sur les billets verts prend une profondeur et un sens supplémentaire.

Nous voudrions terminer ce chapitre par un retour aux théories wébériennes et à leur application par plusieurs sociologues au christianisme orthodoxe, et ce à l'aune des éléments du christianisme orthodoxe tels que mis en lumière dans cette étude. V. Makrides en travaillant la question de la sécularisation du christianisme orthodoxe considère :

« Il est évident que le christianisme orthodoxe oriental présente des caractéristiques qui le distingue du monde occidental. Même Weber (1988 : 466-467), sans avoir terminé l'examen systématique du christianisme orthodoxe mais connaissant assez bien la culture russe, le considérait comme trop mystique et extra-mondain pour motiver quelque changement social comme le protestantisme fit. Au regard des faits présentés ici, le système orthodoxe est considéré comme moins rationnel car il lui manque ou il ne met pas autant l'attention à la loi et à l'ordre (Lipowatz, 1998). Ce qui contribue à sa non-systématisation, sa théologie étant moins claire et moins articulée et incidemment à sa nature moins rationnelle (Mappa, 1997). Il est évident que la doctrine orthodoxe de Dieu ainsi que l'ensemble de l'articulation théologique orthodoxe, n'a dans le monde Byzantin jamais été développée au sens rationnel Occidental. Il était intimement associé à la mystique, à l'expérience et à l'ascèse.²³³ » (Makrides, 2005 :181)

Il apparaît que le christianisme éthiopien présente de nombreuses similarités, ainsi que nous l'avons vu. Il n'y a pas de système théologique structuré et organisé, la religiosité est fortement marquée par le mysticisme, la contemplation, et l'ascèse.

Toutefois, nous avons vu que le pardon, la rédemption y constitue une dimension importante. Les règles éthiques étant mises en pratique afin d'obtenir ce pardon. Nous avons également montré que les fidèles considéraient Dieu d'abord comme miséricordieux, c'est à dire capable de pardon et d'amour. Dès lors dans la conception éthiopienne du divin, celui-ci est juste en châtiant celui qui contrevient à ses lois. Mais Dieu pardonne à celui qui se tourne vers lui d'un cœur sincère, à celui qui s'abonne en toute confiance, puisqu'en amharique, le terme "foi" signifie également "confiance" et qu'une personne pieuse, témoignera autant de confiance aux hommes qu'à Dieu. Sur les sites d'eau bénite, les *tsäbältägna* s'abandonnent, s'en remettent à la miséricorde et à la puissance de Dieu. Ainsi, la religiosité éthiopienne met l'accent sur le pardon et l'amour divin plutôt que de considérer la morale et la justice de Dieu. La laïcisation de l'ascèse extra-mondaine et le respect des règles éthico-morales dans le cadre de la cure par

²³³ La traduction est notre fait.

l'eau bénite rendent compte de ce processus de rationalisation organisationnelle et éthique de la demande de rédemption. Par ailleurs, dans la conception en vigueur dans le christianisme éthiopien, le monde est le domaine du diable, les hommes sont en butte à ses tentations permanentes. Dans ces conditions, la sortie du monde et justement l'ascèse contemplative constituent les espaces-temps au sein desquels il est possible de demander et d'obtenir le pardon et le salut. Comme nous l'avons vu les *tsäbältägna* se considèrent comme « sauvés », dès qu'ils sont sur un site, ou encore après avoir commencé la cure d'eau bénite :

« Si je demande à Dieu, je suis sûre qu'il me pardonnera » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, Avril 2008)

« Oui, j'ai vu le pardon de Dieu, car je me sens fort et je peux travailler maintenant » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, Avril 2008)

« Dieu a ses propres desseins pour moi. Je pense qu'il veut me montrer son amour et sa miséricorde » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, Avril 2008)

Ainsi, dans la conception éthiopienne du divin, Dieu est plus amour et pardon que sanction et justice. Il est assurément justice et sanction puisque le sida est considéré comme une punition divine, mais les deux premières dimensions, l'amour et la miséricorde prennent le pas sur les deux dernières. Ce sont ces deux composantes du divin, l'amour et la miséricorde, que le christianisme éthiopien a rationalisées et éthiciées à l'extrême, et beaucoup moins la justice ou la morale divine. Et n'est-il pas difficile, voire antinomique, de transformer le pardon en lois prévalant avant le péché ?

A l'inverse, pour le christianisme occidental, J. Delumeau a bien montré la manière dont le clergé médiéval, à travers la systématisation de la confession des péchés, avait instillé (et s'était appuyé sur une conception déjà présente) la peur de l'enfer et du courroux divin. Insistant dès lors plus sur la dimension justicière et morale et partant éthique du divin par rapport à sa miséricorde et à son pardon. Le puritanisme des sectes américaines représente une des formes les plus abouties de l'éthique rationnelle (Weber, 1964) en prenant appui et/ou révélant une conception du divin comme étant plus juste qu'aimant ou miséricordieux et appelant une éthique morale permettant d'éviter le péché et d'assurer le salut. C'est à dire que dans cette conception, le divin rétribue selon les œuvres, selon l'application et le respect de ses règles. Les deux christianismes articulent donc chacun à leur manière ces quatre composantes du divin : amour et pardon/justice et morale. Il nous semble que les différentes formes de rationalisations éthiques diffèrent selon les places qu'occupent dans l'ethos de chaque société, les couples amour-pardon et justice-morale.

Dans le christianisme éthiopien, l'éthique du pardon prend le pas sur l'éthique de la morale, mais poussée à l'extrême cette conception tend à faire de la recherche du salut et du pardon divin le mode exclusif d'obtention de la guérison. Appliquée à l'infection au VIH, le traitement biomédical contre le sida est théologiquement et traditionnellement incompatible avec la cure par l'eau bénite. Le PEPFAR et USAID en finançant l'EOTC au titre de la prévention des nouvelles infections au VIH, en encadrant strictement les comportements sexuels des chrétiens éthiopiens, n'a sans doute pas mesuré la profondeur de cet attachement à l'ascèse extra-mondaine hautement rationalisée. Les proclamations d'un membre du haut

clergé de l'EOTC quant au sida venant des Etats-Unis peuvent faire sourire, elles sont néanmoins une des manifestations de cette conception. Il en va autrement de la compatibilité entre les traitements spirituels et biomédicaux. Dans les premières années de l'introduction des ARV à large échelle, cette incompatibilité se teinta d'une note dramatique qui, nous allons le voir à présent, n'a pas échappé à certains acteurs.

CHAPITRE XII

Les ARV sur les sites d'eau bénite : de tensions en combinaisons ?

Le christianisme éthiopien est donc une religion mettant l'accent sur le pardon et la rédemption, et relègue à la sphère sociale laïque le respect des règles régissant la vie de tous les jours. Dans ces conditions, la cure spirituelle, la prise en charge des PVVIH et le traitement religieux de la maladie constituent les domaines d'implication du christianisme éthiopien. De l'autre côté du spectre, la prise en charge biomédicale des PVVIH depuis l'apparition des ARV présente un certain nombre de difficultés.

« Les thérapies antirétrovirales représentent les traitements les plus complexes et les plus exigeants que l'on ait jamais prescrits à une population d'une étendue aussi grande pour une durée indéfinie. Les prescriptions liées à ces traitements cumulent tous les risques d'observance connus » (Vignes, Schmitz, 2008 : 36)

Un des points cruciaux de cette thérapie et qui conditionne de nombreux aspects de la prise en charge réside dans la nécessité pour les patients traités de respecter scrupuleusement les consignes de prise de médicaments (posologie, horaires, régime alimentaire lié) car « un taux de 95 à 100% d'observance est nécessaire pour garantir une efficacité des traitements (Delfraissy, 2002 : 75) » (*ibidem*). Cette exigence constitue un enjeu majeur et une autre difficulté :

« La régularité et le respect par le patient des prises médicamenteuses sont encore plus importants dans le cas d'un traitement antirétroviral que pour tout autre traitement puisqu'il est démontré que l'observance met sérieusement en cause l'efficacité thérapeutique ou, [...] entraîner de sérieuses résistances du virus à ces traitements. » (Vignes, Schmitz, 2008 : 36).

Dans ces conditions, le non arrêt des traitements, le respect des prises, la continuité du suivi, sont des directives que les patients doivent rigoureusement observer. En outre, le traitement aux ARV est accompagné d'un régime alimentaire propre (alimentation équilibrée, apport protéiniques conséquents, etc., MoH, 2009). Nous avons qualifié ce dispositif, cette forme d'attention à soi, une technologie de soi au sens foucauldien du terme (Foucault, 1984). Dès lors, la cure par l'eau bénite entre en concurrence avec les ARV, car prendre de l'eau bénite implique de cesser toutes les autres formes de thérapie en cours. En outre, nous avons vu (chapitre 8 et 9) que les modalités d'obtention d'une guérison impliquaient un contrôle accru du corps, le respect d'un agenda strict et d'un régime particulier qui entrent en concurrence avec l'observance du traitement antirétroviral. Ces éléments rendent la cure par l'eau bénite difficilement compatible avec le traitement biomédical ; ils augmentent potentiellement les abandon thérapeutique (plusieurs PVVIH ont dit avoir arrêter les ARV au profit de la cure par

l'eau bénite) et entravent la bonne observance aux ARV. D'après le responsable du bureau régional HAPCO de la région de Bahar Dar, cela constitue, à échelle plus large, un risque accru de développement de résistances aux traitements et incidemment une complexification du schéma de la prise en charge et du traitement (Entretien avec un des responsables du bureau régional HAPCO, Bahar Dar, juillet 2008).

Nous avons vu par ailleurs que pour l'EOTC, l'épidémie du sida, sa politisation et enfin les subventions américaines ont modifié la manière dont elle s'engageait dans la lutte contre le sida. Dans cette étude une distinction a été opérée entre l'EOTC et l'Eglise éthiopienne. L'EOTC est la composante institutionnalisée, rationalisée, tandis que l'Eglise éthiopienne est celle des sites d'eau bénite, celle des miracles quotidiens, du pardon et de la rédemption : elle rassemble le clergé séculier, le clergé régulier, les personnages charismatiques découvreurs de source et les fidèles en quête d'une guérison miraculeuse du sida. Cette dernière n'a que peu été touchée tant par la politisation du sida que par les tentatives d'encadrement des comportements sexuels à titre préventif. En effet, ni l'EOTC, ni le Gouvernement éthiopien ne s'intéressent au début de la politisation du sida, à l'arrivée des ARV, à ces espaces, au sein desquels les PVVIH viennent chercher une solution à leur infection. L'EOTC mentionne que l'eau bénite peut guérir de toutes les maladies (Kessis Merahi, 1997 ; Entretien avec le directeur de EOTC HAPCO novembre 2005) mais ne s'étend guère sur le sujet. Dès lors, les ARV ne rencontrent pas uniquement l'eau bénite : c'est l'ensemble de l'Eglise éthiopienne qui est interpellée par la nécessité d'être rigoureusement observant au traitement antirétroviral. Et plus précisément, cette observance en affronte une autre : l'ascèse monacale extramondaine laïcisée en vue de guérir du sida. Par ailleurs, l'eau bénite est un objet-élément sacré, d'origine divine, elle est porteuse d'une promesse de guérison, tandis que les ARV ne guérissent pas, mais ils prolongent la vie ; ils sont portés par la science et la médecine, et représentent des objets profanes, mondains. Dès lors toutes les conditions sont réunies pour que la rencontre entre deux objets portés par des logiques proches (observance rigoureuse nécessaire) mais considérés comme intimement opposés (profane contre sacré) soit problématique.

Partant de là nous organiserons ce dernier chapitre en deux parties. La première traite de la manière dont les ARV ont été intégrés à la cure par l'eau bénite. Seront décrites et analysées la manière dont l'Abuna Pawlos s'est impliqué pour rendre l'eau bénite compatible avec les ARV, et les conséquences de cette nouvelle posture. Pour ce faire, nous nous intéresserons à ces conséquences sur le site de Ent'ot'o Maryam. Nous verrons comment l'intégration forcée des ARV induite par la venue de l'Abuna sur ce site même, a certes permis aux PVVIH de combiner les traitements mais a provoqué également une fuite de l'*energeia* de l'eau bénite vers le site proche de Shenquru Mikaél. Si les PVVIH espérant guérir du sida grâce à l'eau bénite combinent pour beaucoup les thérapies, il apparaît que l'intervention de l'Abuna n'est pas le seul facteur déterminant. Cette mise en parallèle révèle que

« Les champs du religieux et du médical se trouvent souvent étroitement liés par leurs questionnements communs sur la douleur, la souffrance, le bien-être, la naissance, la mort. » (Guenzi, Zupanov, 2010 : 1131)

I. Les ARV et l'eau bénite : de la rencontre à la mise en présence

Dans le courant de l'année 2006, les ARV commencèrent à être distribués de manière décentralisée. Ils deviennent accessibles dans les centres de santé qui sont dès lors habilités à en assurer la distribution, faire le suivi et s'assurer de l'observance et de l'adhérence au traitement. Peu après ou de manière concomitante²³⁴, l'Abuna Pawlos, le Pope de l'EOTC annonça que les ARV, *edmé yämiyasezem* en amharique, soit littéralement "qui prolonge l'âge" (un équivalent de l'expression anglaise utilisée en Ethiopie pour désigner les ARV : *which prolong life* soit "qui prolonge la vie"), pouvaient être pris avec l'eau bénite, ou que l'eau bénite devait être prise avec les médicaments. Il revenait donc explicitement sur le dogme et la tradition interdisant de suivre deux cures en même temps.

Cependant, lors de nos premières enquêtes de terrain à Ent'ot'o Maryam et sur d'autres sites d'eau bénite, dans une moindre mesure, la prise d'eau bénite était exclusive de toute forme de traitement. Ainsi, dans les faits, bien que l'Abuna Pawlos ait annoncé publiquement que l'eau bénite pouvait être prise avec les ARV, sur les sites d'eau bénite en général et sur celui de Ent'ot'o Maryam en particulier, les *tsäbältägnas* continuaient de préférer le traitement à l'eau bénite. A ce titre, ils refusaient (et plus rarement arrêtaient) les ARV pour respecter l'exclusivité théologique et traditionnelle du traitement spirituel. En effet, l'eau bénite étant un 'objet-élément' sacré d'origine divine, le combiner à un traitement biomédical (ou même traditionnel), s'apparente à une mise en contact entre le sacré et le profane, opération qui, nous l'avons vu (cf. chapitre 3 section IV.2) peut avoir pour conséquence la disparition de la sacralité de l'eau bénite voire de l'eau bénite même. Par ailleurs, l'existence même des sites d'eau bénite témoigne du fait que dans le christianisme éthiopien, la rédemption, la demande de pardon et de guérison ont fait l'objet d'une rationalisation éthique plus importante que l'évitement du péché. Dès lors, prendre des ARV en même temps que l'eau bénite revient à remettre en cause des modalités d'obtention du pardon. D'une certaine manière et pour la frange la plus conservatrice, cette possibilité de combiner les thérapies biomédicales et spirituelles équivaut à une altération, à une modification de la foi chrétienne éthiopienne. Toutefois, nous avons déjà pu observer lors de cette première enquête que cette posture et conception n'était pas uniforme ; elle variait selon les facteurs dégagés dans le chapitre 9 (section I.2.e).

Rappelons brièvement le schéma idéal-typique. Il a été établi que sur les sites d'eau bénite encadrés par des églises et donc des personnages dotés principalement d'un charisme de fonction, le rituel de prise d'eau bénite est moins strictement encadré que sur les sites thésaurisés par des personnages doués d'un charisme personnel fort. Autre facteur conditionnant la présence de PVVIH : la localisation du site d'eau bénite (urbain, péri-urbain et rural). Ainsi, sur le site de 'Uraél placé sous l'égide de l'église éponyme situé en plein cœur d'Addis Ababa, donc site urbain par excellence, plusieurs des *tsäbältägnas* interrogés poursuivaient leurs traitements durant la cure d'eau bénite : une jeune femme prenait un

²³⁴ Nous n'avons pas pu obtenir la date de sa première annonce de la compatibilité entre les deux traitements, spirituel et biomédical.

traitement contre la tuberculose et un homme se soignait pour une affection appelée en amharique *kintarot*²³⁵. Nous verrons que ces facteurs conditionnent également le rapport aux ARV et la possibilité de conjuguer les thérapies. Il apparaît donc que la compatibilité entre la thérapie spirituelle et les autres formes de thérapies n'est guère problématique à 'Uraél. Il en va tout autrement à Ent'ot'o Maryam. Sur ce site, rappelons-le, existant grâce à un leader charismatique le *bahetawi* G.M., et situé en milieu péri-urbain voire quasi-rural, l'eau bénite devait être prise à l'exclusion de tout autre traitement. Cette exclusivité, cette obligation de ne suivre qu'une seule thérapie constitua le cœur non pas d'une controverse mais a généré des tensions courant en dissensions sur fond de double discours.

I.1. Les ARV, l'EOTC et le PEPFAR : l'intervention de l'Abuna Pawlos à Ent'ot'o Maryam

En effet, durant l'année 2006, l'hôpital se trouvant à environ un kilomètre du site d'eau bénite de Ent'ot'o Maryam, le Saint Petros Tuberculosis Hospital que les Ethiopiens appellent Samba Nekersa Hospital, soit littéralement en français « l'hôpital de la tuberculose », commença à délivrer des ARV. Un des partenaires du PEPFAR, la John Hopkins University était en train de construire des bâtiments dans l'hôpital afin d'accroître la capacité de la structure à distribuer des traitements contre le sida. Une nouvelle logique, un autre rapport à la maladie apparaissait donc à proximité d'un des sites spécialisé dans la guérison « miraculeuse » du VIH. Tous les éléments étaient donc rassemblés pour que la rencontre soit hautement problématique et elle le fût. Ces tensions et confrontations débutèrent dans le courant de l'année 2006, ne prirent fin que le 25 mai 2007. En effet, ce jour-là, l'Abuna Pawlos en personne s'est rendu à Ent'ot'o Maryam, soit le fief du *bahetawi* G.M.²³⁶ et a déclaré devant un parterre de fidèles de l'Eglise éthiopienne que l'eau bénite pouvait être prise avec des médicaments. La présence aux côtés du Pope de l'EOTC, à la même table, de l'Ambassadeur des Etats-Unis, constitua un fait inédit et pour le moins étonnant. Ainsi, la présence sur ce territoire extra-mondain par excellence, placé sous la coupe d'un personnage dont le charisme personnel avait attiré des milliers de personnes de ces deux personnages, l'Abuna Pawlos et l'ambassadeur des Etats-Unis fut un évènement sans précédent. Cette intervention changea la situation, après cette date, les PVVIH purent combiner plus facilement les deux thérapies. Cependant, cette nouvelle compatibilité eut des conséquences que nous nous attacherons à décrire dans la section suivante. Pour l'heure, nous allons nous pencher sur les évènements qui ont conduit l'Abuna Pawlos à Ent'ot'o Maryam.

Nous n'avons pas été le témoin direct de l'ensemble de la séquence événementielle. A l'instar des données présentées dans le précédent chapitre, c'est en rassemblant les morceaux de puzzles épars que nous avons pu reconstituer l'enchaînement des faits et dégager les liens de causalité existants. Certaines des pièces de ce puzzle ont été obtenues par des entretiens formels auprès de EOTC-HAPCO, de AA-HAPCO et auprès du partenaire PEPFAR John

²³⁵ Durant nos mémoires de maîtrise et de DEA, portant sur la médecine néo-traditionnelle éthiopienne, nous avons pu établir que le *kintarot* regroupait plusieurs types d'affections, déclinaisons de maladies de peaux ou encore des hémorroïdes.

²³⁶ Rappelons que les personnes interviewées et mentionnées sont anonymisées. Dans ce cadre, les membres du clergé sont indiqués par le fonction ou titre et des initiales.

Hopkins University. D'autres ont été collectés au détour d'entretiens informels (par le biais notamment d'un informateur particulièrement bien placé puisqu'il était le deuxième secrétaire de l'Episcopat). Et enfin, certaines informations, notamment quant à la présence de l'ambassadeur des Etats-Unis à Ent'ot'o Maryam, nous ont été communiquées par une journaliste de RFI²³⁷ ayant assisté à la proclamation de l'Abuna Pawlos. En effet, en juin 2007, cette journaliste nous contactait suite à ses investigations autour de la question de la compatibilité entre les ARV et l'eau bénite en Ethiopie. Cet épisode a été rapporté en détail précédemment (chapitre 4), et nous a permis d'obtenir une grande partie de la séquence d'événements que nous allons à présent décrire.

Lors de notre deuxième enquête de terrain, les ARV étaient disponibles pour les PVVIH établis à Ent'ot'o Maryam et certains *tsäbältägnas* vivant avec le VIH en prenaient en cachette. D'autres les refusaient totalement, respectant l'injonction du *bahetawi* G.M.²³⁸ D'après les informations que nous avons pu collecter auprès des différents acteurs impliqués dans la distribution des ARV près de Ent'ot'o Maryam, il apparaît que ce personnage tenait un double discours. Selon le responsable de John Hopkins University en charge du programme de distribution des ARV à Saint Peter's Hospital, le *bahetawi* G.M. se disait ravi de voir que les ARV étaient désormais disponibles car « il en avait assez d'enterrer les morts ». Lors d'un entretien mené avec ce personnage et interrogé sur la compatibilité entre les ARV et l'eau bénite le *bahetawi* nous dit : « je reste discret sur cette question » (Entretien avec le *bahetawi*, Ent'ot'o Maryam, novembre 2006). Enfin, les entretiens menés auprès des *tsäbältägnas* révèlent qu'il leur tenait un autre discours, et arguait alternativement que ces médicaments les tueraient, qu'ils les feraient grossir artificiellement et rappelait que le chemin de la foi n'était pas compatible avec celui de la science (Entretiens avec des PVVIH, Ent'ot'o Maryam, décembre 2006, janvier 2007). Le AA-HAPCO menait une enquête auprès des PVVIH vivant sur ce site. Ce département était en contact avec certains des membres de l'association de PVVIH du site qui leur fournissaient des informations sur la manière dont les personnes infectées vivaient, leur nombre et leur situation. Ce département était donc parfaitement au courant de la position réelle du *bahetawi*. De leur côté AA-HAPCO voulait faire en sorte que les PVVIH suivant le rituel de l'eau bénite à Ent'ot'o Maryam prennent le traitement contre le sida, « rentrent chez eux et travaillent » (Une volontaire internationale, AA-HAPCO, Addis Ababa, janvier 2007). Notre enquête se termina à la fin du mois de janvier 2007. La suite des événements, nous a été rapportée par une journaliste présente aux mois de avril et mai 2007 en Ethiopie.

Autour du mois de mars 2007, une équipe de tournage de la chaîne de télévision Skynews, se rend à Ent'ot'o Maryam pour filmer un documentaire sur les *tsäbältägnas* refusant de prendre des ARV. Le ton du film est dramatique, le vocabulaire employé en rend compte et des termes comme “holocauste”, “désespérés”, “dévotion”, “au risque de leur vie” sont utilisés pour décrire la situation. Il dépeint le rituel de l'eau bénite comme violent. Le défilement des images est d'ailleurs imperceptiblement accéléré durant la phase d'aspersion, augmentant cette impression de violence. Il montre les gens hommes nus et les femmes en sous-vêtement. Par ailleurs, il met en scène des personnes que les Ethiopiens qualifient de « possédés », les

²³⁷ Nous remercions grandement C.L d'avoir eu la générosité de nous communiquer ces informations ainsi que les photos de l'événement que l'on trouvera en annexe.

²³⁸ La manière dont nous nous sommes impliquée a déjà été rapportée (chapitre 4).

esprits qui les possèdent leur faisant parfois faire des gestes violents durant l'aspersion d'eau bénite. Les encadrants les attachent préventivement, les uns aux autres. Le film présente, ces personnes comme vivant avec le VIH²³⁹, et aspergés contre leur grè. Le film même s'intitule *Desperate and devout* soit "désespérés et dévots". Il explique donc avec force détail comment la foi éthiopienne interdit de prendre des médicaments quand on choisit la cure d'eau bénite. Ce film fut diffusé dans plusieurs pays, en Angleterre bien sûr mais aussi en France, il passa sur la chaîne M6 en mai 2007. La presse écrite de divers pays (Canada, et Etats-Unis) relayait cette information. D'après notre informateur bien placé, il semble que l'Abuna Pawlos eut vent de ce film et sans doute guère de l'ampleur de sa diffusion, mais plus sûrement de son existence. Ces événements ont donc conduit le Pope à Ent'ot'o Maryam. Les raisons de la présence de l'ambassadeur des Etats-Unis à ses côtés ne nous sont pas connues, mais on peut faire l'hypothèse d'un rapport entre la présence du PEPFAR en Ethiopie, les financements de l'EOTC et sa présence ce jour là²⁴⁰.

Ce jour là, le Pope de l'EOTC annonça aux *tsäbältägnas* vivant sur le site le plus réputé pour la guérison miraculeuse du sida que l'eau bénite et les ARV pouvaient désormais être pris ensemble²⁴¹. En janvier 2008, soit huit mois après l'annonce de la compatibilité par l'Abuna, nous sommes donc retournée à Ent'ot'o Maryam pour notre dernière enquête de terrain, et avons pu évaluer l'impact de l'intervention du Pope. Les conséquences de sa venue et de son annonce sont nombreuses. La première est qu'elle a effectivement permis à de nombreux PVVIH de combiner les traitements, mais ce n'est certes pas la seule chose qui ait changé.

I.2. L'intervention de l'Abuna Pawlos : incorporer les ARV à la cure par l'eau bénite

Nous avons vu dans le chapitre 9 que les guérisons miraculeuses du sida reposaient entre autres sur ces aspects principaux : le respect des interdits et des habitudes de vie – une technologie de soi (vêtements, alimentation, sexualité, émotion, paix) –, le suivi de l'agenda religieux strict (rituel de l'eau bénite, prière, fin du carême, enseignement, prière du soir), et la participation à la totalité du rituel de l'eau bénite (aspersion, *kidan*, absorption). Ces éléments sont arrimés et s'apparient à une infrastructure symbolique propre au christianisme éthiopien (chapitre 9 section II.2.a) qui détermine le « pensable, l'envisageable, le plausible » (Amiotte-Suchet, 2005 : 250), soit l'« espace de crédibilité de l'incroyable » (Albert, 2010 : 727) et rendent possible les guérisons miraculeuses du sida par l'eau bénite.

Le traitement ARV a quant à lui ses propres contraintes (nous verrons dans chapitre 13 que les contraintes des ARV et de l'eau bénite sont assez proches). Il nécessite un agenda précis : les prises doivent avoir lieu à heure fixe et l'observance doit être parfaite. L'arrêt du traitement n'est pas possible, et peut avoir des conséquences très dommageables sur l'efficacité de la thérapie (apparition de résistance). Enfin, le traitement nécessite un habitus alimentaire particulier, puisque sous ARV, il faut d'après les PVVIH s'alimenter en même

²³⁹ Ce qui est une large extrapolation car de source sûre nous savons qu'un des personnages enchaînés n'est pas à Ent'ot'o Maryam pour une infection au VIH.

²⁴⁰ On trouvera en annexe des photos de l'intervention.

²⁴¹ Nous reviendrons en détail sur ses propos exacts et leur sens.

temps que la prise médicamenteuse. Ainsi, les deux formes de traitements ont-elles des exigences antagonistes qui sur le site de Ent'ot'o Maryam posent de réelles difficultés.

Par ailleurs, le *bahetawi* est un leader charismatique prophétique (Weber, 1995) : il a institué la guérison miraculeuse du sida (Pace, 2010). Son charisme est également contestataire (Vauchez, 1999) dans la mesure où il s'est opposé sur de nombreux points (sida comme punition divine, et plus récemment compatibilité entre ARV et eau bénite) à la posture officielle de l'EOTC. Enfin, au titre de leader charismatique, l'association de PVVIH vivant sur son site est placée sous son égide (fondateur d'une communauté fraternelle [Weber, 1995]). Au regard de cet aspect, le charisme, la venue du Pope de l'EOTC en personne à Ent'ot'o Maryam est un événement tout à fait intéressant. L'Abuna est sans doute la personne douée du charisme institutionnel par excellence, il en est le porteur même puisqu'il représente la plus haute autorité religieuse chrétienne d'Ethiopie. Il n'est donc pas anodin qu'il ait fallu que celui-ci se déplace en personne vers le site du leader charismatique de Ent'ot'o Maryam. Dès lors la compatibilité entre les thérapeutiques va se jouer sur trois fronts : l'intégration des ARV à l'infrastructure symbolique de la cure par l'eau bénite, l'adaptation des technologies de soi, des agendas religieux et rituels, et enfin, l'encadrement du charisme prophétique de type contestataire. En effet, la venue de l'Abuna Pawlos sur le site de Ent'ot'o Maryam s'apparente à une rencontre (et confrontation) entre deux types de charismes : le charisme institutionnel pur (l'Abuna Pawlos) et le charisme prophétique (le *bahetawi* G.M.) (ce dernier point sera traité prochainement).

I.2.a. Intégrer les ARV à l'infrastructure symbolique

A Ent'ot'o Maryam, l'Abuna Pawlos réaffirma la position de l'EOTC face aux traitements antirétroviraux : ils peuvent être pris conjointement à l'eau bénite. Nous n'avons pas eu accès au discours de l'Abuna, mais plutôt à ce que les personnes présentes ont retenu de ces propos. Ce qui constitue un point d'entrée et d'appréhension à notre sens tout à fait valide. Il apparaît que les arguments du Pope pour inciter les *tsäbältagnas* à conjuguer les traitements rendent compte d'une volonté de faire des antirétroviraux des éléments qui ne souillent pas la sacralité de l'eau bénite et donc qui peuvent être intégrés à la cure spirituelle :

« L'Abuna nous a dit que c'était Dieu qui avait donné sa sagesse à Salomon. Et Dieu peut nous guérir avec de l'eau bénite, des médicaments ou même des feuilles d'arbres, alors, il nous a encouragé à prendre les deux, l'eau bénite et le médicament. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« L'Abuna nous a dit que c'est Dieu qui nous a envoyé le médicament » (une FVVIH, avril 2008)

« Si je me rappelle bien c'est cette année que l'Abuna est venu. Il nous a dit que l'eau bénite est la sagesse de Dieu et l'ARV aussi a été créé par les chercheurs qui ont reçu la sagesse de Dieu. Il nous a facilité le fait de les prendre ensemble. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Ainsi, les ARV, à l'instar du sida, doivent être assimilables par le religieux et plus précisément par les sites d'eau bénite et l'ascèse extra-mondaine qui accompagne la cure. Nous avons vu (chapitre 8) que le sida avait dans les années 1990 et précisément sur le site de

Ent'ot'o Maryam fait l'objet d'un traitement particulier. L'infection au VIH a été prise en charge religieusement et est alors devenue traitable par l'eau bénite. Cette situation a été rendue possible en faisant du sida une punition divine, exclusivement. Nous avons aussi noté que la grande majorité des *tsäbälltägnas* vivant avec le VIH adhéraient à l'idée que le sida soit une sanction divine pour laquelle il s'agissait de requérir le pardon divin, de faire pénitence et d'obtenir une rédemption matérialisée en une guérison (chapitres 8 et 9). La survenue des ARV et la nécessité de les combiner à la cure par l'eau bénite, c'est-à-dire qu'il a fallu rendre les ARV assimilables à la thérapie par l'eau bénite. On ne peut guère transformer les ARV en une punition divine, car ils sont du registre du soin et même entrent en compétition avec l'eau bénite et son *energeia*. Il s'agit donc plutôt de transformer cet objet considéré sur les sites d'eau bénite comme profane, n'émanant pas de Dieu (contrairement à l'eau bénite) mais fabriqué par les hommes. Pour ce faire, il a été nécessaire d'en faire un objet non pas sacré, mais plutôt compatible avec la sacralité de l'eau bénite, avec sa puissance divine. Dans le chapitre 9, dévolu à l'analyse des guérisons miraculeuses, nous avons utilisé la notion d' « infrastructure symbolique ». Ces infrastructures symboliques sont l'ensemble des conceptions de Dieu, de la manière dont il intervient dans la vie concrète des fidèles voire dans leur corps même :

« L'infrastructure symbolique “détermine le pensable, l'envisageable, le plausible en matière d'espoir de changement [...] [Et que donc] c'est l'univers des possibles dans lequel navigue chaque fidèle qui doit servir de cadre d'analyse puisqu'il construit la grammaire des déclarations publiques” (Amiotte-Suchet, 2005 : 250-251). » (Amiotte-Suchet, 2006 : 612)

Ces infrastructures symboliques comprennent également la grammaire des événements permettant aux fidèles de repérer, d'identifier les faits imputables au divin, (que ces événements soient liés à leur vie ou à leur corps) de codifier la manière dont ces actions sont imputées à Dieu ainsi que des dispositifs permettant de les provoquer (cf. chapitre 9 section II.2).

L'Abuna Pawlos en transformant les ARV en un objet envoyé par Dieu via les hommes, montre qu'il connaît et maîtrise parfaitement bien ces codes et surtout qu'il ne remet pas en question la survenue d'un miracle. Par contre, il tente de les réarranger pour y incorporer la prise d'ARV. Le recours à ces comparaisons, la sagesse de Dieu, la capacité de Dieu à guérir avec n'importe quel support (feuille d'arbre, eau bénite) montre qu'il tente de faire passer les traitements antirétroviraux sur un plan qui ne s'oppose pas à la cure spirituelle, afin de rendre la combinaison des traitements possible. Ce faisant, il intègre les ARV à ces infrastructures symboliques. Il s'agit donc également de voir si il y a réussi et si le Pope de l'EOTC est considéré par les fidèles ainsi que par différents corps des clercs de l'Eglise comme habilité à modifier cet aspect de la religiosité chrétienne éthiopienne.

I.2.b. Les ARV et l'ascèse extramondaine : de réajustement en adaptation

Les modalités de prise des ARV (deux à trois fois par jour, à heure fixe, avec au moins une boisson) génèrent des contraintes difficilement conciliables avec le rituel de l'eau bénite tel qu'il est organisé à Ent'ot'o Maryam. Nous avons vu dans le chapitre 9 que le rituel de l'eau bénite sur ce site spécialisé dans la cure du VIH était un des plus rigides et des plus

encadrants. La journée entière est organisée autour du rituel de l'eau bénite à proprement parler et autour de l'obtention d'une guérison miraculeuse. En effet, le rituel de l'eau bénite (la phase d'aspersion) s'accompagne de la participation obligatoire au *kidan* (alors que sur la plupart des sites, cette participation est laissée à la discrétion des fidèles), la distribution de l'eau bénite destinée à l'absorption est ritualisée et organisée par le *bahetawi* et ses aides. L'ensemble de ces opérations prend fin entre 12h et 13h selon les jours. Horaire qui correspond sensiblement à l'heure de la fin du carême en période non jeûnée soit 12h, le jeûne étant étendu à 15h en période de carême. La fin de la liturgie eucharistique, vers 13h, a lieu à peu près en même temps que la fin du rituel et les personnes sorties les premières peuvent y assister. A partir de 17h-17h30, un enseignement du soir est donné dans l'enceinte de l'église de Ent'ot'o Maryam et, enfin, une dernière prière a lieu dans le *gebi* du *bahetawi* du soir vers 20h et se prolonge jusqu'à 21h-21h30. D'après certains *tsäbältägnas*, cet encadrement religieux de l'existence est relativement difficile à combiner avec une activité professionnelle.

« Le rituel de Ent'ot'o Maryam était très strict. Tu ne pouvais pas quitter le *tsäbäl* quand tu as besoin de sortir. Une fois que tu es rentré le matin, tu dois rester la journée entière dedans. Donc tu ne peux pas travailler à Ent'ot'o Maryam. De plus, là-bas tu dois avoir un *bono* [un jeton voir chapitre 9 section I.2.c] pour avoir la permission de sortir du *tsäbäl*. » (Une FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

Il semble que seules quelques personnes aient corroboré cette information, et que dans le courant de l'année 2007, le rituel ait été étendu à la journée entière. Ce qui témoignerait, de la part du *bahetawi*, d'une volonté de s'opposer un peu plus à la prise d'ARV par les fidèles. En effet, il savait que le Samba Nekersa Hospital délivrait des ARV aux PVVIH vivant à Ent'ot'o Maryam puisque le responsable du programme de distribution des ARV dans cette structure John Hopkins University-PEPFAR, lui a clairement expliqué sa démarche. Il apparaît donc que l'opposition et l'exclusion des ARV à la thérapie religieuse ait été appuyée rendant l'observance aux traitements ARV très difficile aux *tsäbältägnas* désireux de poursuivre la cure par l'eau bénite. Par ailleurs, comme l'explique un *tsäbältägna*, la technologie de soi requise dans le cadre de cette thérapie religieuse est antinomique avec celle exigée par le traitement biomédical (nous y reviendrons) :

« Le temps est un facteur limitant, c'est le principal facteur. L'eau bénite va avec le jeûne et la prière. Normalement tu dois rester toute la journée sur le site, et le médicament nécessite une attention particulière. Tu devrais choisir, soit l'eau bénite soit les médicaments, mais pas les deux en même temps. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Dès lors, parallèlement à la reconfiguration de l'infrastructure symbolique, l'Abuna a également officiellement demandé aux responsables du rituel, les *atmaqis*, de laisser les *tsäbältägnas* quitter quand ils le désiraient le site d'eau bénite pour prendre les traitements. Il fit également avancer l'heure de fin de carême quotidien de 15h à 10h et demanda de laisser aux *tsäbältägnas* la possibilité de ne pas jeûner. Il apparaît donc que l'Abuna a opéré un ensemble de reconfigurations du rituel de l'eau bénite et des modalités d'obtention d'une guérison miraculeuse, afin de satisfaire à la prise du traitement ARV conjointement au rite de l'eau bénite.

La proclamation de l'Abuna Pawlos fut saluée par plusieurs PVVIH- *tsäbältägnas*, et permit effectivement à de nombreuses personnes infectées et éligibles au ARV de les prendre en même temps que le *tsäbäl*. Mais comme l'explique un *tsäbältägna* :

« Quand l'Abuna a donné ce message, la moitié des *tsäbältägnas* était contente, l'autre moitié était mécontente » (Un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, avril 2008).

Cet antagonisme est assez largement partagé, non seulement parmi les fidèles mais également par les prêtres, les diacres ou même les moines de Zeq^wala, et le *bahetawi* ainsi que ses aides, soit le premier cercle du leader charismatique de type prophétique, pour reprendre les catégories analytiques wébériennes. Ces antagonismes, ces oppositions à la combinaison des thérapies se sont manifestées à Ent'ot'o Maryam de plusieurs manières : remise en cause de la possibilité d'advenue des miracles, refus par des *tsäbältägnas* de conjuguer les cures, réticences du *bahetawi*, apparition d'une nouvelle association de PVVIH.

Par ailleurs, il existe sur la colline de Ent'ot'o quatre sources d'eau bénite : Kidanä Meherät, Raguél, Shenquru Mikaél et Ent'ot'o Maryam. Cette configuration fait de cet espace un véritable laboratoire pour observer les dynamiques à l'œuvre dans le rapport à l'eau bénite et surtout pour comprendre la manière dont les fidèles s'orientent vers un site plutôt que vers un autre. Nous avons dégagé dans le chapitre 9 certains déterminants présidant à l'apparition de communautés de PVVIH sur les sites d'eau bénite (type d'encadrement de la source, éloignement du monde). Ces facteurs ont permis de comprendre de quelles façons le VIH était pris en charge sur ces sites, comment il était intégré au rituel de l'eau bénite. L'annonce de l'Abuna Pawlos avait pour objectif de modifier cette prise en charge et les modalités d'intégration de l'infection au VIH à la cure spirituelle. Ces modifications n'ont pas été sans conséquences sur les préférences des fidèles pour certains sites d'eau bénite. Ainsi, le site de Shenquru Mikaél a vu sa renommée croître, toutefois, il serait abusif d'imputer cette évolution à la seule intervention de l'Abuna. Cette nouvelle attractivité a plusieurs explications parmi lesquelles les évolutions des modalités d'obtention d'une cure miraculeuse.

II. Des conséquences à Ent'ot'o Maryam multiples et antagonistes

Les adaptations de l'infrastructure symbolique et de l'ascèse extra-mondaine n'ont pas convaincu tous les *tsäbältägnas*. Beaucoup ont considéré que ces transformations dévaluaient la sacralité des sites d'eau bénite remettant en cause l'*energeai* de l'eau bénite et sa capacité à faire des miracles. D'autres *tsäbältägnas* au contraire ont abondé dans le sens de l'Abuna : ils se sont réjouis de ces changements et ont commencé à prendre des ARV. Toutefois, certains s'en sont vus empêchés par le refus du *bahetawi* d'adapter le rituel de l'eau bénite aux besoins des *tsäbältägnas* vivant avec le VIH.

II.1. Le *bahetawi* et les ARV : une opposition massive et concrète

En effet, les *tsäbältägnas* rapportent que le *bahetawi* était en colère contre la décision et l'annonce du Pape. Cette opposition s'est manifestée de plusieurs manières : maintien de

l'interdiction de sortir du site avant 12h, dénigrement des ARV et disparition du site (il ne venait plus). La première mesure du *bahetawi* fut donc de conserver l'interdiction de quitter le site avant la fin de l'ensemble du rituel (aspersion, participation au *kidan* et distribution de l'eau bénite destinée à l'absorption). L'entrée du site d'eau bénite de Ent'ot'o Maryam est gardée par deux personnes, postées au niveau d'un pont marquant la séparation entre l'espace sacré tampon (voir annexe 3.1 pour l'organisation des sites) et la zone de sacralité propre du site d'eau bénite (salle d'aspersion). Avant de passer le pont, il est nécessaire de se déchausser, les deux gardes vérifient que les fidèles effectuent bien cette opération et empêchent les personnes désireuses de partir avant la fin du rituel de reprendre leurs chaussures. Nous avons nous-même assisté à une telle scène. Une jeune femme non informée de cette règle se vît interdire de quitter les lieux avant la fin du *kidan*, elle maintint sa décision et partit sans ses souliers. Une mesure particulière avait été prise par le *bahetawi* pour les personnes ayant un emploi salarié. Elles devaient présenter au bureau de l'église un justificatif formel de leur employeur en échange de quoi, un jeton appelé *bono*, leur permettait de sortir au moment désiré. Certains *tsäbältägnas* prenant des ARV arguaient avoir un emploi, mais il semble que les *atmaqi*, formés et recrutés par le *bahetawi* aient conservé sa consigne et empêchaient les *tsäbältägnas* de quitter les lieux à discrétion :

« J'ai pu voir un grand changement depuis que j'ai commencé les ARV. Mais il n'est pas facile d'expliquer la situation aux *atmaqi*. Ils ne vous autorisent pas à sortir. J'ai essayé d'expliquer au *bahetawi* que j'ai un travail. Le *bahetawi* m'a dit d'apporter une lettre officielle. Alors j'ai arrêté d'aller sur le site d'eau bénite et à la place de Ent'ot'o Maryam, j'ai commencé à aller à Shenquru Mikael. » (Une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, avril 2008)

En réponse à cet empêchement de quitter les lieux, certains sont donc partis de Ent'ot'o Maryam (nous y revenons prochainement). D'autres se font apporter l'eau bénite chez eux et la boivent ou s'aspergent eux-mêmes le visage :

« [Question : Est-ce que vous avez vu des changements depuis que l'Abuna est venu dire que les ARV pouvaient être pris avec l'eau bénite ? Réponse :] Les personnes qui avaient une foi stricte ont commencé à prendre des ARV. Beaucoup de gens ont arrêté de venir au site du *tsäbäl*. Au lieu de cela ils envoient des jerricans avec les autres *tsäbältägnas* pour avoir de l'eau bénite. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Ainsi, les fidèles s'adaptent dans le meilleur des cas et sinon quittent le site pour un autre et en l'occurrence pour celui de Shenquru Mikael (cf. sous-section suivante). Le mécontentement du *bahetawi* se fit également sentir dans la manière dont il s'adressait aux *tsäbältägnas* prenant des ARV :

« Le *bahetawi* était en colère contre la déclaration de l'Abuna il nous a dit ensuite : "Maintenant vous pouvez prendre vos cailloux (craie)". Nous avons commencé à prendre les médicaments de notre propre initiative » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, avril 2008)

« Même si l'Abuna est venu annoncer que l'on pouvait prendre les ARV avec le *tsäbäl*, le *bahetawi* n'était pas content, et il ne nous laissait pas sortir. En plus ses aides nous disaient des vilains mots, ils disaient que "vous prenez de la craie (/des cailloux)", (*yhenene katshehän äyäbälatshehu*). Alors, je préfère rester chez moi » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Il apparaît donc que beaucoup des *tsäbältägnas* combinant les deux thérapies sont concrètement expulsés du site et ne peuvent y venir s'ils désirent rester observant aux ARV. Le dénigrement des ARV par le *bahetawi* et ses aides rend compte d'une opposition à l'adaptation de l'infrastructure symbolique opérée par l'Abuna, et d'une volonté de maintenir le rituel dans sa forme contraignante. Nous l'avons vu l'intervention du Pope à Ent'ot'o Maryam est motivée par l'opposition du *bahetawi* à la combinaison des thérapies. Il devenait dès lors un personnage controversé par l'EOTC, et désormais considéré comme dissident. La présence le jour de la fête de la Vierge du Pope et d'un grand nombre de personne pourrait témoigner comme en négatif non seulement de l'enjeu mais également de la nécessité d'asseoir définitivement la position du Pope instituant désormais la dissidence et l'hétérodoxie du *bahetawi*. La présence du Pope est un événement considérable et témoigne du poids de la controverse existante au sein du christianisme éthiopien quant à la compatibilité entre les traitements. Cependant, une partie de cette controverse est née à Ent'ot'o Maryam même. Certains éléments et notamment l'apparition d'une association de PVVIH détachée et indépendante du *bahetawi* témoigne de l'existence de contestation sur le site même et ce quelques années avant l'introduction des ARV.

II.2. Des dissensions internes au sein de l'association de PVVIH de Ent'ot'o Maryam : une remise en cause de l'autorité du *bahetawi* ?

Sur ce site, une première association *Täsfä sät'ätshegn Maryam* littéralement "Marie me donne l'espoir" a été fondée en 1997²⁴² ou selon d'autres personnes interrogées en 1995. La création semble avoir été le fait du *bahetawi*. Le but de cette association était de distribuer du *nefro wuha* à ses membres. Rappelons que le *nefro wuha*, que l'on peut traduire par "l'eau des graines", est préparée à partir de l'eau dans laquelle les graines ont cuit en l'honneur d'un saint (Roman Yiseni, 2006 :67)²⁴³. Cette eau est ensuite conservée pendant quelques temps avant d'être distribuée en tant que « médicament » ou traitement spirituel spécifique, à Ent'ot'o Maryam contre le sida. Une deuxième association appelée *Mahebärä qut'erä hulät* littéralement "association numéro deux" a été créée en 2003 d'après nos entretiens, et en 2002, selon Roman Yiseni (2006 : 68). Par ailleurs, Zena Berhanu indique que l'association a été enregistrée au Ministère de la Justice en 2004, mais existe depuis 2000 (2006 : 27). Il semble donc que le flou quant aux dates d'apparition de ces associations prédomine.

Diverses informations concourent toutefois sur le fait que la première association n'avait pour but que de distribuer du *nefro wuha* aux *tsäbältägnas* vivant avec le VIH ou au moins à ceux qui étaient membres de l'association. Puis, les activités de cette première association, ou selon d'autres informateurs de la deuxième association, ont évolué vers la collecte de l'aide provenant de l'extérieur et la recherche d'aide spécifique aux PVVIH (Entretiens avec un groupe de *tsäbältägnas*, Ent'ot'o Maryam, février 2008). Les entretiens se recoupent sur ce

²⁴² La date exacte de création est délicate à établir précisément, Roman Yiseni indique 1997 (2006 : 67) et certains des membres que nous avons interviewés situent sa fondation en 1995 (Entretiens avec un groupe de *tsäbältägnas*, février, 2008).

²⁴³ D'après cette auteure, la première association est le *mähebärä qut'er 2* (Association numéro deux) et fut suivie par la création de *Täsfä sät'ätshegn Maryam* (Marie me donne l'espoir). Cependant, les entretiens menés par les *tsäbältägnas* indiquent que l'ordre est inverse.

point. A sa création, la première association semble avoir été principalement contrôlée (voire fondée) par le *bahetawi*. Les informations quant à sa place dans la direction de la deuxième sont moins claires. Roman Yiseni rapporte que la renommée croissante de Ent’ot’o Maryam a attiré de l’aide extérieure manifestée sous forme de dons de fidèles : vêtements, sucre, nourriture, ustensiles divers et *beso*²⁴⁴ (2006 : 68-69). Les diverses personnes interrogées font état de rumeurs quant à la mauvaise gestion de cette aide. En outre, plusieurs autres personnes indiquent que le *bahetawi* s’opposait à ce que les *tsäbältägnas* reçoivent de l’aide provenant de l’extérieur et notamment celle donnée à la première association *Täsfa sät’ätshegn Maryam* (“Marie me donne l’espoir”). Les informations les plus précises et les plus cohérentes nous ont été fournies par trois *tsäbältägnas* membres du comité de cette deuxième association. Ils rapportent que l’administration de l’église de Ent’ot’o Maryam a porté plainte contre le *bahetawi* et contre la mauvaise gestion de l’aide par la première association (“Marie me donne l’espoir”) (Entretien avec Z., S. et A.G., *tsäbältägnas* vivant avec le VIH, Ent’ot’o Maryam février 2008). Si bien que lors de la création de cette deuxième association, ces trois personnes expliquent que le *bahetawi* lui-même a fourni les documents permettant la création de la nouvelle association. Celle-ci s’est donc détachée du *bahetawi* et gère l’aide provenant de l’extérieur sous le contrôle de l’église qui chaque trois mois vérifie ses comptes et la manière dont l’aide a été distribuée (*ibidem*). Si ces informations sont les plus précises et cohérentes, les entretiens menés avec différents *tsäbältägnas* font état d’un certain mécontentement quant à la distribution de ces dons :

« [Question : Est-ce que vous connaissez des associations à E.M. pour les personnes vivant avec le VIH ? Réponse :] Oui, *Täsfa sät’ätshegn Maryam* et puis *mähebärä gut’er 2*, (Association numéro 2). Au début, les PVVIH se sont rassemblés et ont créé cette deuxième association. Le numéro deux indique que les membres sont des PVVIH. Dans la première association, il y avait tout type de patients. Dans l’association numéro deux, les membres cotisent deux birrs par mois. En 2001/2, cette association était très forte, avec l’argent des membres, elle achetait des graines pour être préparées. Nous recevions l’eau de la cuisson de ces graines bénie par le *bahetawi*. C’était une association puissante. [Et connaissez-vous l’association *täsfa sät’ätshegn Maryam* ?] Oui, elle existe toujours, mais le *bahetawi* n’y travaille plus. Il y a eu des rumeurs, le *bahetawi* s’est disputé avec des personnes à propos de l’aide venant de l’extérieur, lui n’en voulait pas mais les autres membres voulaient la recevoir ou aller en chercher. A présent nous ne recevons pas d’aide. Quand le *bahetawi* était en charge de la distribution, il distribuait l’aide correctement. » (une FVVIH, Ent’ot’o Maryam, mars 2008)

D’autres personnes se plaignent de cette distribution qu’ils considèrent comme partielle et partielle, les membres actifs du comité gardant selon certains fidèles, une majorité de l’aide extérieure. Ces mêmes personnes regrettent le temps où le *bahetawi* gérait l’aide et sa distribution. Ce qui est également antinomique avec l’idée qu’il interdisait aux *tsäbältägnas* de recevoir de l’aide de l’extérieur. A tout le moins ces propos rendent compte des tensions qui animent les fidèles du site, certains restent loyaux au *bahetawi*, d’autres au contraire en sont mécontents et le critiquent parfois durement. Ce personnage ne fait donc guère

²⁴⁴ Une sorte de poudre à base de farine d’orge qui diluée dans de l’eau constitue une nourriture pour les personnes en carême.

l'unanimité et la ligne de partage entre les deux positions recoupe celle entre ceux qui approuvent la nouvelle compatibilité et ceux qui s'y opposent.

Ainsi, le *bahetawi*, tant avant l'arrivée des ARV qu'après l'annonce de l'Abuna prônant leur compatibilité, reste attaché et tend à conserver la manière dont la cure du sida par l'eau bénite a été structurée, organisée, en grande partie par lui d'ailleurs. Nous avons vu en effet, que tous les sites d'eau bénite n'étaient pas aussi attachés à la participation du *kidan* dans son intégralité, ni ne requièrent des fidèles une telle observance des prescriptions religieuses. Les monastères présentent certaines similarités, notamment quant à l'observance des interdits et à la sortie du monde, mais nous avons vu que des communautés de malades ne se constituaient guère sur ces espaces car la religiosité de virtuose tend structurellement à éloigner les laïcs profanes. Les sites d'eau bénite gérés par des églises présentent eux la particularité d'être tournés vers une religiosité de masse combinant les trois types de recours possibles (ponctuel, pèlerin et cure), si bien que l'encadrement des fidèles y est plus souple que sur les sites encadrés par un leader charismatique. Dès lors, le leader charismatique a établi des règles spécifiques à destination des fidèles laïcs permettant, voire garantissant, l'obtention d'une guérison miraculeuse du sida, et ces règles concernent tant l'infrastructure symbolique que l'organisation rituelle. Dans ces conditions, l'intervention de l'Abuna Pawlos ne constitue pas uniquement une remise en cause du pouvoir charismatique du leader du site, mais également, pour le *bahetawi*, une remise en cause profonde des conditions dans lesquelles une guérison miraculeuse spécifiquement du sida peut être obtenue.

Les entretiens menés auprès des *tsäbältägnas* de Ent'ot'o Maryam rendent compte de la conscience des *tsäbältägnas* de la profondeur du changement suscité par le Pape. Et si certains en sont satisfaits, comme on l'a dit, d'autres le sont beaucoup moins et y voient une altération de la sacralité du site, de la puissance de l'eau bénite, de son *energeia* et incidemment de la possibilité d'advenue des miracles.

II.3. Les ARV et le *tsäbäl* à Ent'ot'o Maryam : compatibles mais ...

On observe parmi les *tsäbältägnas* vivant sur ce site trois grandes tendances. Un premier groupe considère avec le *bahetawi* que la compatibilité entre les traitements a dévalué le site et s'oppose de fait à la prise conjointe des traitements spirituel et biomédical. Un deuxième groupe combine les deux traitements mais envisagent cette compromission comme nuisible pour l'obtention des miracles. Enfin, un dernier groupe est satisfait de pouvoir prendre les deux traitements, mais ses positions quant aux miracles sont moins claires.

Le premier groupe des *tsäbältägnas* abonde dans le sens du *bahetawi* : la comptabilité entre les deux formes de traitements a diminué le nombre de guérison miraculeuses visibles à Ent'ot'o Maryam.

« [Est-il possible de prendre l'eau bénite avec les ARV ?] L'Abuna Pawlos nous a dit de prendre les deux traitements, toutefois ce n'est pas bien de prendre les deux. [Avant c'était interdit de prendre les ARV avec l'eau bénite ?] Oui, c'était interdit. Le *bahetawi* nous disait de placer notre foi dans le *tsäbäl* et de voir les miracles de Marie. [Est-ce que vous étiez présente lorsque l'Abuna est venu ?] Oui, j'étais là. L'Abuna Pawlos est venu avec de nombreuses personnes. Il y avait des blancs avec lui. Il nous a dit de prendre le médicament avec le *tsäbäl*. L'Abuna a dit que même si on prend l'eucharistie

nous pouvons prendre le traitement. Et nous pouvons voir tous les problèmes que nous rencontrons en prenant les ARV au su du personnel de l’Eglise. Le *bahetawi* était en colère contre la déclaration de l’Abuna il nous a dit ensuite : “Maintenant vous pouvez prendre vos cailloux (craie)”. Nous avons commencé à prendre les médicaments de notre propre initiative. [Est-ce que les choses ont changé depuis ?] L’heure de la fin du carême a été abaissée, de 15h à 10 h et avant, il y avait beaucoup de personne qui guérissait, mais à présent, tu ne peux plus entendre cela. » (une FVVIH, Ent’ot’o Maryam, avril 2008)

« [Est-ce que vous avez vu des changements depuis que l’Abuna est venu dire que les ARV pouvaient être pris avec l’eau bénite ?] Les personnes qui avaient une foi stricte ont commencé à prendre des ARV. Beaucoup de gens ont arrêté de venir au site du *tsäbäl*. Au lieu de cela ils envoient des jerricans avec les autres *tsäbältägnas* pour avoir de l’eau bénite. L’heure de fin de carême a été abaissée de 15h il est passé à 10h du matin et nous avons la liberté maintenant de jeûner ou non. Le nombre de personnes qui témoigne de leur guérison a diminué aussi. J’ai entendu qu’avant en une journée, il y avait de une à quatre personnes qui donnaient leur témoignage, mais maintenant, il y en a une fois par mois. » (une FVVIH, Ent’ot’o Maryam, avril 2008)

« Ce n’est pas bien de prendre les ARV mais la maladie vous pousse à utiliser les médicaments. D’après les docteurs tu ne dois pas arrêter les traitements une fois que tu les as commencé. Je sais que les médicaments donnent la force mais ne guérissent pas du sida. Seule le *tsäbäl* peut faire ce miracle. [Avant il était interdit de prendre des ARV avec l’eau bénite ?] Le *bahetawi* a dit cela à cause des miracles de l’eau bénite. Si tu guéris alors que tu es en train de prendre des médicaments, il sera difficile de différencier quel traitement t’a soigné. » (une FVVIH, Ent’ot’o Maryam, avril 2008)

Le deuxième groupe rassemble les *tsäbältägnas* qui combinent les deux types de traitements mais à l’instar des personnes du groupe précédent, ils considèrent que cette situation rend les miracles plus rares. La critique la plus dure émane d’une *tsäbältägna* qui d’une certaine façon fait état d’une « mondanisation » de ce site :

« [Est-il possible de prendre l’eau bénite avec les ARV ?] Oui [Depuis combien de temps ?] Une fois que tu as commencé à prendre les médicaments, tu ne dois pas les arrêter jusqu’à ce que tu décèdes. [Avant c’était interdit de prendre les ARV avec l’eau bénite ?] Oui, le *bahetawi* nous interdisait de prendre en même temps le *tsäbäl* et les ARV car il s’inquiète beaucoup de nous. Tu sais, nous savons que seule l’eau bénite peut nous guérir du sida, les ARV ne te donnent que la force de ne pas être au lit [malade]. [Est-ce que l’Abuna a dit quelque chose à ce propos ?] Oui. [Est-ce que vous étiez présente lorsque l’Abuna est venu ?] Non, je l’ai entendu des autres *tsäbältägnas*. L’Abuna Pawlos est venu avec beaucoup de gens, et il a dit qu’il était possible de prendre les médicaments avec le *tsäbäl*, d’utiliser le *tsäbäl* comme de l’eau normale. Même si c’est bien qu’il ait pensé aux *tsäbältägnas* à propos des médicaments, il manque quelque chose de religieux dans son discours. Plusieurs *tsäbältägnas* n’étaient pas contents ce jour là. [Est-ce que les choses ont changé depuis ?] Beaucoup de choses ont changé. La plupart des gens ont arrêté d’aller à l’eau bénite, et plusieurs personnes se marient ensemble, ne respectant pas plusieurs des règles d’ici » (une FVVIH, Ent’ot’o Maryam, mars 2008)

L’utilisation de l’eau bénite comme de l’eau « normale », est une thématique récurrente et semble un point peu clair voire est fortement sujet à caution pour les *tsäbältägnas*. En effet, certains d’entre eux ont interprété les propos de l’Abuna comme une invitation à prendre les

ARV avec le *tsäbäl* même, soit en même temps. Cette proposition s'apparente dès lors pour ces personnes comme une désacralisation complète de l'eau bénite et la « ravale » au rang d'eau normale qui ne fait plus de miracle et qui a perdu sa puissance divine, son *energeia*. Nous n'avons pas pu éclaircir ce point, mais la confusion dans laquelle ces propos ont placé *tsäbältägnas* est patente :

« [Est-il possible de prendre l'eau bénite avec les ARV ?] Oui [Depuis combien de temps ?] On doit les prendre jusqu'à la mort. J'étais sérieusement malade je n'avais pas le choix. J'ai parlé de mon problème à la Vierge Marie et j'ai commencé à prendre les ARV. [Avant c'était interdit de prendre les ARV avec l'eau bénite ?] Oui, le *bahetawi* les interdisait en pensant à nous. [Est-ce que l'Abuna a dit quelque chose à ce propos ?] Oui. [Est-ce que vous étiez présente lorsque l'Abuna est venu ?] Oui, j'étais sur le site de l'eau bénite. Avant, même qu'il n'arrive on nous a annoncé sa venue. J'ai pensé qu'il avait la foi en l'eau bénite. Il nous a dit que l'on pouvait prendre les deux en même temps, les médicaments et l'eau bénite ensemble. Il n'a aucun respect pour l'eau bénite. J'ai refusé de prendre les traitements en même temps que l'eau bénite. Au lieu de cela, je jeûne jusqu'à 12h et après je prends de l'eau bénite et ensuite le traitement. On voyait beaucoup de miracles à Ent'ot'o Maryam, alors comment l'Abuna peut-il mettre à égalité l'eau bénite et les traitements ? [Est-ce que les choses ont changé depuis ?] Le *bahetawi* refuse de venir à l'eau bénite. Maintenant, il n'y a plus de témoignage des miracles de la Vierge Marie. Beaucoup de gens sont partis à Shenquru Mikaél et le nombre de *tsäbältägnas* de Ent'ot'o Maryam a diminué. A présent, il n'y a que quelques personnes qui sont guéries. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, avril 2008)

C'est sans doute un des points qui a le plus troublé les PVVIH vivant sur des sites d'eau bénite et une source de grande confusion et d'opposition à la combinaison thérapeutique. Par ailleurs, la perte entière de sacralité des sites est évoquée par la première personne de ce groupe : « les gens se marient et ne respectent plus les règles d'ici ». Sur les sites d'eau bénite, l'abstinence est de mise ou au moins, la fidélité. Plus que dans le monde « normal », dans la société « mondaine », les fidèles doivent respecter les règles religieuses courantes, et donc, l'abstinence sexuelle ainsi que l'ensemble des carêmes. C'est ce que nous avons qualifié d'ascèse extra-mondaine laïcisée (Hermann, 2011). Dès lors, le non-respect de cet ensemble des règles constituant cette ascèse s'apparente et participe à une désacralisation de l'espace, cette situation remettant en cause la possibilité de survenue des miracles. De plus, l'absence de respect de ces règles visant à protéger de la souillure du profane les espaces sacrés, peuvent provoquer la disparition de l'eau bénite, son *energeia* rentrant alors en contact étroit avec la souillure du profane (chapitre 3 section IV). Dans ces conditions, les fidèles en concluent que les miracles ne peuvent plus advenir avec autant de régularité, signant la désacralisation de l'espace.

Enfin, le dernier groupe rassemble les personnes se montrant satisfaites de cette nouvelle compatibilité. Elles mettent en avant plusieurs changements importants : ils ont vu le nombre de morts diminuer, les *tsäbältägnas* sont en bien meilleure santé et peuvent désormais travailler et enfin, certains *tsäbältägnas* arguent qu'à présent il est possible de parler librement des ARV :

« [Avant c'était interdit de prendre les ARV avec l'eau bénite ?] Oui. [Est-ce que c'était le *bahetawi* qui disait cela ?] Je ne pense pas que c'était le *bahetawi*. C'est nous les *tsäbältägnas* qui faisons les règles ici à Ent'ot'o Maryam. [Est-ce que l'Abuna a dit quelque chose à ce propos ?] Oui. [Est-ce que vous étiez présente lorsque l'Abuna est

venu ?] Non, j'étais à Shero Meda. Il est venu et a dit aux *tsäbältägnas* de prendre les ARV et l'eau bénite en même temps. Il est venu en brisant le silence des *tsäbältägnas* qui suivent ce que les autres disent. C'est bien que l'Abuna soit venu. [Est-ce que les choses ont changé depuis ?] Le nombre de mort a diminué. Il y avait beaucoup de gens au lit mais maintenant, beaucoup sont forts et en bonne santé et certains sont retournés à leur ancien travail. Maintenant les *tsäbältägnas* parlent librement des ARV. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« [Est-il possible de prendre l'eau bénite avec les ARV ?] Oui. [Avant c'était interdit de prendre les ARV avec l'eau bénite ?] Oui le *bahetawi* l'interdisait. [Est-ce que l'EOTC en a dit quelque chose ?] Non rien. [Est-ce que l'Abuna Pawlos a dit quelque chose sur ce point ?] Oui, il a dit que le *tsäbäl* et les ARV peuvent être pris ensemble. [Etiez-vous présent quand il est venu à Ent'ot'o Maryam ?] Oui, j'en ai entendu parler, c'était une décision magnifique. [Est-ce que les choses ont changé depuis ?] Le nombre de morts est très bas, les PVVIH ont commencé à prendre des ARV, le temps du carême a diminué, les PVVIH travaillent et ainsi peuvent gagner de l'argent. En général avec mes amis, nous appelons cette période le "golden time" » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« La visite du Pape a changé beaucoup de choses, il a bien compris notre problème. Maintenant, on ne prend plus les médicaments en cachette » (trois *tsäbältägnas*, Ent'ot'o Maryam, février 2008).

Il est tout à fait notable qu'aucune de ces personnes ne mentionne les miracles. Toutes parlent de vivre, de travail, de bonne santé et d'ouverture de la parole autour des traitements. De manière presque caricaturale on pourrait se demander si elles en attendent encore un, mais les propos d'un *tsäbältägna* laissent penser que la foi dans les miracles perdure :

« [Est-il possible de prendre l'eau bénite avec les ARV ?] Oui. [Avant c'était interdit de prendre les ARV avec l'eau bénite ?] Cela fait un an que ça a commencé. Beaucoup de prêtres et d'aspergeurs ne sont pas contents, quelques prêtres sont pour et ils croient en ce médicament. Pour moi, c'est bien, la sagesse de Dieu est dans les deux, l'eau bénite et le médicament. Tant de gens sont morts par manque de ce médicament ; au moins en prolongeant nos jours, on peut supplier Dieu et ça c'est crucial. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

La situation est donc complexe, ambivalente. Tout se passe comme si la compatibilité des traitements avait effectivement induit une désacralisation de l'espace, et une évolution des attentes des PVVIH vivant à Ent'ot'o Maryam. L'insistance des PVVIH prenant des ARV sur la possibilité de travailler, et d'être en bonne santé en lieu et place de la réalité des miracles rend compte d'une modification possible du rapport à la foi, à la religiosité, d'un déplacement des besoins. Pourtant ces personnes demeurent sur le site d'eau bénite, et continuent à prendre cette eau faiseuse de miracle, combinant alors une activité génératrice de revenue, et l'observance conjointe des traitements spirituel et biomédical (ce point sera détaillé prochainement).

Les propos de ces trois groupes, leurs positions quant au miracle, aux ARV et à la dévaluation de la sacralité du site, témoigne, nous pensons, de la prégnance de l'interdépendance entre le charisme du leader du site et l'*energeia* de l'eau bénite. Rappelons brièvement (cf. chapitre 9 section I.2.c) que les découvreurs de source voyaient leur charisme dépendre de la puissance de l'eau bénite qu'ils ont redécouverte. Ils ont reçu un message divin ou s'y apparentant ce

qui témoigne de leur élection et de leur possession d'une grâce particulière. La redécouverte de l'eau bénite confirme cette grâce et en même temps réactualise la sacralité et le potentiel miraculeux de l'eau bénite, créant alors l'interdépendance entre l'*energeia* de l'eau bénite et le charisme de leur découvreur. M. Weber et de nombreux auteurs après lui, rappellent que le charisme est conféré, certifié par le social, et lui est en grande partie dépendant (Ouedraogo, 1993 ; Weber, 1995 ; Thériault, Duhaime, 2009).

Dès lors, la venue de l'Abuna fait du *bahetawi* un personnage dissident, tout en confirmant la dimension contestataire de son charisme. Avant l'intervention du Pope, le fort charisme personnel (de type prophétique) du *bahetawi* G.M. avait déjà été contestée, par des *tsäbältägnas* du site même, notamment quant à la rigidité de l'encadrement rituel qu'il avait mis en place à Ent'ot'o Maryam²⁴⁵. Toutefois, ni ces contestations, ni les annonces publiques de l'Abuna quant à la compatibilité des ARV et de l'eau bénite n'ont changé la posture du *bahetawi* et n'ont atteint son charisme branché sur un des sites d'eau bénite les plus réputés du pays. L'Abuna est la personne représentant l'institution religieuse et donc le charisme institutionnel dans toute sa puissance. Seule, son intervention directe et frontale à Ent'ot'o Maryam a réussi à mettre à mal le charisme propre du *bahetawi*. Il nous semble d'ailleurs que c'est une des raisons de l'intervention personnelle de l'Abuna, en effet, face à un personnage aussi réputé et au charisme prophétique aussi fort, un archevêque n'aurait pas eu un poids similaire. En outre, une des conséquences de la venue de l'Abuna, est l'éclosion, la mise à jour de cette contestation interne. Seuls deux (anciens) *tsäbältägnas* rencontrés avaient, avant 2008, tenus des propos remettant en cause son charisme et ces propos avaient été tenus à voie basse sur le ton de la confiance et du secret (Entretiens avec deux anciens *tsäbältägnas* de Ent'ot'o Maryam, Lalibela et Addis Ababa, janvier 2006). En février 2008, les quatre *tsäbältägnas* interviewés ne se cachaient pas ni ne parlaient à voie basse ; ils contredisaient ouvertement le *bahetawi* et l'accusaient pour certains d'abuser de son autorité (Entretien avec quatre *tsäbältägnas*, Ent'ot'o Maryam, février 2008). Il apparaît donc que l'intervention de l'Abuna a entériné le caractère contestataire et contesté du charisme prophétique du *bahetawi*. Toutefois, cette remise en cause n'a pas atteint le seul *bahetawi*, mais l'ensemble du site, car justement, l'*energeia* de l'eau bénite et le charisme même contestataire sont intriqués.

Par jeu de miroir, ou comme en négatif, cette situation témoigne également du fait que le *bahetawi* est sans conteste le leader du site, son fondateur, et pour les fidèles la survenue des miracles sur son site dépend grandement du charisme de ce personnage. Cependant, sa position à l'égard d'abord de l'aide extérieure, puis des ARV et donc finalement sa rigidité, ont jusqu'à l'arrivée des ARV semble-t-il, garanti l'obtention d'un miracle. Mais cette rigidité a été contestée, d'abord timidement de l'intérieur, puis de manière massive par l'Abuna qui en venant lui-même et accompagné d'un grand nombre de personnes a profondément remis en cause tant le pouvoir du *bahetawi*, que la sacralité même de l'espace. En effet, pour rendre les ARV compatibles avec la cure par l'eau bénite, le Pope a dû modifier l'infrastructure symbolique du miracle et une partie de l'ascèse extra-mondaine. Cette dernière permettait de protéger la sacralité de l'espace et garantissait la possibilité d'obtenir un miracle. Incidemment, il a rendu certes les ARV et l'eau bénite compatibles, mais la forme de

²⁴⁵ Entretien avec deux anciens *tsäbältägnas* de Ent'ot'o Maryam, Lalibela et Addis Ababa, janvier 2006 puis avec quatre *tsäbältägnas*, Ent'ot'o Maryam, février 2008.

sacralisation des ARV qu'il a opéré, a été concomitante de la désacralisation de l'eau bénite, du site et de la remise en cause profonde du charisme du *bahetawi*.

Ainsi, à Ent'ot'o Maryam, les ARV ont peu ou prou été intégrés à la cure. Mais cette intégration n'est pas sans conséquence comme on va le voir à présent.

III. Shenquru Mikaél : un site en pleine croissance

En effet, dès 2006, le site de Shenquru Mikaél commençait à attirer des *tsäbältägnas* de Ent'ot'o Maryam. Ce premier site est plus éloigné de Addis Ababa, à deux titres. D'abord, il est géographiquement plus distant puisque situé à environs trois kilomètres au Nord de Ent'ot'o Maryam, et son accessibilité était jusque dans le courant de l'année 2007, plus délicate. Le quartier de Shero Meda accueille une station de taxi qui conduisait jusqu'en 2006 à deux sites d'eau bénite : Kidanä Meherät et Ent'ot'o Maryam. A la fin de l'année 2005, aucun taxi partant de Shero Meda ne conduisait au site de Shenquru Mikaél. Puis dans le courant de l'année 2006, quelques des taxis commencèrent à conduire des clients à Shenquru Mikaél à partir de Ent'ot'o Maryam. En 2008, des lignes spécifiques partant directement de Shero Meda pour déposer des clients uniquement à Shenquru Mikaél furent mises en place. Ces lignes directes rendent compte de l'existence de clients désireux de se rendre là-bas uniquement, sans passer par Ent'ot'o Maryam.

La renommée croissante de ce nouveau site est délicate à dater précisément. Cependant, d'après nos enquêtes de terrain, en 2005-06, des *tsäbältägnas* de Ent'ot'o Maryam s'y rendaient à pied les jours de la fête du saint. En 2007, certains *tsäbältägnas* de la même communauté mentionnaient ce site de temps en temps, tandis qu'en 2008, son nom revint régulièrement, signe d'une augmentation sensible de sa renommée. Par ailleurs, en 2008, une commerçante de Ent'ot'o Maryam localisée à proximité du chemin conduisant à Shenquru Mikaél nous dit : « la puissance de l'eau bénite est partie là-bas » (Entretien avec une propriétaire de chambre et restauratrice, Ent'ot'o Maryam février 2008). Ces propos sont tenus quelques mois après que les ARV aient été déclarés compatibles avec l'eau bénite à Ent'ot'o Maryam. Ces deux événements sont comme nous allons le voir, liés, mais le lien de cause à effet ne concerne pas uniquement les ARV. Des entretiens menés sur les deux sites avec différentes catégories de population (*tsäbältägnas*, commerçants, prêtres, PVVIH), rendent compte de l'existence d'une sorte de gémellité entre les sites de Ent'ot'o Maryam et de Shenquru Mikaél, faite de concurrence et d'emprunt, d'opposition mais aussi de partage.

III.1. Shenquru Mikaél, un récit d'apparition original

Avant de décrire cette organisation en regard, il est nécessaire de présenter plus avant ce site. Le récit d'apparition de la source varie selon les individus mais les grandes lignes sont identiques. Contrairement aux récits d'apparitions rapportés précédemment (chapitre 3 section IV.2) celui-ci ne compte que deux étapes : inscription dans le temps ancien de l'existence de l'eau bénite, réactualisation récente. Le récit d'apparition est donc le suivant : l'eau bénite était connue par les bergers depuis très longtemps sous le nom de *yäekäk tsäbäl*, soit

littéralement “l’eau bénite pour les démangeaisons” ou encore “l’eau bénite pour les boutons”. Un jour un prêtre vint pour asperger les fidèles avec cette eau bénite et l’ange Mikaél projeta sa croix à terre, le prêtre réessaya mais à nouveau sa croix tomba à terre. Depuis, lors, c’est l’ange Mikaél qui asperge lui-même les fidèles, aucun prêtre, diacre, *bahetawi* ne peut s’approcher de l’eau bénite.

La principale différence entre ce récit et ceux collectés sur les autres sites d’eau bénite est l’absence d’éclipse de l’eau bénite ou de disparition de la sacralité. Par contre, on retrouve deux éléments importants : l’ancienneté de la sacralité, du pouvoir de l’eau bénite et la réactualisation par un prêtre dévoilant ainsi la présence de l’ange Mikaél. Cette intervention révèle et augmente la puissance de l’eau bénite. Il est d’ailleurs notable qu’avant la venue du prêtre, la source était appelée *yäekäk tsäbäl*, depuis l’intervention du prêtre elle est nommée Shenquru Mikaél. Et la phase d’éclipse du site constituait, nous l’avons vu, un rappel de la nécessité de respecter les interdits et les règles encadrant son accès et son usage. Toutefois, cette absence semble compensée par l’insistance des fidèles prenant cette eau bénite :

« Si tu entres sous l’eau bénite sans respecter le rituel, l’eau bénite va s’arrêter » (Un HVVIH, Shenquru Mikaél, avril 2008)

Ce sont donc les fidèles eux-mêmes qui se chargent de faire respecter les interdits liés au recours à l’eau bénite. D’après les personnes interrogées, ce site a commencé à acquérir une certaine notoriété entre les années 2000/01 et 2003/04, comme il a été rappelé, sa renommée croît considérablement au courant de l’année 2007. La principale caractéristique de ce *tsäbäl* est donc de ne pas être encadré par des clercs. L’aspersion est menée directement par l’ange. Là où à Ent’ot’o Maryam, une équipe constituée par le *bahetawi* G.M., encadre le rituel de l’eau bénite, à Shenquru Mikaél, c’est « l’ange Mikaél en personne » qui asperge les fidèles. Aucun prêtre, aucun clerc, pas même les moines ne sont autorisés à approcher la source et l’eau bénite. Seuls les laïcs le peuvent, ils s’aspergent donc eux-mêmes, ou plutôt l’eau bénite ou « l’ange Mikaél » les asperge(nt) eux-mêmes selon les *tsäbältägnas*. Une autre caractéristique est que les curistes peuvent être aspergés durant autant de temps qu’ils le veulent, et peuvent se rendre à l’aspersion quand ils le désirent : l’espace de douche est ouvert toute la journée. Contrairement à Ent’ot’o Maryam, l’aspersion est individuelle, les fidèles y entrent un à un et attendent leur tour. Incidemment, pour satisfaire la demande croissante, plusieurs salles d’aspersion ont été construites, et on en compte une petite dizaine, réparties sur les sommets des monticules alentours, et à leurs flancs. Ce site d’eau bénite n’est pas encadré par une personne charismatique, et le rôle de l’église (en tant que porteuse du charisme de foncion et sacramental), est plus ambivalent, particularité qui en font un site original.

III.2. Une renommée croissante en regard avec la perte d’aura de Ent’ot’o Maryam

Cette caractéristique du rituel de l’eau bénite, absence d’encadrement et souplesse, rencontre plutôt l’adhésion des fidèles. Ceux-ci comparent cet aspect du rituel à la rigidité de celui de Ent’ot’o Maryam :

« Le rituel est bien aussi à Ent'ot'o Maryam, on s'asperge en groupe, et l'aspergeur nous douche avec un jerrican, mais à Shenquru Mikaél, personne ne t'asperge, c'est l'eau bénite qui te douche. » (Un HVVIH, Shenquru Mikaél, mars 2008)

« Je préfère le rituel de Shenquru Mikaél, à Ent'ot'o Maryam, c'est dur, les hommes et les femmes s'aspergent ensemble » (Une FVVIH, Shenquru Mikaél, avril 2008)

« Le rituel de Ent'ot'o Maryam était très strict. Tu ne pouvais pas quitter le *tsäbäl* quand tu as besoin de sortir. Une fois que tu es rentré le matin, tu dois rester la journée entière dedans. Donc tu ne peux pas travailler à Ent'ot'o Maryam. De plus, là-bas tu dois avoir un *bono* [un jeton] pour avoir la permission de sortir du *tsäbäl*. » (Une FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

« A Shenquru Mikaél, personne ne vous tape avec la croix, il n'y a pas de prêtre, de plus, ici vous pouvez aller à l'eau bénite quand vous le voulez et boire autant de *tsäbäl* que nous le désirons. Alors qu'à Ent'ot'o Maryam, les *atmaqis* vous frappent avec la croix, et vous ne pouvez pas sortir de l'espace du *tsäbäl* sans leur permission » (Une autre FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

Les arguments de ces personnes témoignent d'un aspect qui sur le site de Ent'ot'o Maryam a été très critiqué : la coercition à l'endroit des *tsäbältägnas* et la rigidité du rituel. Ces éléments tranchent singulièrement avec la liberté et la souplesse prévalant sur de sites thésaurisés par des églises et donc placés sous l'autorité d'un charisme de fonction.

Si ces *tsäbältägnas* sont satisfaits de la liberté qu'offre le rituel de l'eau bénite délivré par l'eau « bénite elle-même » ou par « Mikaél », certains en sont mécontents et lui préfèrent celui de Ent'ot'o Maryam. La liberté qu'offre le rituel de Shenquru Mikaél est alors associée à un manque de force :

« Quand je compare les rituels de saint Mikaél et de Ent'ot'o Maryam, le dernier est plus contraignant. A Shenquru Mikaél ce n'est pas fort. Nous pouvons jeûner autant de temps que nous voulons, et nous pouvons prendre autant d'eau bénite que nous voulons. » (Une FVVIH, Shenquru Mikaél, avril 2008)

D'autres le comparent au site où ils étaient auparavant, et font un constat similaire :

« Le rituel à Shenquru Mikaél n'est pas fort. Avant de venir ici, je prenais l'eau bénite à Giyorgis dans le Wollo, le rituel là-bas est très strict. Ici, les *tsäbältägnas* peuvent manger quand ils veulent. » (Un HVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

Ainsi, la liberté rituelle est-elle en même temps un aspect apprécié et critiqué. Tous les fidèles n'ont donc pas les mêmes besoins liturgiques et sacramentels, points qui avaient déjà été mis en lumière dans la confession (chapitre 8 section II.3). Par ailleurs, le regret de ces fidèles quant à l'absence d'encadrement rend compte de leur préférence pour des sites encadrés par des leaders charismatiques qui organisent un rituel très structuré.

III.3. Shenquru Mikaél et les ARV : une posture dissidente ?

Le développement de Shenquru Mikaél constitue également une réponse à la perte de sacralité du site proche de Ent'ot'o Maryam et à la nouvelle possibilité de prendre les ARV en

même temps que l'eau bénite. En effet, sur ce site, la plupart des personnes proclament ne pas prendre de traitement antirétroviral :

« [Est-ce qu'il est possible de prendre des ARV avec l'eau bénite ?] Je pense que les ARV diminuent le pouvoir du *tsäbäl*. J'ai entendu que à Ent'ot'o Maryam l'Abuna a autorisé les *tsäbältägnas* à prendre les médicaments avec le *tsäbäl*. » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

« Je n'ai pas confiance dans la médecine fabriquée. [Est-ce qu'il est possible de prendre des ARV avec l'eau bénite ?] Je ne sais pas. [Est-ce que l'Abuna a dit quelque chose à ce sujet ?] J'ai entendu à la télévision qu'il a annoncé que les PVVIH pouvaient prendre les deux traitements. Je pense qu'il n'a pas testé le pouvoir de l'eau bénite. » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

« [Connaissez-vous les ARV ?] Oui, j'en ai entendu parler quand je vivais chez moi, il y a environ un an, c'est un de mes amis qui m'en a parlé. [Prenez-vous des ARV ?] Non, ce n'est pas bien de prendre les deux traitements en même temps. Et seul le *tsäbäl* a le pouvoir de vous guérir de toutes les maladies. [Est-il possible de prendre les ARV avec le *tsäbäl* ?] L'eau bénite est donnée par Dieu. Comment pouvez-vous comparer les ARV avec le *tsäbäl* ! [Est-ce que l'Abuna en a dit quelque chose ?] Je ne suis pas surpris si il a dit cela, l'Abuna n'est pas saint. » (Un HVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

« [Est-il possible de prendre les ARV avec le *tsäbäl* ?] Non ce n'est pas possible. [Pourquoi venir ici alors ?] Mais les gens commencent à vivre une vie normale, ils vendent de l'*injera* et mettent des enfants au monde. Et les prêtres nous disent de ne pas les prendre. [Est-ce que l'EOTC a dit quelque chose à propos des ARV ?] Non, je n'ai rien entendu, mais il y a des rumeurs qui courent. On dit que l'Abuna a autorisé à prendre l'eau bénite à côté des ARV, et qu'il est favorable à l'utilisation du préservatif. Pourquoi il a dit des choses pareilles ? N'est-il pas un prêtre ? » (un HVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

Ainsi, il apparaît clairement de ces entretiens que les *tsäbältägnas* porteurs du VIH et vivant à Shenquru sont en opposition avec la posture de l'Abuna quant aux ARV et à l'eau bénite. Pour ces personnes les mettre sur un même plan constitue un sacrilège qui désavoue le Pape même. Cependant, la situation n'est pas aussi tranchée et au-delà des propos, les pratiques révèlent d'autres aspects de la foi en « l'eau bénite envoyée par Dieu ».

Les raisons pour lesquelles les *tsäbältägnas* de Ent'ot'o Maryam partent pour un autre site sont multiples, mais la plupart y ont acquis des connaissances sur les ARV et ces personnes une fois à Shenquru cherchent à obtenir un traitement. Le récit de cette femme est poignant et témoigne de la complexité des logiques à l'œuvre :

« [Etes-vous marié(e) ? divorcé(e) ? veuf(ve) ?] Je suis séparée de mon mari. Quand nous avons fait notre test de dépistage, nous sommes allés au *tsäbäl* de Shenq^wära Yohänes. Nous avons eu une conversation houleuse là-bas. Je lui ai dit qu'il avait eu une aventure avec ma meilleure amie qui travaille dans un bar. Et puis d'autres *tsäbältägnotsh* nous ont réconcilié. Après un moment, nous sommes repartis de Shenq^wära Yohänes pour rentrer chez nous. Après quelques temps, mon mari est parti de la maison en cachette. Quand j'ai découvert où il était, je l'ai suivi. Nous nous sommes rencontrés à Ent'ot'o Maryam. Au moment où je l'ai vu, il a prétendu qu'il ne me connaissait pas et j'ai compris ensuite qu'il avait une autre femme ici. Alors après quelque temps, je suis partie à Shenquru Mikaél. [Est-ce que les personnes ici savent

que vous êtes séropositif(ve) ?] A Ent'ot'o Maryam, oui, ici à Shenquru Mikaél, tu sens qu'il est impossible de dire aux autres *tsäbältägnotsh* que tu as le virus. A Ent'ot'o Maryam la plupart des personnes sont venues pour le sida, alors, il n'y a pas besoin de cacher les raisons pour lesquelles tu es là. [Connaissez-vous les ARV ?] Oui, j'en ai entendu parler quand je suis arrivée à Ent'ot'o Maryam. Les *tsäbältägnotsh* en parlaient beaucoup, avant, je pensais que c'était très cher. [Prenez-vous des ARV ?] Non, mais je cherche à en prendre. [Est-il possible de prendre le *tsäbäl* en même temps que les ARV ?] En fait non, car les ARV sont en contradiction avec notre foi. » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

Cet extrait d'entretien rend compte de multiples aspects de la vie des *tsäbältägnas*, tous ne peuvent être commentés ici ; en outre certains passages ont déjà été analysé précédemment (chapitre 7 section 2.2). Il nous semble important de rappeler que les *tsäbältägnas* sont mobiles : ils changent de site d'eau bénite selon leurs besoins, et selon la réputation de ces sites. Ainsi, avant de venir à Ent'ot'o Maryam, certains PVVIH étaient sur un autre site assez réputé pour ses guérisons du sida, Sarkané Maryam situé au Nord de la capitale. Toutefois, d'après les entretiens menés en milieu « normal », séculier, sa renommé pour les guérisons du sida n'atteint pas celle de Ent'ot'o Maryam. Dans l'extrait présenté ci-avant, les deux personnes en présence (la femme et son ancien époux), ont fait un séjour à Shenq^wära Yohänes. En Ethiopie, les sites d'eau bénite sont nombreux ; autrement formulé, l'offre d'eau bénite est importante, et les fidèles en quête d'un miracle se rendent là où ils estiment avoir le plus de chance d'en obtenir un, c'est-à-dire, souvent vers le site le plus réputé du moment. Il apparaît donc que la grâce, l'*energeia* de l'eau bénite est volatile, subtile et fragile. Par contre, cette *energeia* est une, car il s'agit toujours d'eau bénite, de cet « objet-élément » donné « aux hommes par Dieu » en personne, soit de la même entité. Mais elle se charge plus ou moins de propriété curative, d'*energeia* selon les lieux, les types d'encadrements (chapitre 9, section I). Ainsi, pour conserver le plus grand potentiel de cette *energeia* le respect de sa sacralité paraît fondamental ; l'infrastructure symbolique particulière à la sacralité de l'eau bénite ne peut être modifiée sans conséquences notables. La multiplicité des sites d'eau bénite même conduit les fidèles vers d'autres espaces où cette *energeia* sera plus importante et aussi plus sacrée. Dès lors, l'annonce de la compatibilité des traitements est un point sensible, car combiner ouvertement les thérapies biomédicale et spirituelle exprime une dévaluation de la foi en l'eau bénite et dans le même temps de sa sacralité. Mais il s'agit d'abord de discours et de postures affichés. En effet, concrètement, la réalité de la compatibilité est vécue quelque peu différemment puisque plusieurs *tsäbältägnas* prennent des ARV et en outre ceux ayant quitté Ent'ot'o Maryam pour pouvoir réellement combiner les thérapies sans en être empêchés par le *bahetawi* et/ou ses aides :

« [Est-il possible de prendre les ARV avec le *tsäbäl* ?] On ne parle pas beaucoup de cela ici, mais il y a des gens qui prennent des ARV ici. [Est-ce que l'Abuna a dit quelque chose à propos des ARV ?] Oui, ça j'ai entendu, on m'a dit que le Pope a autorisé les gens à prendre des ARV. » (un propriétaire de maison, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

« [Est-il possible de prendre les ARV avec le *tsäbäl* ?] Ce n'est pas officiellement interdit à Shenquru, mais les *tsäbältägnotsh* ne veulent pas prendre des ARV, pour moi, il n'y a pas deux fois. » (un *tsäbältägna* loueur de maison, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

« J'ai pu voir un grand changement depuis que j'ai commencé les ARV. Mais il n'est pas facile d'expliquer la situation aux *atmaqi*. Ils ne vous autorisent pas à sortir. J'ai essayé d'expliquer au *bahetawi* que j'ai un travail. Le *bahetawi* m'a dit d'apporter une lettre officielle. Alors j'ai arrêté d'aller sur le site d'eau bénite et à la place de Ent'ot'o Maryam, j'ai commencé à aller à Shenquru Mikaél. » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, avril 2008)

Il semble bien plutôt que cette posture proclamée de rejet des traitements biomédicaux au profit du *tsäbäl* soit intimée par la notion de respect général de la sacralité de l'eau bénite, sacralité qui une fois proclamée, et annoncée par les fidèles permet dans les faits une certaine liberté quand à la prise d'autres traitements et entre autre les ARV, et là encore, semble-t-il, à condition de rester discret. Attitude qui n'est pas sans rappeler celle prévalant pour les relations sexuelles (chapitre 5), et qui peut être résumée par le conseil d'un père à son fils : « fais ce que tu veux, mais soit discret ! » (Entretien avec B.M., Addis Ababa, mars 2008).

Ainsi, le site de Shenquru Mikaél a attiré un nombre croissant de personnes au détriment du site de Ent'ot'o Maryam, pour deux raisons, en apparence contradictoires : liberté du rituel permettant justement la prise de traitement et opposition à la désacralisation de l'eau bénite résultant des reconfigurations des infrastructures symboliques initiées par l'Abuna Pawlos. Ces reconfigurations étaient certes nécessaires au regard de l'urgence de la situation (et nous avons pu être témoin de sa gravité), mais elles ont eu pour conséquence presque immédiate la perte de sacralité du site de Ent'ot'o Maryam, et la montée en puissance d'un site plus éloigné où les ARV ne sont pas ouvertement compatibles, permettant de préserver l'*energeia* de l'eau bénite et sa capacité à faire des miracles. Ainsi, si le Pope a cherché à modifier l'infrastructure symbolique des miracles, il y a réussi dans une certaine mesure, mais peut-être pas totalement, ou du moins pas vraiment dans ce qui se donne à entendre. En outre, nous allons voir que d'autres facteurs entrent en ligne de compte.

Avant de nous intéresser à ces facteurs, il nous semble important de mettre en évidence les déterminants du transfert de puissance miraculeuse d'un site vers un autre. Comme il a été explicité, le mont Ent'ot'o accueille quatre sites d'eau bénite, Ent'ot'o Maryam, Shenquru Mikaél, Raguél, et Kidanä Meherät, ce qui en fait un espace particulièrement intéressant pour comprendre la manière dont les fidèles préfèrent un site plutôt qu'un autre.

III.4. Le *Mahebärä Mikaél* : une association aux activités similaires à celle du site de Ent'ot'o Maryam ?

Le site de Shenquru existe donc depuis quelques années, au même titre que celui de Raguél et de Kidanä Meherät. Cependant, aucun de ces deux derniers sites n'a atteint la renommée de Ent'ot'o Maryam et plus récemment de Shenquru Mikaél. Nous avons vu dans le chapitre 9 que le site de Kidanä Meherät était, pour différentes raisons (type d'encadrement de l'eau bénite, organisation du site, localisation), orienté spécifiquement vers un recours ponctuel à l'eau bénite au détriment du recours pèlerin et des *tsäbältägnas*. Si bien que les *tsäbältägnas* en quête d'un miracle important, la guérison du sida, ne s'y rendent guère. En outre, cette orientation (recours ponctuel) empêche l'apparition d'une solidarité communautaire spécifique propre aux *tsäbältägnas*. Quant au site de Raguél, il est resté plutôt

méconnu. Il est placé sous l'égide d'une église, est éloigné du monde et difficile d'accès, conditions qui, d'après le schéma idéal-typique établi précédemment, devraient en faire un site attirant potentiellement des fidèles et plus spécifiquement des *tsäbältägnas*. De fait, certains *tsäbältägnas* de Ent'ot'o Maryam s'y rendaient, mais uniquement de temps à autre. Cependant, la source n'a pas connu de réactualisation de son potentiel miraculeux, de son *energeia*, si bien qu'il s'agit là d'une source d'eau bénite comme en dormance, attendant que le « baiser du miracle » attire de nombreux prétendants. Il en va tout autrement de Shenquru Mikaél, qui lui a vu l'*energeia* de l'eau bénite être réactualisée récemment. D'après les entretiens menés avec des prêtres de Kidanä Meherät, ceux-ci tendent à s'évertuer à ignorer ce qui se passe à Ent'ot'o Maryam, situation plutôt étonnante au regard de la renommée de ce site. Il s'agit là d'une tactique, au sens de M. De Certeau (1990), permettant aux prêtres de se concentrer sur les miracles ayant lieu sur leur site afin de préserver leur propre spécificité. Par ailleurs, les prêtres interrogés quant aux ARV et l'eau bénite abondent dans le sens de l'Abuna Pawlos. Leur charisme de fonction ne les conduit-il pas à respecter les directives de l'EOTC ? La similarité des positions confirme donc les hypothèses proposées dans le chapitre 9 (section I.1.) Il n'en va pas de même à Shenquru Mikaél où, le rapport à la compatibilité des ARV et de l'eau bénite est plus complexe. Les prêtres, en accord avec leur charisme de fonction, tendent à prôner leur prise conjointe, les *tsäbältägnas* proclament ne vouloir guérir qu'avec l'eau bénite, mais prennent des ARV avec l'eau bénite quand ils voient leurs jours, ou au moins leur santé, en danger. L'analyse de l'association du site de Shenquru Mikaél révèle une organisation en regard, une forme de gémellité inversée – ou chiasme, au sens employé en chimie – face à celle ayant existée et celle existant à Ent'ot'o Maryam.

Rappelons que l'association de Shenquru Mikaél, la *Mahebärä Mikaél* avait plusieurs buts dont la plupart n'étaient pas orientés vers les PVVIH : (1) mutualiser les moyens permettant aux *tsäbältägnas* de Shenquru Mikaél, de se rendre en pèlerinage sur d'autres sites d'eau bénite et monastères ainsi que leur apporter de l'aide, (2) répondre aux demandes d'infrastructures (en outre, la construction de nouveaux baraquements dédiés à la douche d'eau bénite), (3) aider les plus démunis qu'ils soient séropositifs ou non, (4) participer à la construction d'autres églises, (5) de distribuer aux membres porteurs du VIH du *nefro wuha* :

« [Est-ce que vous connaissez une de PVVIH à Shenquru Mikaél ?] Oui, elle s'appelle *Mahebärä Mikaél*. Mais elle n'a pas été créée pour les *tsäbältägnas* séropositifs. C'est une association pour toutes les personnes qui viennent prendre du *tsäbäl*. De temps en temps, ils préparent du *yänefro wuha* [l'eau des graines] et ils l'offrent aux PVVIH. L'autre fonction de cette association est de t'aider si tu veux aller vers d'autres sites d'eau bénite. Tu donnes de l'argent et l'association organise le voyage. Il n'y a pas d'aide ici aux PVVIH. Parfois, nous obtenons de la nourriture de Ent'ot'o Maryam quand ils ont assez, ils partagent avec le *Mahebärä Mikaél*. » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, avril 2008)

C'est à dire que tous les buts de cette association sont identiques aux activités menées par le *bahetawi* dans le cadre de la première association *Täsfä sät'ätshegn Maryam* (Marie me donne l'espoir) fondée par celui-ci. En effet, comme nous l'avons vu, le but premier de cette association était de distribuer du *nefro wuha* aux *tsäbältägnas* en général, mais comme sur ce site les PVVIH sont majoritaires, de fait, il était préférentiellement distribué à ceux-ci. Il apparaît qu'aucun autre site d'eau bénite, que ce soit Shenq^wära Yohänes, 'Uraél, Kidanä

Meherät ou même le nouveau site de Wänqeshét Gabréel n'ont institué ce type de pratique. Le *nefro wuha* est préparé de manière récurrente (en général par des moines), et est assez commun dans la religiosité laïque. Mais sur aucun de ces derniers sites, la préparation du *nefro wuha* n'a été aussi clairement instituée dans le cadre d'une association. Si bien que la délivrance de ce bien religieux apparaît comme une spécificité des sites de Ent'ot'o Maryam et de Shenquru Mikaél.

Par ailleurs, et nous y avons participé à deux reprises, le *bahetawi* organisait des pèlerinages vers d'autres sites d'eau bénite. C'est dans ces conditions que nous avons pu visiter les sites de Abba Yohänes au Nord d'Addis Ababa au dessus de Sululta. Puis avant Noël ou Gäna en amharique, nous avons participé à un autre pèlerinage à destination de Lalibela. Dans ce cadre, plusieurs églises et sites d'eau bénite ont été visités. Les sites d'eau bénite étant ceux de Beséht Maryam et Giyorgis Lalibela. Certaines personnes nous ont rapporté des pratiques similaires à Sarkäné Maryam. Mais il est, à notre sens, notable que parmi les quatre sites existant sur le mont Ent'ot'o, seuls ceux de Ent'ot'o Maryam et Shenquru Mikaél proposent ce type de prestation religieuses aux *tsäbältägnas* vivant là. Ces deux éléments, *nefro wuha* et organisation de pèlerinages vers d'autres sites d'eau bénite constituent donc des particularités de ces deux sites, corroborant dès lors, notre hypothèse d'une structure en regard et d'une forme de gémellité de ces deux espaces. Par contre, il est probable que les voyages religieux soient une caractéristique des sites d'eau bénite attirant préférentiellement une population de *tsäbältägnas*, puisque le site de Sarkäné Maryam en organiserait.

Il apparaît donc que le site de Shenquru Mikaél diffère sensiblement des sites plus classiques. Ne pourrait-on pas y voir la manifestation d'une contestation, celle des fidèles envers le pouvoir des clercs de la base comme de celui du Pope ? En effet, sur ce site, deux arguments de prime abord contradictoires expliquent sa montée en puissance : la souplesse du rituel de Shenquru Mikaél qui permet d'intégrer les ARV, et la perte de sacralité de Ent'ot'o Maryam induite par l'introduction forcée et poussée de ces mêmes ARV. En effet, les *tsäbältägnas* vivant avec le VIH proclament ne pas prendre d'ARV, la réalité est plus nuancée, et de fait beaucoup en prennent. Mais la souplesse du rituel de l'eau bénite tranche singulièrement avec la rigidité de celui de Ent'ot'o Maryam. Les proclamations des *tsäbältägnas* de Shenquru Mikaél vivant avec le VIH, s'opposant de fait aux propos du Pope, conduisent à penser que l'« ange Mikaél » pourrait s'apparenter à une figure contestataire. Ce qui amène en second lieu à considérer la religiosité des fidèles comme relativement indépendante de toute autorité religieuse.

IV. Des sites d'eau bénite et des compatibilités ARV/eau bénite

Si l'Abuna déclara plusieurs fois que les ARV pouvaient être pris avec l'eau bénite, les clercs et les fidèles n'adhèrent pas tous à ce message et comme il a été établi pour Shenquru Mikaél, et à Ent'ot'o Maryam, les positions varient d'un individu à l'autre, si bien qu'il peut être tentant de considérer les positions comme trop variables pour y voir quelque cohérence. Cependant, nous avons montré (chapitre 9) que les conceptions du sida des différentes catégories de clercs dépendaient de leur rapport à une forme particulière de religiosité

(charismatique, monacale, prêtrise) et à leur fonction. Nous allons voir que la schématisation opérée se prolonge dans le rapport aux ARV. Il apparaît que si les *tsäbältägnas* tiennent des propos parfois péremptoirs sur la possibilité de combiner les thérapies, la réalité est bien plus nuancée et finalement rend compte d'un « sain » attachement à la vie, renvoyant également à ce que de nombreux anthropologues de la santé ont mis en exergue à savoir le pluralisme des soins et la multiplicité des recours, en vue d'obtenir une guérison (Benoist et al., 1996).

IV.1. Les positions des clercs face à la compatibilité ARV/eau bénite

Le chapitre 9 fut l'occasion de présenter certaines modalités de thésaurisation de l'eau bénite. Trois manières de capter, de « canaliser » l'*energeia* propre du *tsäbäl* ont été dégagées : les monastères, les *bahetawi*/moine découvreurs de sources, les églises « neutres ». A ces trois formes, on peut à présent ajouter le site de Shenquru Mikael qui représente un dernier type de thésaurisation de l'eau bénite : l'encadrement mixte ou ambigu et partant, plutôt contestataire.

Il a été montré que les conceptions du sida des clercs variaient en fonction de leur position, du type de charisme dont ils sont porteurs et de leur rôle auprès des fidèles. Il apparaît que leur position vis-à-vis des ARV constitue un prolongement, et s'articule à ces éléments. Les moines et les personnages charismatiques sont les personnages et les corps les plus attachés à l'ascèse extra-mondaine. Ils sont incidemment les plus hostiles à la compatibilité entre les traitements quels qu'ils soient et l'eau bénite.

Pour les moines, seule l'eau bénite – soit le pouvoir de Dieu – peut guérir réellement. Par ailleurs, ils considèrent le sida comme une punition divine, et donc seul Dieu peut laver ce péché et apporter la guérison. Interrogé quant aux ARV un moine nous expliquait :

« Nous n'avons que deux pieds, on ne peut pas monter deux arbres en même temps. [Et que pensez-vous des propos de l'Abuna autour des ARV et de l'eau bénite ?] Ce que l'EOC enseigne c'est que si vous avez vraiment la foi, vous serez guéris. On ne peut pas prendre les deux en même temps, l'EOC enseigne cela. Prendre le médicament, nécessite de le faire matin, midi et soir ce qui n'est pas possible quand on prend de l'eau bénite. [Et que pensez-vous alors de l'Abuna Pawlos ?] C'est un peu difficile. On ne peut pas entendre quelque chose comme ça de l'Abuna. Il conseille aux jeunes de prendre les médicaments, c'est comme si il les envoyait à la maladie, nous ne sommes pas censés entendre cela. Si on suit l'Eglise, on peut guérir et éviter d'avoir la maladie donc c'est très difficile. Il me semble qu'au lieu de dire ce que tu as fait au *näfs abbat* [confesseur] et qu'il prie pour toi, il conseille au gens de vivre sans *näfs abbat*, loin de la foi. » (un moine de Zeq^wala, avril 2008)

Quoique ce moine prête à l'Abuna Pawlos des propos qu'il n'a, à notre connaissance, pas tenu, sa position rend compte de l'existence non seulement de rapports à la foi différents, mais également de dissensions au sein des différentes composantes du clergé du christianisme éthiopien. Ainsi, la position des moines face au sida est très traditionnelle : il faut suivre les règles de l'Eglise. S'agissant des ARV, l'association entre « prendre des médicaments et envoyer les patients ou fidèles à la maladie » paraît sortie de son contexte, assez étrange. Mais il faut garder à l'esprit que les moines et moniales envisagent la foi comme le cœur de la religiosité et la seule manière de guérir.

Les *bahetawi*/moines découvreurs de sources considèrent que le sida est une punition divine et que les ARV sont incompatibles avec la cure par l'eau bénite : l'incompatibilité est stricte, comme nous l'avons vu à Ent'ot'o Maryam. A Wänqeshet Gabréel, le moine ou ancien ermite Y.T.M. endossait une posture similaire et les fidèles venus en pèlerinage considéraient qu'ils devaient abandonner leur traitement (Carnet de terrain, juillet-août 2008). Nous avons vu, par ailleurs, que l'articulation entre le charisme personnel de ces découvreurs de source est en étroite relation avec l'*energeia* de l'eau bénite, si bien que le pouvoir miraculeux dont l'eau bénite est porteuse est arrimé au charisme du leader et inversement. Il a également été explicité que le charisme du *bahetawi* de Ent'ot'o Maryam avait donné la vie, ou plus exactement, avait redonné espoir. En effet, au moment où il a découvert la source, le sida était tu, le silence l'entourait et semblait représenter la seule solution possible, si bien que les PVVIH étaient très durement stigmatisés et rejetés y compris par l'Eglise éthiopienne. L'apparition de la source d'eau bénite de Ent'ot'o Maryam spécialisée dans la guérison du sida fût la première solution offerte aux PVVIH éthiopiens, à une époque où le gouvernement éthiopien, ne s'y intéressait guère. Dès lors, le *bahetawi* a redonné « vie » aux PVVIH : il a offert à la société éthiopienne et aux personnes infectées par le VIH une solution, un espoir face à cette épidémie. Dans ces conditions, il apparaît sinon « normal » du moins « cohérent » qu'il soit autant attaché au rituel qu'il a institué. L'Abuna Pawlos a, d'une certaine façon également, « redonné » vie aux PVVIH, mais il a opéré d'une toute autre manière, nous y reviendrons.

Les positions des prêtres quant à l'infection au VIH sont plus nuancées et moins rigides que celles des *bahetawi*, ou moines découvreurs de sources, et les moines. Sur les sites que nous avons pu visiter toutes les conceptions y sont présentes, mais majoritairement, la souplesse et la compatibilité prédominent. Il a été explicité que les prêtres ne considèrent pas toujours l'infection au VIH comme une punition divine et selon certains d'entre eux : « Dieu n'envoie pas ce genre de maladie », ou de manière plus personnelle, d'autres expliquent : « je ne pense pas que Dieu punit avec une telle maladie [VIH] » (Entretien avec Abba W.A., Shenq^wara Yohânes, juillet 2008). Quant à la compatibilité entre ARV et eau bénite, les positions des clercs sont dans l'ensemble identiques à celles du Pope, pour qui il est possible voire nécessaire de prendre les deux traitements conjointement. Certains toutefois considèrent qu'il vaut mieux s'en passer mais si la personne est trop faible, alors, elle peut les prendre avec l'eau bénite (Shenquru Mikaéel, Kidanä Meherät). Les sites de 'Uraél et de Shenq^wara Yohânes présentent quant à cette question des particularités intéressantes. Ainsi, à 'Uraél, avant même que le problème de la compatibilité eau bénite/ARV ne se pose, les fidèles avaient recours à la biomédecine en cas de maladie grave comme la tuberculose. La préférence pour les traitements spirituels émanant des fidèles. A Shenq^wara Yohânes, le prêtre responsable du lieu, Abba W.A. exhorte les malades à combiner les traitements en les bénissant de sa main (Entretien avec Abba W.A., juillet 2008), les autres prêtres du site faisant de même.

IV.2. Des fidèles et des ARV : une vue d'ensemble

Les *tsäbältägnas* vivant avec le VIH sont les premiers concernés par cette question de la compatibilité puisque malgré les allégations des moines, des leaders charismatiques, des prêtres ou même de l'Abuna Pawlos, il s'agit de leur vie, de leur corps et de leur santé.

50 personnes ont répondu aux questions portant sur les ARV et sur la possibilité de prendre en même temps de l'eau bénite. Sur l'ensemble de ces personnes, 30 prenaient des ARV et dix-sept n'en prenaient pas encore ou refusaient le traitement. La répartition géographique des personnes interrogées est la suivante : 29 personnes habitent sur le site de Ent'ot'o Maryam, onze personnes vivent à Shenquru Mikaél, cinq à 'Uraél et deux à Shenq'ara Yohänes.

IV.2.a. L'abandon des traitements : une situation peu fréquente

Parmi toutes ces personnes, seules trois personnes ont arrêté leur traitement avant de commencer le rituel de l'eau bénite et une l'a fait pour des raisons économiques. Outre ces trois PVVIH auxquelles un questionnaire a été soumis, une autre personne a été interviewée spécifiquement sur ce point, et nous tint des propos similaires. Ainsi deux *tsäbältägnas* vivant avec le VIH nous ont rapporté que la prise d'ARV impliquait une alimentation régulière, en général trois fois par jour. Elles nous expliquèrent que n'ayant pas les moyens de respecter cette indication, elles préféraient la cure par l'eau bénite qui, elle, requiert l'ascèse, et « est donc moins couteuse et [leur] convient mieux ». En outre, elles considéraient que pour prendre ce traitement, il fallait faire attention à soi, être propre, et que cela demandait d'avoir de l'argent. L'une de ces personnes se disant vivre de mendicité (de fait, nous l'avons interrogé alors qu'elle quêtrait), elle est souvent dehors, et dispose de peu de moyens, pas assez du moins pour satisfaire ces exigences. Les deux autres ont arrêté de prendre les traitements biomédicaux spécifiquement pour respecter l'idée que l'eau bénite seule peut guérir et doit agir. Selon elles, la foi en l'eau bénite est plus puissante que les ARV :

« [Selon vous à quelle genre de personnes les ARV sont donnés ?] On m'a seulement dit d'être ponctuelle pour prendre les médicaments, mais je les ai arrêtés car ils me donnaient beaucoup de stress. [Prenez-vous des ARV ?] Avant oui, mais plus maintenant. [Pour quelles raisons ?] Je préfère guérir par l'eau bénite plutôt que par les ARV. Il y a aussi beaucoup de *tsäbältägnas* qui guérissent avec l'eau bénite. C'est pour cela que j'ai choisi l'eau bénite. D'ailleurs, les ARV c'est pour les gens riches, les personnes comme moi ne peuvent pas les prendre le ventre vide. » (une FVVIH, Ent'ot'o Mairyam, avril 2008)

Une autre personne a vu son époux prendre ces traitements qui ne lui ont pas permis de survivre, elle ne les considère donc pas comme efficaces contre le sida.

IV.2.b. Des fidèles vivant avec le VIH qui combinent les traitements

Sur les quarante-sept autres personnes interviewées, vingt-et-une personnes, soit combinent les deux thérapies, soit pensent qu'il est possible ou souhaitable de le faire. Sur ces vingt-et-une personnes, dix-huit prennent déjà des ARV et trois pas encore. Seize personnes refusent de les combiner ; parmi elles, neuf personnes ne prennent pas encore de traitement et

sept sont sous ARV mais considèrent que prendre les deux n'est pas « correct ». Elles affirment ne pas avoir le choix. Enfin, dix personnes soit ne précisent pas leur position (sept personnes), soit sont indécises (3).

Le tableau suivant résume les différentes positions relevées par site.

Personnes adhérant à la prise conjointe de l'eau bénite et des ARV		
Site d'eau bénite	Personnes sous traitement ARV	Personnes n'en prenant pas
Ent'ot'o Maryam	15	2
Shenguru Mikael	3	1
'Urael	0	0
Sous total	18	3
Personne s'opposant à la prise conjointe de l'eau bénite et des ARV		
Site d'eau bénite	Personnes sous traitement ARV	Personnes n'en prenant pas
Ent'ot'o Maryam	5	1
Shenguru Mikael	0	4
'Urael	2	3
Sheng ^w ara Yohanes	0	1
Sous total	7	9
Ne sait pas et/ou position non explicitée		
Site d'eau bénite	Personnes sous traitement ARV	Personnes n'en prenant pas
Ent'ot'o Maryam	3	3
Shenguru Mikael	2	1
'Urael	0	0
Sheng ^w ara Yohanes	0	1
Sous total	5	5
Total	30	17

Au regard de ces éléments, nous avons considéré trois catégories de PVVIH : (1) ceux combinant les traitements en étant satisfaits de le pouvoir, (2) ceux les combinant mais disant ne pas avoir le choix, (3) ceux qui ne prennent pas d'ARV et qui considèrent la combinaison des deux comme impossible ou contrevenant à l'idée du miracle par l'eau bénite. Le dernier groupe de personnes comprend dix personnes. Elles n'explicitent pas leur position (pour/contre ou même neutre) si bien que nous n'avons considéré que les trois premiers groupes.

Il apparaît clairement que les personnes satisfaites de pouvoir prendre conjointement les deux types de traitements se trouvent principalement sur le site de Ent'ot'o Maryam (quinze sur dix-huit personnes) :

« [Prenez-vous des ARV ?] Oui. [Est-il possible de prendre l'eau bénite avec les ARV ?] Oui, cela a été autorisé solennellement après la visite du Pope et à propos de

son autorisation, je suis reconnaissante, c'est bien. [Avant c'était interdit de prendre des ARV avec l'eau bénite ?] Je ne suis pas sûre, mais je pense que si les moines [aspergeurs] savent que tu prends des médicaments, ils ne seront pas contents. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« [Prenez-vous des ARV ?] Oui. J'en prends depuis un an. Avant je tombais souvent malade, le typhus, la typhoïde, et puis on m'a conseillé de tester mon CD4 et quand je l'ai fait, ils m'ont dit que je devais prendre des ARV. [Est-il possible de prendre l'eau bénite avec les ARV ?] Oui, après l'aspersion d'eau bénite, d'abord tu bois l'eau bénite puis tu peux prendre les ARV. [Depuis combien de temps on peut les prendre ensemble ?] Il y a à peu près un an, que cela a été autorisé, et je suis vraiment contente pour cela. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

La venue de l'Abuna a donc eu un impact réel et important sur le rapport de ces personnes non seulement aux ARV mais également à la possibilité d'adapter le rituel aux impératifs de ce nouveau traitement, soit la prise à heure régulière. Toutefois, comme nous l'avons vu, cette adaptation est particulière et impose aux PVVIH de restreindre l'accès à l'aspersion sur le site de Ent'ot'o Maryam au regard de la rigidité du rituel. Il est notable que la plupart des personnes combinant la thérapie vivent à Ent'ot'o Maryam, nous y reviendrons.

Le deuxième groupe est celui des personnes prenant des ARV en même temps que l'eau bénite mais qui ne sont guère satisfaites de le faire. La plupart considèrent qu'elles n'ont pas le choix :

« [Prenez-vous des ARV ?] Oui. J'en prends depuis trois ans. Je les ai reçus au Zewoditu Hospital [Est-il possible de prendre l'eau bénite avec les ARV ?] Les docteurs nous ont expliqué, que une fois que tu commences le traitement, tu ne dois pas l'arrêter, si tu essayes de l'arrêter tu n'auras plus un bon traitement. J'ai vu à l'hôpital comment le docteur s'est fâché contre une personne qui avait arrêté. A propos de l'eau bénite et des ARV, normalement, je prends l'eau bénite d'abord, et puis après un moment, je prends les ARV. Pour moi, prendre les deux en même temps est un acte immoral. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

[Prenez-vous des ARV ?] Oui. Je vais les chercher une fois par mois au Zewoditu Hospital. Une fois que tu as commencé à prendre les ARV, tu dois les prendre jusqu'à ta mort. [Est-il possible de prendre l'eau bénite avec les ARV ?] Oui. Le *bahetawi* nous interdisait d'en prendre parce qu'il pensait beaucoup à nous. Tu sais seule l'eau bénite permet de guérir du sida, les ARV ne te donne que le pouvoir de ne pas rester au lit. Même si c'est bien de prendre les deux en même temps, il manque à ce traitement (médical) une dimension religieuse. De nombreux *tsäbältägnas* étaient mécontents quand l'Abuna est venu dire qu'on pouvait prendre les médicaments avec l'eau bénite. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Ainsi, ces personnes sont en tension entre le désir de ne pas être malade, de vivre et celui de respecter un rituel et un «objet-élément» sacré, une foi qui elle coïncide à la conception chrétienne éthiopienne de la guérison, là où les ARV permettent uniquement d'empêcher d'autres maladies d'advenir.

Le troisième groupe est constitué des personnes n'étant pas encore sous traitement. Elles sont majoritaires parmi les personnes s'opposant à la compatibilité ou la considérant comme dommageable pour la foi et l'eau bénite. Certains *tsäbältägnas* considèrent que leur confiance en Dieu rend les médicaments inutiles :

« Plusieurs personnes à Ent'ot'o prennent des ARV. Je connais ces médicaments par leur intermédiaire. Ils les obtiennent au Samba Nekersa, c'est pour ceux qui ont moins de CD4 et qui à cause de cela tombent facilement malade. [Et vous prenez-vous des ARV ?] Non parce que mon CD4 est supérieur à 370. Je suis allée là-bas pour mesurer mon CD4. Plusieurs personnes ont perdu la vie quand ils ont commencé à prendre des ARV. Si je commence les ARV, je préfère descendre en ville et trouver un travail. Je ne veux pas commencer les ARV ici. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, avril 2008)

« [Prenez-vous des ARV ?] Non [Pour quelles raisons ?] Depuis que je suis à Ent'ot'o Maryam, je ne suis jamais malade. [Est-il possible de prendre l'eau bénite avec les ARV ?] Je ne suis pas d'accord avec cette idée de prendre de l'eau bénite avec les médicaments. Le temps est un facteur limitant, c'est le principal facteur. L'eau bénite va avec le jeûne et la prière. Normalement tu dois rester toute la journée sur le site, et le médicament nécessite une attention particulière. Tu devrais choisir, soit l'eau bénite soit les médicaments, mais pas les deux en même temps. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

[Prenez-vous des ARV ?] Non [Pour quelles raisons ?] Quand je suis venue à l'eau bénite, j'ai placé ma confiance en Dieu pour me guérir. Alors pourquoi aurais-je besoin de prendre des médicaments ? [Est-il possible de prendre l'eau bénite avec les ARV ?] Je pense que les ARV diminuent le pouvoir de l'eau bénite. » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

Seules deux personnes sur quarante-sept refusent de prendre des traitements alors qu'elles sont éligibles afin de respecter la cure par l'eau bénite et la foi qu'elle engage :

« [Selon vous, à quel genre de personne les ARV sont donnés ?] Je ne suis pas d'accord avec cette question ! Je pense que le traitement médical n'est pas bon quand on prend de l'eau bénite. [Prenez-vous des ARV ?] Non et je ne veux prendre aucun médicament pendant que je suis au *tsäbäl*, même des traitements contre le paludisme. [Connaissez-vous l'hôpital Samba Nekersa? Y êtes-vous allé ?] Oui, j'y suis allé. Les docteurs m'ont dit que mon CD4 est bas et que je devrais commencer à prendre les médicaments, mais j'ai refusé de le faire. [Est-il possible de prendre l'eau bénite avec les ARV ?] Je ne suis pas d'accord avec l'idée de prendre des ARV et de l'eau bénite en même temps. Parce que le VIH est une maladie de Dieu. Donc je ne veux pas mettre Dieu le créateur en colère en prenant des ARV ! » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, avril 2008)

D'autres sont plus tolérantes et considèrent, à l'instar des prêtres qu'il vaut mieux ne pas prendre d'ARV mais qu'il est bien de pouvoir prendre les deux thérapies en même temps :

« [Est-ce qu'il est possible de prendre des ARV avec l'eau bénite ?] Il y en a certains qui en prennent, personne ne l'a interdit ici. [Et vous qu'en pensez-vous ?] Moi, même si on m'autorise à prendre des médicaments, je n'en ai pas envie, mais pour les gens qui veulent les prendre, je serai contente si on les autorise » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, mai 2008)

Les positions de ces personnes témoignent de la prégnance de l'infrastructure symbolique classique par rapport à celle que l'Abuna Pawlos tente de mettre en place. La confiance, la foi - termes nous l'avons vu synonymes en amharique - sont des éléments déterminants de cette infrastructure, et restent identiques. C'est à dire que « la construction de la réalité » dans laquelle la réalité des miracles prime sur la confiance en la médecine perdure, et n'a guère été entamée. Il nous semble que cette construction a d'autant moins été modifiée que la

biomédecine prolonge la vie ce qui constitue une promesse moins satisfaisante pour les PVVIH qu'un miracle qui lui guérit totalement, restaure totalement l'individu. Cette confrontation entre les « constructions de la réalité » et l'infrastructure symbolique qui rend possible les miracles débouche donc pour ces personnes vers le choix de la guérison par l'eau bénite. Cette préférence témoigne de la profondeur de cette infrastructure, capable de résister à une construction de la réalité devenue presque « mondiale » et qui fait de la biomédecine, une des seules « puissances » réellement efficace et capable de soulager un grand nombre de maux physiques. Cet attachement aux miracles met également en lumière la préférence des PVVIH venant sur les sites d'eau bénite pour une solution définitive : la guérison. Nous estimons, que cette préférence pour les miracles doit également se comprendre à l'aune de la nécessité, du désir des PVVIH de retourner chez eux, définitivement « lavés » de ce péché/infection au VIH, tant socialement, que spirituellement et bien entendu dans sa dimension physique. Il est, à notre sens, évident que si la biomédecine proposait une solution aussi radicale et définitive, elle aurait la préférence des PVVIH ayant tout de même une foi inébranlable en l'eau bénite.

IV.3. Des fidèles et des ARV : des déterminants multiples

Les propos et postures de ces trois groupes témoignent de l'importance du rapport à la maladie, à l'expérience de la vie avec le VIH. En effet, les personnes les plus fermement opposées à la combinaison des traitements n'ont soit pas eu d'expérience d'infections opportunistes, et/ou n'ont pas été le témoin de nombreux morts et malades sur les sites d'eau bénite contrairement aux *täbältägnas* de Ent'ot'o Maryam. Ainsi, les expériences préalables de vie avec le virus constituent un facteur central dans la position des PVVIH face à la combinaison des thérapies.

IV.3.a. La proximité de la mort déterminante

En effet, les entretiens révèlent une corrélation entre la date de venue sur un site d'eau bénite et la position quant aux ARV. Ainsi, la dernière personne citée, qui est résolument contre la possibilité de combiner les traitements, n'a jamais connu d'épisode de maladie sérieuse et ne vit à Ent'ot'o Maryam que depuis un an. C'est à dire, depuis que la prise conjointe des thérapies est autorisée. Les *täbältägnas* vivant avec le VIH installés à Ent'ot'o Maryam depuis plusieurs années sont marqués par le nombre de morts, par la présence de la maladie, leur discours est empreint de cette expérience. Si certaines PVVIH regrettent le faible nombre de miracles, elles semblent considérer la possibilité de prendre le traitement biomédical comme importante :

[Est-il possible de prendre l'eau bénite avec les ARV ?] Oui. Le *bahetawi* nous interdisait d'en prendre parce qu'il pensait beaucoup à nous. Tu sais nous savons que seule l'eau bénite permet de guérir du sida, les ARV ne te donne que la possibilité de ne pas rester au lit. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

La combinaison des traitements pour elles représente une étape importante dans la vie de la communauté. Elles voient les changements : diminution du nombre de morts, de malades, constat que les personnes peuvent à présent travailler :

« [Est-ce que des choses ont changé depuis ce moment (la venue de l'Abuna) ?] Oui, beaucoup de choses ont changé, avant tu croisais des gens très affaiblis par la maladie, mais maintenant, et tout le monde s'en rend compte, quand leur nombre de CD4 baisse, ils courent pour commencer les ARV. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, avril 2008)

« [Est-ce que des choses ont changé depuis ce moment (la venue de l'Abuna) ?] Oui, j'étais très reconnaissante de ce qu'il a dit à propos de ce médicament parce qu'avant il y avait beaucoup de gens qui mourraient mais maintenant, il n'y a plus de mort. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, avril 2008)

« [Est-ce que l'Abuna a dit quelque chose à propos de l'eau bénite et des médicaments ?] Oui, il nous a rendu visite un mois après que j'ai commencé les ARV. C'était avec la peur *täbältägnas* je les prenais, parce que je voulais vivre, après quand il l'a autorisé, je me suis senti très heureux. » (un HVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Ainsi, les positions des *täbältägnas* quant à la prise conjointe des traitements biomédicaux et spirituels rendent compte de la multiplicité des facteurs en jeu et surtout, finalement, de la volonté de vivre des personnes. Elles ont certes la foi, elles continuent pour beaucoup à avoir confiance dans la survenue d'un miracle, mais veulent pouvoir voir ce miracle et non le voir déboucher sur un salut purement extra-mondain, post-mortem :

« [Depuis combien de temps il est possible de prendre les ARV et l'eau bénite en même temps ?] Cela fait un an. Beaucoup d'*atmaqi* sont contre, mais d'autres prêtres sont pour, et ils croient en ce médicament. Pour moi, c'est bien, la sagesse est dans les deux. Tant de gens sont morts à cause du manque de ce médicament, au moins en prolongeant ses jours, on peut supplier Dieu, alors c'est crucial de pouvoir prendre les deux en même temps. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

Les deux traitements sont d'autant mieux combinés qu'ils sont considérés comme ayant des rôles différents. Les ARV permettent d'éviter la mort, la maladie, de rester en vie pour travailler et voir les miracles de Dieu. C'est donc bien le désir de vivre qui les poussent tant à prendre de l'eau bénite qu'à combiner les ARV. Il peut paraître contradictoire de voir qu'un même argument, absence de guérison par la biomédecine, peut être utilisé tant pour combiner les traitements que pour les exclure. Cette contradiction est levée si l'on considère l'expérience des PVVIH de Ent'ot'o Maryam. Confrontées à de nombreux morts, à la maladie, leur expérience a modifié leur « construction de la réalité » et les rend plus ouverts à une modification de l'infrastructure symbolique intégrant les ARV.

Certains des PVVIH combinant les traitements paraissent avoir un rapport au miracle plus distancié. En effet, elles ne le mentionnent plus et mettent l'accent sur le travail, la bonne santé et la vie. Nous reviendrons sur ce point dans la prochaine section. On peut voir dans ces positions très « mondaines » comme un retour de balancier. Le nombre de morts évoqué par plusieurs *täbältägnas* semble avoir laissé une marque morbide. Nous avons établi (chapitre 9 section II.2.c) que les PVVIH vivant sur les sites savaient parfaitement que l'attente d'un miracle pouvait déboucher sur la mort. En l'absence de traitement contre le sida, il n'y avait guère d'autre issue que d'avoir une foi forte, permettant de tenir à l'écart ce spectre et de

garder espoir. La distribution et l'accès aux ARV ont éloigné cette perspective funeste, la foi dans les miracles n'est plus abritée par l'ombre de la mort. Le spectre fatal s'est retiré libérant les PVVIH et leur insufflant un nouvel élan de vie qui semble se manifester par l'envie et la joie d'être à nouveau justement vivant et non plus en sursis. Cette situation a, dans les discours, relégué au deuxième plan la place du miracle. Mais leur présence même sur ce site pourrait laisser penser qu'ils en espèrent toujours un, puisque tant d'autres sont partis. On peut également s'interroger sur l'évolution de leur foi en l'advenue d'un miracle, de miracles, et donc sur l'évolution de l'infrastructure symbolique. En effet, pendant de nombreuses années, ces personnes se sont arrangées pour garder espoir, pour ne pas douter, et pour conserver intacte l'idée qu'elles obtiendraient un miracle, même au regard du nombre de morts. Toutefois, on peut se demander dans quelle mesure son absence pour eux-mêmes comme pour beaucoup d'entre eux et notamment ceux qui sont morts, n'a pas entamé finalement cette foi inébranlable. Il nous semble assez probable qu'elle l'ait été au moins pour le VIH, ce qui expliquerait l'absence de mention du miracle par les PVVIH prenant des ARV. Néanmoins, cette question reste ouverte en l'absence de données plus précises sur ce point.

IV.3.b. Les *täbältägnas* et les ARV : une information qui circule et une foi adaptée

Une autre conséquence, par contre moins attendue, de la présence de nombreux PVVIH parmi les *täbältägnas* est la circulation de l'information autour des ARV. En effet, si certains étaient au fait de l'existence des ARV avant de venir sur un site, d'autres n'avaient qu'une connaissance parcellaire de ces traitements, d'autres encore n'en avaient pas entendu parler. Pour ces deux derniers, les sites d'eau bénite comme Ento't'o Maryam, Shenquru Mikaél ou encore Shenq^wära Yohänes sont l'occasion de rencontrer d'autres PVVIH prenant déjà des traitements ou s'interrogeant sur les moyens d'en obtenir. Ces échanges d'informations, de point de vue et d'expérience ouvrent le débat, et permettent aux PVVIH d'acquérir des informations de base sur ces traitements :

« [Connaissez-vous les ARV ?] Oui. [Depuis combien de temps et comment les connaissez-vous ?] Depuis que je vais sur les sites d'eau bénite, je l'ai entendu par les *täbältägna*. » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

« [Connaissez-vous les ARV ?] Oui. [Depuis combien de temps et comment les connaissez-vous ?] J'ai commencé à en entendre parler depuis que je vis à Ent'ot'o Maryam. Ce sont les *täbältägnas* qui en parlent beaucoup, avant je croyais que c'était cher » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

« [Connaissez-vous les ARV ?] Oui. [Depuis combien de temps et comment les connaissez-vous ?] Quand j'étais au lycée il y a 5 ou 6 ans. Mais j'ai vu et j'ai compris ce qu'était les ARV après que je sois arrivé ici à Ent'ot'o Maryam. » (une FVVIH, Shenquru Mikaél, juillet 2008)

Dans le cadre de la forte solidarité entre les *täbältägnas* à Ent'ot'o Maryam certains PVVIH ont commencé à prendre les ARV parce qu'un *täbältägna* les a conduit au centre de distribution le plus proche soit le Samba Nekersa :

« [Connaissez-vous les ARV ?] Oui. [Depuis combien de temps et comment les connaissez-vous ?] C'est un ami de Ent'ot'o Maryam qui m'a emmené au Samba Nekersa pour les prendre. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

« [Connaissez-vous les ARV ?] Oui. [Depuis combien de temps et comment les connaissez-vous ?] C'est mon amie (celle avec qui elle partage sa chambre) qui m'a emmené au Samba Nekersa pour les prendre, cela fait presque six mois maintenant. [Est-ce qu'il est possible de prendre des ARV avec l'eau bénite ?] Oui, c'est possible, le matin, d'abord on prend l'eau bénite, et puis ensuite le médicament. [Depuis combien de temps cela a changé ?] Il y a environ un an et je suis vraiment reconnaissante, c'est Dieu qui nous a envoyé le médicament. [Est-ce que les choses ont changé depuis ce moment (venue de l'Abuna) ?] Maintenant il y a beaucoup moins de morts, une fois on a enterré six corps et on a été obligé de laisser le septième corps à l'église jusqu'au lendemain. Mais aussi je m'attendais à la mort, mais maintenant, je n'ai plus qu'une seule maladie, la typhoïde. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, avril 2008)

IV.4. Vers un pluralisme religio-médical ?

Ainsi, les sites d'eau bénite sont, pour la prise en charge du VIH et le suivi du traitement antirétroviral, des espaces paradoxaux. Ils éloignent dans un premier temps les PVVIH des ARV, mais en même temps, préparent certaines des conditions qui permettront leur prise, notamment en mettant en contact les PVVIH sous ARV avec ceux les refusant, instillant progressivement un espace de dialogue, une expérience autre. J. Benoist, parmi d'autres (Fassin, 1992 ; Janzen, 1995 ; Micollier, 1996 ; Taverne 1996), rappelle que les malades en recherche d'un traitement, d'une cure sont pris dans des logiques sociales, culturelles, politiques et même religieuses diverses et variées (1996 : 18-20) et que finalement la pluralité « est la norme » quand il s'agit de soigner, mais aussi voudrions nous ajouter et insister sur ce point, de guérir. La mise en présence de différents systèmes de réponses au mal, à la maladie et au malheur (et ici le VIH), donnent souvent lieu à des recompositions, à des ajustements, si bien que la « coexistence puis l'ajustement d'apports médicaux de sources diverses est constitutif » de nombreuses sociétés (Benoist, 1996 : 24). Ces éléments, les recombinaisons observées entre les différents systèmes de soins, de traitements de la maladie révèlent l'« essentielle infidélité » des patients (*ibidem*). Et finalement :

« Les rencontres entre explications et entre traitements de la maladie sont toujours des échanges, et si les anathèmes sont souvent proclamés à haute voix, les compatibilités sont, elles, murmurées à voix basse, mais mises en œuvre au jour le jour... » (*ibid* : 25)

Dès lors, il n'est guère étonnant de voir les PVVIH d'abord s'opposer à la prise conjointe des traitements puis finalement, à force d'expérience, combiner les traitements. La question n'est alors plus tellement de savoir s'ils combinent les traitements, mais plutôt comment le font-ils ? Sur quelle base sociale, symbolique, et religieuse opèrent-ils ces enchevêtrements et ces associations ? Comment justifient-ils leurs positions ? Et enfin est-ce qu'ils continueront à combiner les thérapies (au-delà du pragmatisme de bon aloi, intimant aux fidèles/patients de continuer à vouloir guérir) ? Ou, autrement formulé, vont-ils continuer à avoir foi dans les miracles et comment cette foi va-t-elle s'arranger des progrès biomédicaux et de la combinaison thérapeutique ? Le doute s'insinuera-t-il dans cette confiance en la guérison

divine ? La verrons-nous évoluer et alors quelle forme la construction sociale, culturelle et symbolique de cette confiance qui dépasse largement la confiance religieuse prendra-t-elle ? Par ailleurs, nous avons vu que le processus-événement guérison faisait l'objet d'une ritualisation précise, que des signes (vomissements, diarrhées, mictions importantes) de cette guérison permettaient d'évaluer, d'attester et de lire la réalité du processus. Si les ARV sont désormais pris conjointement à la cure d'eau bénite, on peut alors s'interroger sur la manière dont ces signes évolueront et sur l'ampleur de cette évolution. En 2008, la combinaison des traitements était trop récente pour répondre à l'ensemble de ces questions et seules d'autres investigations, d'autres enquêtes pourront permettre de le faire.

Si les PVVIH vivant sur les sites d'eau bénite finissent par combiner les thérapeutiques, il apparaît que cette reconfiguration n'est pas uniquement imputable à l'annonce de l'Abuna Pawlos. En effet, les propos du clergé régulier (moines et *bahetawi*) et de certains fidèles rendent compte de la persistance de la foi, de la confiance dans les miracles et partant de l'infrastructure symbolique les soutenant. L'Abuna Pawlos n'a donc pas totalement réussi à modifier cette infrastructure symbolique afin d'intégrer pleinement les ARV à la cure d'eau bénite, par contre, la brèche qu'il a ouverte est assez large pour permettre à l'expérience des PVVIH de se diffuser, soutenue en cela par un clergé doué d'un charisme de fonction. Nous avons vu qu'une frange non négligeable des prêtres tenait des propos allant vers la combinaison des thérapies, des cures par l'eau bénite et la prise d'ARV. D'autres, comme le prêtre de Shenq^wära Yohânes trouvent des solutions pour le moins originales puisque ce dernier sanctifie les ARV en les bénissant, les rendant aptes à côtoyer un « objet-élément » sacré, s'il en est pour les Ethiopiens, l'eau bénite envoyée par Dieu directement. Cette solution, cette idée prolonge, appuie localement l'ouverture opérée par l'Abuna Pawlos, qui lui a sacralisé les ARV en en faisant un objet donné par Dieu aux hommes. Cette bénédiction, cette opération de sanctification, seuls les prêtres doués d'un charisme de fonction sont à même de la mener à bien, puisque eux seuls (avec les membres du haut clergé ordonné) peuvent insuffler ce type de sacralité, aux objets (généralement l'eau qu'ils bénissent mais pas uniquement).

Une autre solution permettant d'inciter les PVVIH à combiner les thérapies pourrait consister à prolonger, à étendre, à rendre systématique, rationnelle et organisée la bénédiction des ARV. En effet, ne peut-on pas imaginer que l'Abuna Pawlos ou ses archevêques bénissent les stocks de médicaments à l'instar de la viande cacher, ou halal ? Il est toutefois possible que la bénédiction locale, au vu et au su du fidèle, aurait un impact plus important, du moins pourrait-elle renforcer les liens entre le prêtre et ses fidèles au niveau de la paroisse. Ces possibilités ne manquent pas de faire écho à la dichotomie, mise en lumière dans le chapitre 3 portant sur les types d'eau bénite. Il a été établi qu'il existait en Ethiopie chrétienne plusieurs formes d'eau bénite, deux des plus importantes étant l'eau bénie par un prêtre et l'eau jaillissant déjà bénie par le divin. Ce premier type d'eau bénite est à visée sacramentelle et communalisante tandis que l'eau bénie directement par le divin, est une eau à miracle. L'Abuna a sacralisé les ARV en insufflant au cœur de l'objet une sacralité provenant directement de Dieu via les hommes, ce qui constitue au regard de la spécificité du christianisme éthiopienne telle que dégagée au début de cette étude, une nouveauté pour le moins étonnante. Rappelons brièvement qu'à notre connaissance, peu d'Eglises chrétiennes donc (voire de religions instituées) ont considéré comme pleinement sacré et appartenant en

propre au nombre de ces objets religieux reconnus, un objet ou un « objet-élément » n'ayant pas transité par les hommes ou n'émanant pas des hommes. L'existence de la *virtus* des saints, et leurs reliques, en Occident (Bozoky, 2006) en constitue le meilleur exemple, de même que les amulettes bouddhistes étudiées par S. J. Tambiah (1984) quant aux icônes non travaillées par les hommes du christianisme orthodoxe, elles sont un cas limite (Istjakov, Lambert, 2005) et pourraient témoigner d'une spécificité du christianisme orthodoxe. L'Abuna Pawlos en sacralisant donc un objet qui est passé par les mains des hommes pour le rendre compatible avec un « objet-élément » pensé comme donné directement par Dieu a, ce faisant, opté pour une des solutions possibles. Ce choix pourrait rendre compte de la conscience et de la maîtrise par l'Abuna de l'infrastructure symbolique du miracle chrétien éthiopien. Car cette opération rend la sacralité des ARV indépendante de l'Eglise, elle devient d'une certaine façon immanente. Mais il s'agit là d'une hypothèse et les raisons de ce choix pourrait, faire l'objet d'investigations complémentaires ce qui permettrait de comprendre le rapport de l'Eglise à la modernité, notamment biomédicale.

V. Conclusion : la combinaison des traitements signe de rationalisation éthique de l'Eglise ou pragmatisme des fidèles

La combinaison des traitements et les annonces faites par l'Abuna, ont également été motivées par des éléments extérieurs et en outre, les financements du PEPFAR-USAID. Celles-ci s'inscrivent plus largement dans les globalisations du religieux et de la lutte contre le sida voire de l'action humanitaire ou du développement. Dès lors, ce que rencontre ce christianisme éthiopien dans le cadre de la lutte contre le sida est ce que J.P. Willaime appelle dans les sociétés occidentales auxquelles les Etats-Unis appartiennent, la surmodernité religieuse (Willaime, 2006).

Le christianisme éthiopien, soit l'EOTC et l'Eglise éthiopienne, y est confronté de plusieurs manières, mais deux ont retenu notre attention dans le cadre de la lutte contre le sida : la prévention des nouvelles infections et la prise en charge et le traitement des PVVIH. Il a été établi dans le précédent chapitre que l'EOTC tendait à éthiciser, à rationaliser éthiquement un code religieux qui visait auparavant d'abord la protection des espaces religieux sacrés de la souillure profane et de l'impureté sacrée (règles, parturiente, etc.). Nous avons vu qu'elle n'y avait que partiellement voire guère réussi, et ce essentiellement parce que le christianisme éthiopien est une religion du pardon et de l'ascèse extra-mondaine. C'est en effet cet aspect de la pratique religieuse qui a fait l'objet d'une rationalisation et d'une éthicisation importante, soit la réparation du péché et non sa prévention. Dans ce chapitre, il apparaît que les ARV rencontrent et plus concrètement entrent en conflit avec cette demande de rédemption et de pardon débouchant sur l'obtention d'une guérison miraculeuse. Cette rencontre implique moins l'EOTC dans sa dimension institutionnelle que l'Eglise éthiopienne, soit les prêtres de la base et les fidèles. C'est donc principalement cette composante du christianisme éthiopien qui doit dès lors intégrer les ARV, et guère l'EOTC. Il apparaît également que la combinaison des traitements biomédicaux et spirituels constitue bien le point de tension premier. La lutte contre les nouvelles infections, soit l'encadrement des comportements sexuels des fidèles,

rend plutôt compte de l'existence de valeurs communes (du moins de discours quant à ces valeurs), puisque le PEPFAR et le christianisme éthiopien se retrouvent totalement du moins en apparence. Tel n'est pas le cas, loin s'en faut de la prise en charge de l'infection au VIH.

V.1. Un Abuna et un prêtre pour la sacralisation des ARV

L'EOTC s'est d'abord impliquée dans la prévention des nouvelles infections au VIH, qui constitue principalement en l'encadrement des comportements sexuels de ses fidèles. A ce titre, la rationalisation éthique des comportements sexuels prônés par le christianisme éthiopien a été opérée. En d'autres termes, l'EOTC tend à faire appliquer des règles ayant trait à la sexualité de ses fidèles au quotidien et non plus seulement en vue d'accéder aux sacrements et aux espaces religieux, mais dans la vie de tous les jours, et ce afin d'éviter de commettre un péché, et ici (et de manière disjointe) avant que le virus du sida n'infecte le fidèle. A ce titre, l'EOTC considère que les fidèles doivent désormais prendre soin de leur âme et de leur corps et non plus uniquement se concentrer sur l'âme en niant le corps.

L'annonce de la compatibilité entre les ARV et l'eau bénite constitue un changement du même ordre. Le Pope considère et incite les fidèles à ne pas oublier le corps et les soins qui doivent lui être apportés. Il met à cette fin en corrélation les hommes, la science et la technique comme des éléments ayant reçu l'approbation divine, c'est-à-dire qu'il lui insuffle une part divine plus importante. Traditionnellement, dans le christianisme éthiopien, ce qui est proprement « mondain », « profane » est régulièrement entaché par la proximité du diable. L'Abuna en sacralisant des objets profanes a éloigné métaphoriquement la présence du diable, dans le monde et a modifié la manière dont le monde doit être perçu. Cette évolution, rencontre chez certains fidèles et clercs une opposition massive, mais les PVVIH paraissent par contre adhérer à ce type de messages. Ainsi, des *tsäbältägnas* présents lors de l'intervention de l'Abuna rapportent ce qu'ils en ont compris et retenu :

« Si je me rappelle bien c'est cette année que l'Abuna est venu. Il nous a dit que l'eau bénite est la sagesse de Dieu et l'ARV aussi a été créée par les chercheurs qui ont eu la sagesse de Dieu. Il nous a facilité le fait de les prendre ensemble. » (une FVVIH, Ent'ot'o Maryam, mars 2008)

L'enjeu est de taille, puisqu'il s'agit d'ouvrir les infrastructures symboliques permettant une combinaison thérapeutique. Mais dans le même temps, il nous semble important de noter que l'opération menée là, à savoir la sacralisation des médicaments, et de la science est concomitante pour l'EOTC à une tentative d'éthicisation des règles religieuses et à une attention plus importante au corps ici-bas, immédiatement, là où classiquement dans le christianisme éthiopien, il est d'abord dénié pour ensuite être restauré. Pour faire bref, l'EOTC tend à se transformer, à s'intéresser, à s'impliquer dans la vie quotidienne et mondaine de ses fidèles, à prendre soin du corps et de l'âme, à prévenir les péchés et à les réparer sans plus nier le corps. Deux éléments récents appuient et interrogent cette tendance de l'EOTC. T. Boylston (2012), anthropologue du fait chrétien éthiopien ayant travaillé sur les pratiques religieuses d'une communauté de chrétiens éthiopiens aux alentours de Bahar Dar nous a rapporté que des documents de l'EOTC, visant à remettre en cause l'existence de

guérisons miraculeuses du sida, étaient diffusés dans ce secteur. Nous n'avons pas eu connaissance de ces documents durant nos enquêtes de terrains, ni ne les avons vus, mais leur existence témoigne et prolonge la nouvelle tendance de l'EOTC telle qu'elle est visible à travers son implication dans la lutte contre le sida, et prouve s'il en était encore besoin que l'EOTC se rationalise et éthicise ses pratiques et se tourne de plus en plus vers les aspects « mondains » de l'existence. Dès lors, elle se rapproche et emboîte le pas à la surmodernité religieuse.

V.2. Des fidèles pragmatiques et pieux ?

De l'autre côté du spectre, les *tsäbältägnas* prenant des ARV avec l'eau bénite, adoptent de multiples stratégies pour rendre cohérente la combinaison des traitements : sacralisation des ARV, séparation des sphères d'action des traitements, prise d'autonomie des fidèles par rapport aux clercs et aux leaders charismatiques. Une des postures observées est le maintien de la foi dans les miracles tout en restant en bonne santé pour les voir advenir. Pour autant, les PVVIH ne se rendent pas plus vers les sites plus « mondains » comme 'Uraél ou Kidanä Meherät, ils continuent de préférer les sites à l'écart du monde et les succès croissants de sites comme Shenquru Mikaél, de Shenqwara Yohänes et de Wänqeshet Gabréel éloignés du monde et pour le dernier encadré par un leader charismatique témoigne de la tension entre une éthicisation, une mondanisation croissante et volonté de préserver la sacralité de l'eau bénite, de sa capacité à faire des miracles et donc à la prégnance de la foi en une guérison miraculeuse qui ne s'obtient qu'en sortant complètement du monde. Si bien que la recomposition opérée par les fidèles est distincte du mouvement impulsé par l'EOTC, marquant également, d'une certaine manière, l'indépendance des fidèles face à un haut clergé éloigné, et des leaders charismatiques trop rigides comme le *bahetawi* de Ent'ot'o Maryam. La phrase d'un *tsäbältägna* de Ent'ot'o Maryam à propos de la prise conjointe des deux thérapies : « ce sont les *tsäbältägnas* qui font les règles sur les sites d'eau bénite » résonne-t-elle particulièrement. Elle pourrait constituer l'emblème, la synthèse de ce que nous pensons être une spécificité du christianisme éthiopien (voire des religions) : la malléabilité et la multiplicité des postures.

V.3. Vers une nouvelle « biosociabilité » ou liminalité religieuse ?

A l'extrême de cette malléabilité ou de la multiplicité de ces postures, nous avons vu que certains *tsäbältägnas* vivant avec le VIH ne mentionnaient plus les miracles ou l'attente des miracles pour justifier leur présence sur un site d'eau bénite. Il a été évoqué que ces positions très « mondaines » pouvaient être comprises comme un retour de balancier. Le nombre de mort évoqué par plusieurs *tsäbältägnas* semble avoir laissé une empreinte morbide. En l'absence de traitement contre le sida, il n'y avait guère d'autre issue que d'avoir une foi forte, permettant de tenir à l'écart ce spectre et de garder espoir. La distribution et l'accès aux ARV ont éloigné ce spectre fatal, et il est possible que cette situation ait relégué au deuxième plan dans les discours la question du miracle. Une autre hypothèse peut être proposée alliant liminalité/stigmatisation et exceptionnalité de la cure et du VIH, soit

l'absence de banalisation ou de normalisation de l'épidémie (Fee, Fox, 1992 ; Clarke, 1994 ; Sebtou, 2000 ; Vigne, Schmitz, 2008) ou peut-être son amorce. En effet, la distribution gratuite et à large échelle des ARV a débuté en Ethiopie en 2005, et de manière plus conséquente en 2006. Et ce n'est qu'en 2007, qu'elle atteint les sites d'eau bénite. C'est à dire que la possibilité de ne pas mourir du sida est récente au regard de l'histoire de l'épidémie en Ethiopie. Sur les sites d'eau bénite, plusieurs *tsäbältägnas* nous ont expliqué prendre des ARV, et leur respect de la cure par l'eau bénite était moindre qu'auparavant. A notre question sur les raisons pour lesquelles ils demeuraient sur ce site, alors qu'ils pouvaient en partir ils répondirent : « mais nous n'avons nulle part où aller, nos familles nous rejettent/ils ne savent pas que nous vivons avec le VIH » (Entretien avec un groupe de *tsäbältägnas*, Ent'ot'o Maryam, février 2008). Les PVVIH souffrent donc encore de la stigmatisation, ou autrement formulé, la société n'a pas encore trouvé une place pour ces personnes porteuses du VIH mais sous traitement. Si bien que pour l'heure, ces individus considèrent encore que la meilleure place est celle de leur communauté religieuse de PVVIH, combinant ce que P. Rabinow qualifie de « biosociabilité » (1992, cité par Nguyen, 2010 : 178) et liminalité religieuse, qui elle est socialement valorisée et confère un statut aux PVVIH.

Dans le chapitre 8 (section I), la situation des PVVIH a été considérée sous l'angle de la liminalité, provoquée par l'annonce de l'infection au VIH. En Ethiopie, cette liminalité est traduite religieusement et plus précisément dans sa forme extra-mondaine, lorsque les PVVIH deviennent des *tsäbältägnas* vivant avec le VIH en recherche d'une cure spirituelle sur les sites d'eau bénite. Sur ces espaces, des communautés (d'abord de *tsäbältägnas* et sur certains sites de *tsäbältägnas* vivant avec le VIH) apparaissent, permettant aux PVVIH de partager leur expérience, de tisser des réseaux d'entraide et de solidarité spécifique à leur maladie, bref, pour reprendre la formule de V.K. Nguyen, une « citoyenneté thérapeutique », mais sur les sites d'eau bénite, cette citoyenneté thérapeutique est également religieuse (2010).

CHAPITRE XIII

Christianisme et sida

Au terme de cette thèse, nous voudrions poser quelques synthèses à partir des résultats mis en lumière tout au long de ces chapitres. Elles sont de deux ordres, le premier concerne le christianisme éthiopien lui-même, et le deuxième ordre intéresse la rencontre et parfois la confrontation avec le programme américain et la thérapie médicale contre le sida.

Pour le premier ordre, deux constats peuvent être dégagés, le premier a trait à la place de ce christianisme dans l'ensemble de la chrétienté. Puis, nous nous attacherons à mettre en exergue certaines caractéristiques de la religiosité laïque éthiopienne. Le deuxième ordre rassemble également deux conclusions. La première porte sur l'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida, soit un programme visant à « sauver des vies ». La deuxième conclusion porte sur la rencontre entre les thérapies spirituelles et biomédicales et sur leur comparaison. La mise en exergue de ces quatre points permet de rassembler les problématiques abordées dans cette étude, et de répondre aux premières questions posées dans cette thèse : que révèle du christianisme éthiopien son implication contre le sida ? En quoi cette implication le transforme ? Et de quoi rendent compte les incitations à l'engagement énoncées par les bailleurs de fonds américains et plus généralement internationaux ? Et enfin, que révèle la rencontre entre les thérapies biomédicales et spirituelles contre le sida ?

I. La place du christianisme éthiopien dans la chrétienté : une Eglise définitivement orthodoxe et une Orthodoxie en question

Dans la première partie de cette étude (chapitre 3 section I), nous avons posé l'hypothèse que l'appartenance du christianisme éthiopien à l'Orthodoxie, en général, était une assertion cohérente et valide. Nous estimons avoir présenté, à présent, suffisamment d'éléments pour revenir sur cette assertion, la vérifier et en dégager certaines conséquences.

L'Eglise éthiopienne se qualifie d'orthodoxe, ce qui la situe dans l'ensemble de la chrétienté. Mais cette appellation ouvre sur autant de questions qu'elle n'apporte de réponses. En effet, nous avons vu que l'appellation 'orthodoxe' n'était historiquement pas justifiée. De plus, certains auteurs considèrent cette appartenance comme fondée sur des « apparences » rituelles, permettant des « rapprochements récents » avec ce vaste ensemble qu'est le christianisme orthodoxe (Ficquet, 2006 ; Ancel, Ficquet 2007). Un certain nombre de particularités du christianisme éthiopien ont été ici dégagées et beaucoup, comme nous allons le voir, sont partagées soit par l'Eglise russe, soit par d'autres Eglises orientales soit encore par les deux ensembles. Est ici opérée une distinction entre les différents courants de

l'Orthodoxie en référence d'abord au concile de Chalcédoine en 451, puis au schisme du XI^e siècle ayant séparé les Eglises romaines et byzantines. On ne tiendra pas compte ici des recouplements, rassemblements et autres reconfigurations postérieures. En effet, nous désirons mettre en lumière certaines caractéristiques communes, les grands traits nous ont donc plus intéressé que les variations certes existantes et nombreuses. Sont qualifiées ici (et provisoirement) d'Eglises orthodoxes, les Eglises slaves et grecques. Les Eglises orientales désignent dans ce qui suit les Eglises copte, syrienne et éthiopienne.

L'Eglise éthiopienne partage avec les Eglises orthodoxes (et plus précisément slaves), une approche « négative » de la théologie (Meyendorf, 1975 ; Lossky, 1990). Selon cette conception, Dieu n'est pas connaissable par l'homme, l'intelligence humaine ne peut l'appréhender (*ibidem*). Cette posture est parfaitement attestée dans l'Eglise orthodoxe slave (Clément, 1961, 2009 ; Meyendorf, 1995). Dans l'Eglise éthiopienne, un des Miracles de Marie, proprement éthiopien²⁴⁶, traite de ce point. Le récit du miracle rapporte : un moine désirait obtenir la « connaissance des Ecritures », après une période d'ascèse, de supplication et de « prosternations », la Vierge entendit son appel et se présenta devant lui. Elle le convainquit de préférer une « foi droite » et le « combat (ascétique) » à « l'intelligence d'esprit » et à la « connaissance » (Colin, 2004 : 505-508). Ainsi, pour les chrétiens éthiopiens, l'ascèse et les louanges à la Vierge sont-elles préférables, ou du moins tout aussi récompensées par la Vierge que la « connaissance des Ecritures ». L'Eglise d'Ethiopie partage donc avec les Eglises orthodoxes l'absence de formalisation théologique structurée²⁴⁷. Dans le christianisme éthiopien, la liturgie eucharistique est chargée, très ritualisée et comporte une forte dimension pénitentielle (Ancel, 2006 ; Stoffregen-Pedersen, 1990). Diverses liturgies eucharistiques orientales ont été étudiées par Dalmais (1980), Ligier (1963), Blanchette (1989), ils rendent compte également de la forte charge pénitentielle de ces liturgies, et de leurs variétés. Cet aspect semble donc partagé par de nombreuses Eglises orientales.

L'importance du monachisme dans le christianisme éthiopien (Kaplan, 1984, 1985 ; Fasquelle, 1994 ; Freuchet, 1996), ainsi que pour les Eglises slaves et grecques n'est guère à démontrer. Par ailleurs, C. Mayeur-Jaouen met en lumière que le renouveau religieux copte se traduit notamment par l'apparition de courants monastiques féminins et un développement accru de celui-ci, phénomène que l'auteur considère comme sans précédent (2010). Le monachisme oriental a fait l'objet par ailleurs d'autres travaux et constitue un aspect important des Eglises orientales (Heyeberg, 1998 ; Poujeau 2008, 2010). En outre, ces auteurs, sans parfois l'exprimer clairement, mettent en évidence une autre particularité de ce monachisme : il est essentiellement extra-mondain, au sens wébérien du terme²⁴⁸.

²⁴⁶ Le Livre des Miracles de Marie est à l'origine un recueil de miracles imputés à la Vierge composé en France, entre autres par des moines au XII^e siècle. Il aurait circulé dans plusieurs pays, avant d'être introduit et traduit en Ethiopie sous le règne de l'empereur (ou roi) Dawit (r.1382-1411) (Colin, 2004 : 14). Il a été, et l'est encore en Ethiopie, régulièrement enrichi de nouveaux miracles si bien qu'on trouve dans la version éthiopienne, des miracles ayant eu lieu en France, en Egypte et bien sûr en Ethiopie.

²⁴⁷ Voir les auteurs suivant pour la théologie négative orthodoxe : Clément (1961, 2009), Lossky (1990), Meyendorf (1975, 1995).

²⁴⁸ Sur ce point, et pour le christianisme éthiopien on pourra consulter les auteurs suivant : Kaplan (1984, 1985), Fasquelle (1994), et Freuchet (1996). Pour ce même type de monachisme dans les Eglises orientales on se rapportera à : Heyeberg (1998), Poujeau (2008, 2010) et Mayeur-Jaouen (2002, 2010).

Un autre grand trait commun, et là encore très connu et étudié, est le lien entre identité nationale et/ou territoriale et appartenance religieuse. Il est attesté dans les Balkans, soit pour les Eglises slaves (Bureau, 1993 ; Gillet, 1997 ; Rousselet, 2000, 2005), et en Ethiopie, de nombreux auteurs ont étudié cet aspect²⁴⁹.

Un autre point commun, assez peu étudié à notre connaissance, est la place de l'Eglise éthiopienne dans les normes et les règles sociales effectives et observées par les fidèles. Nous avons vu que l'Eglise n'était pas la principale éditrice de ces règles, ni l'instance en assurant le respect (chapitres 5, 11 et 12). K. Rousselet pointe le même phénomène pour l'Eglise russe (1994). On notera qu'il en va de même de l'attachement au prêtre confesseur²⁵⁰, de l'importance du pardon, arrimé à une conception particulière de la faute, et du divin²⁵¹. L'absence de contrôle de la sainteté est attestée dans les Eglises orientales (Heyberger, 1998) et dans le christianisme éthiopien (Hirsch, 2001). Le christianisme orthodoxe partage avec l'Eglise éthiopienne un rapport particulier à la charité : elle n'a pas été aussi institutionnalisée que dans le Catholicisme et le Protestantisme. Ce point a été mis en lumière pour les Eglises orthodoxes par Molokotos-Liederman (2007) et par nous-même pour le christianisme éthiopien (chapitre 2 section IV, chapitre 11 section IV.3.b).

Ces points communs témoignent et attestent de l'appartenance de l'Eglise éthiopienne à l'Orthodoxie. Et celle-ci appelle une autre conclusion. En effet, à notre connaissance, peu de chercheurs ont envisagé l'ensemble de ces christianismes orientaux et/ou orthodoxes (slave, grec, syriaque, arménien, copte, etc.). Ces Eglises et religiosités ne semblent guère avoir été rapprochées et analysées sous ces angles, c'est-à-dire en cherchant à mettre en lumière, les cohérences, l'ethos (ou les ethos ?) propre(s), soit une sorte de système, à l'instar de ce qui a pu être fait pour le protestantisme évangélique et/ou historique (Weber, 1964, 1995, 1996 ; Fath, 2004a ; Willaime, 2005 ; Noll, 2011) ou le catholicisme (Hervieu-Léger, 1993 ; Pelletier, 2011).

II. Le christianisme éthiopien : une religiosité laïque extra-mondaine en pointillé

Dans cette étude, un certain nombre de caractéristiques du christianisme éthiopien ont été mises en évidence. Parmi les grands traits à notre sens déterminants, on trouve notamment l'importance de l'ascèse extra-mondaine qui a été laïcisée, adaptée aux besoins de salut des laïcs et plus spécifiquement aux besoins de rédemption et de pardon. Cette laïcisation s'accompagne d'une application, d'une conduite de vie quotidienne similaire à celle des moines vivant en monastère (et non à ceux pratiquant l'anachorétisme). Si bien que nous sommes parvenue à la conclusion que le christianisme éthiopien avait rationalisé éthiquement l'obtention du pardon divin. Il a opéré dans des espaces sacrés et hors du monde, ce que le puritanisme protestant a transposé à la vie quotidienne, intramondaine et à la profession

²⁴⁹ Les études sont nombreuses. Nous renvoyons à la lecture des ouvrages de Tadesse Tamrat (1972) et de M.L. Derat (2003), à l'article de F.-X. Fauvelle-Aymar et B. Hirsch (2001), ainsi que plus généralement aux travaux du Cémaf-Paris sur ce point.

²⁵⁰ Pour l'Eglise russe, Lossky (1990) et Rousselet (1994) ont abordé ce point. Pour l'Ethiopie, on lira S. Ancel (2006) .

²⁵¹ On se référera pour l'Eglise russe aux travaux de Rousselet (2000) et Pancenko (2005), et nous avons traité ce point dans la dernière section du chapitre 8 (section II.4.e).

considérée alors comme une vocation (chapitre 11 section IV.5.d). Or, il a été explicité que les prêtres de la base et dans une moindre mesure le haut clergé même, n'avaient que faiblement adhéré à ces propositions. En outre, il a été explicité dans le chapitre 5 que pour la société éthiopienne, l'Eglise n'était pas la principale instance éditrice de normes en matière de comportement sexuel. A tout le moins que les normes et les règles qu'elle posait, n'avaient pas pour fonction d'être respectées au quotidien par les fidèles, mais visaient principalement à préserver la sacralité des espaces religieux, des espaces saints. Ces caractéristiques permettent de dégager certains aspects centraux de la foi éthiopienne laïque et de montrer en quoi elle diffère tant du protestantisme que du catholicisme.

L'articulation entre absence de contrôle de la sexualité, d'éthicisation proprement religieuse des comportements sexuels et la laïcisation de l'ascèse extra-mondaine participent et révèlent la forme de la religiosité laïque spécifique au christianisme éthiopien. Cette idée est issue de la comparaison avec le puritanisme protestant tel qu'étudié par M. Weber. Dans ce christianisme protestant, la religiosité monacale a été transférée dans son intégralité à la sphère intramondaine. Ou encore, l'ascèse monacale occidentale qui était pratiquée par les virtuoses du religieux dans des espaces hors du monde, s'est vue mettre en pratique à l'intérieur du monde, dans le monde, dans la sphère du quotidien et dans la profession entendue comme vocation (1964). Contrairement à ce qui s'est passé dans le puritanisme, dans le catholicisme, c'est la dimension sacramentelle à visée laïque qui a été développée. C'est-à-dire que les prêtres (et non les moines) ont organisé la religiosité des masses laïques en l'adossant justement au recours aux différents sacrements. Le christianisme éthiopien a, quant à lui, formulé une autre alternative. La religiosité laïque prend la forme de ce que l'on pourrait qualifier de religiosité extra-mondaine en pointillé ou encore, une extra-quotidienneté en trait d'union.

Il a été explicité que le christianisme éthiopien était fortement influencé, marqué par le monachisme, qui demeure lui, extra-mondain, mystique et fuyant définitivement un monde considéré comme corrompu par le diable. Dans le chapitre 3 (section II), il a été mis en lumière que l'Eglise éthiopienne était d'abord une Eglise de moines. Les prêtres peu instruits et le rôle limité du Pape, donc de l'épiscopat, ainsi que d'autres facteurs comme la participation des moines à la christianisation des nouveaux territoires, l'alliance des rois et des réseaux monastiques ont contribué à asseoir la prééminence des moines et du monachisme. De plus, la centralisation de l'Eglise et l'harmonisation de la formation du clergé fut tardive. Elle n'a débuté réellement que dans la deuxième moitié du XX^e siècle (Ancel, 2006). Cette situation a eu des conséquences importantes pour la religiosité propre des fidèles, des masses laïques.

En effet, il apparaît que c'est cette religiosité de virtuose, celle des moines ascétiques, qui a été adaptée aux masses, soit à ceux qui avaient moins « l'oreille musicale pour la chose religieuse » (Weber, 1996 : 359). Mais, plutôt que d'avoir été transférée dans son intégralité à la vie quotidienne, tout se passe comme si cette religiosité de sortie du monde avait été adaptée aux besoins laïcs sous plusieurs modalités. Premièrement, elle s'est vue adoucie, ses exigences ont été abaissées (Hermann, 2010 ; 2012 ; dans cette étude, chapitre 9). Ensuite, cette adaptation ne s'est pas faite en intégrant le monde et la quotidienneté, mais en extrayant les fidèles de la quotidienneté à travers deux moyens : l'espace et le temps.

S'agissant du temps, le carême qui consiste en une abstinence de produits d'origine animale, d'un contrôle de soi, de ses pensées et de son corps, occupe plus de la moitié de l'année pour les plus pieux. Les laïcs « normalement pieux » n'en observent qu'une partie. De leur côté, les moines sont, pour les plus doués religieusement, tout le temps en carême.

De même, les pèlerinages, les retraites spirituelles dans les monastères et les sites d'eau bénite, constituent des espaces-temps dans lesquels cette ascèse est pratiquée. La rigueur avec laquelle l'ascèse est pratiquée varie en degré selon le temps investi et le type de bien de salut visé (la guérison d'une maladie grave ou légère) ; lors d'un pèlerinage, la pratique ascétique est très limitée tant en intensité qu'en durée ; lors d'une retraite spirituelle, le lieu même où l'on se rend, les monastères, implique d'adhérer totalement à la vie monacale. Enfin, les sites d'eau bénite sont des espaces hors du monde, il en a été longuement question dans cette thèse. Ces espaces sont spécialement dédiés à l'ascèse monacale laïcisée, c'est à dire qu'ils constituent des espaces dans lesquels la religiosité ascétique extra-quotidienne devient le quotidien, pour un temps indéterminé et pour certains fidèles pour tout le reste de leur existence. Ainsi, les fidèles pratiquent donc une forme adoucie de religiosité monacale, durant les temps de carême, durant les pèlerinages et des retraites spirituelles (vers des espaces extra-mondains : monastères, sites d'eau bénite) ou encore en effectuant des cures d'eau bénite durant un temps indéterminé dans les espaces saints ou sacrés, mais systématiquement hors du monde, que sont les sites d'eau bénite. Ainsi, l'ascèse extra-mondaine laïque est découpée en temps, en espace et en espace-temps. Par ailleurs, la participation à la liturgie dominicale, la charité, l'investissement dans une paroisse, dans des associations religieuses, font pleinement partie de cette religiosité laïque. Ces pratiques concernent totalement et uniquement le quotidien, ils ne constituent pas une rupture avec la vie normale.

Dès lors, cette religiosité laïque comporte plusieurs possibilités : la religiosité quotidienne, et la religiosité extra-quotidienne, elle-même découpée en temps, espace, et espace-temps. Les fidèles peuvent donc adopter et alterner entre une religiosité laïque quotidienne, et une religiosité de type monacale extra-mondaine. Cette religiosité extra-mondaine n'est pas pratiquée constamment mais comme en trait d'union, en pointillé.

Cette spécificité se donne à voir, ou est arrimée (le sens de la causalité ici est délicat à déterminer) à une topographie du sacré précise, visant à la protéger de la souillure du profane (et du sacré impur). En effet, nous avons vu dans le chapitre 3 (section III.4 et IV.2.b) que les sites d'eau bénite présentaient une structure similaire aux églises. La sacralité décroît en cercles concentriques à partir de la salle d'aspersion pour les sites, et du Saint des saints pour les églises. Cette organisation et la présence d'espace de sacralité tampon sont nécessaires à la protection du sacré car, finalement, les contacts sont plus étroits qu'on pourrait le penser. Cette Eglise a pour fonction de préserver la sacralité de ces espaces afin de rendre possible cette extra-quotidienneté laïque en pointillés. Il s'agit pour le fidèle en venant sur ces espaces, de devenir plus pur, de se rapprocher de la figure idéale du moine, même métaphoriquement. Dès lors, rendre moins sacrés ces espaces implique d'abaisser le degré d'exigence de pureté et donc de rendre cette sortie de la quotidienneté moins extra-ordinaire. Structurellement et classiquement, ce christianisme ne tend pas à faire du sacré quelque chose de profane, ou de le rendre moins sacré.

Quelques temps après la mise en place de la distribution gratuite des ARV, l'Abuna Pawlos commença à prôner publiquement la prise conjointe des traitements biomédicaux et spirituels.

Cette déclaration n'ayant eu que peu de poids à Ent'ot'o Maryam, il se rendit sur ce site d'eau bénite même et déclara que la science comme l'eau bénite étaient données par Dieu, sacralisant dès lors un objet considéré comme profane, les ARV, et désacralisant un objet envisagé comme hautement sacré, l'eau bénite. Dans ces conditions, l'hostilité de plusieurs fidèles, des moines et d'une partie du clergé séculier de la base à l'annonce de l'Abuna Pawlos ne traduit-elle pas cet attachement à une forme de religiosité propre ? En effet, ce dernier en rendant l'eau bénite compatible avec les ARV (et en sacralisant les ARV), n'a-t-il pas de fait, abaissé le degré de sacralité de l'eau bénite, rendant moins « purs », moins « proches du ciel et de Dieu » ces espaces et donc les fidèles prenant de l'eau bénite ?

III. L'implication des congrégations religieuses à la lutte contre le sida : pour la sacralisation de la « vie nue »

Dans le cadre de la lutte contre le sida, l'EOTC (et plus exactement, le christianisme éthiopien) a été mise en présence, voire en confrontation, avec ce que J.-P. Willaime appelle la surmodernité religieuse (2006). En Ethiopie, cette dernière est portée par le puritanisme protestant tel qu'il se donne à voir aux Etats-Unis et dans le programme PEPFAR. Mais cette rencontre et cette surmodernité s'inscrivent dans un mouvement plus vaste d'intégration des ONG confessionnelles qui ne manque pas d'interroger. Au terme de cette étude, quelques constats synthétiques s'imposent. En effet, nous avons vu que (chapitre 11 section III), de manière générale, les financements octroyés par les agences d'aides bilatérales et internationales d'un côté et les implications croissantes des ONG confessionnelles de l'autre côté, relevaient de la globalisation tant du religieux que de l'action humanitaire et selon S. Fath, ce mouvement participe et conduit à un « ré-enchantement de la Providence » (2007).

Pour la lutte contre le sida spécifiquement et en l'absence des ONG religieuses, G. Pachelier et M. A. Loyola considèrent que

« Les enquêtes sur le sida [... , amplifient] le lien entre sexualité et santé, de plus en plus présent : les normes sanitaires viennent supplanter la morale ». (2003 : 12)

Dès lors, l'implication des congrégations religieuses dans la lutte contre le sida pourrait constituer, à notre sens, une étape supplémentaire dans la moralisation sanitaire de la sexualité. En effet, nous avons vu dans le chapitre 11 que la politisation du VIH, l'engagement de l'EOTC puis les subventions américaines avaient conduit l'EOTC à produire un discours scientifico-religieux, pendant d'un savoir médico-moral. Ce dernier - le discours médico-moral - est produit, en Ethiopie, tant par les épidémiologistes que par le politique (chapitre 6 sections III et IV), et rejoint une partie du discours américain (chapitre 10 section II.1). Retravaillé par l'EOTC subventionnée par les américains, ce discours religieux devient alors moral, il est donné pour être mis en pratique par les fidèles dans leur vie quotidienne. C'est-à-dire qu'il devient une éthique valable dans le monde quotidien, là où auparavant, ces règles ne servaient qu'à protéger la sacralité des espaces saints.

En outre, nous avons longuement traité de la prise en charge des PVVIH, aspect pour lequel les ONG religieuses sont également attendues. Toutefois, bien que cette dimension soit importante, elle nous semble moins sensible que la prévention des nouvelles infections. Dans

ce cadre, et à cause de l'apparition des ARV et de la confrontation des valeurs, l'Abuna Pawlos s'est rendu à Ent'ot'o Maryam, afin de rendre compatibles les ARV et l'eau bénite. A cette fin, il a sacralisé non seulement les traitements biomédicaux, mais l'ensemble de la science en lui conférant une origine divine ou en la plaçant sur un plan religieux. Ce faisant, il a exporté la science dans le domaine extra-mondain, domaine en Ethiopie propre au sacré. Rappelons que l'Abuna n'a pas sanctifié ces traitements, ce qui les aurait rendus uniquement temporairement et localement compatibles, mais il les a sacralisés, insufflant de ce fait une sorte de puissance divine à l'intérieur même de l'instance productrice de cet objet. La lutte contre le sida et les subventions américaines ont donc conduit l'EOTC à opérer un double mouvement : éthicisation des règles religieuses d'un côté, et sacralisation des ARV et de la science de l'autre.

Ce processus constitue une métaphore plus générale de l'implication croissante des congrégations religieuses dans la lutte contre le sida. En effet, S. Fath a montré que deux des trois plus grandes ONG confessionnelles américaines s'étaient sécularisées pour satisfaire aux exigences des bailleurs de fonds et pour s'adapter à la professionnalisation croissante de la scène humanitaire (2007 : 254-255). Cette sécularisation les a amenées à « euphémiser » leurs discours religieux (*ibid* : 256). Autrement formulé, les ONG confessionnelles, en entrant dans l'arène du développement, se transforment. De fait, certaines se sécularisent pour répondre aux appels d'offres, alors qu'il est demandé à d'autres (notamment aux congrégations religieuses) de se rationaliser pour s'impliquer, de se séculariser pour reprendre la terminologie de S. Fath (2007). Et en Ethiopie, l'EOTC se voit incitée à éthiciser ses valeurs monacales extra-mondaines. La raison, le but ultime de ce processus justifie toutes ces évolutions puisqu'il s'agit de « sauver des vies » selon les termes de G.W. Bush ; il s'agit de préserver la santé individuelle, collective voire mondiale.

Dès lors, parallèlement à ce processus de sécularisation des congrégations religieuses, la santé, la « vie » devient un but ultime, processus que de très nombreux auteurs ont mis en lumière²⁵² (Arendt, 1961, 2002 ; Foucault, 2004a, 2004b ; Agamben, 1997 ; Fassin, 1994, 2010). La « vie nue », la *zoé*²⁵³ comme l'appellent H. Arendt (1961) et G. Agamben (1997) s'est chargée d'une sacralité toute religieuse :

« Si la vie s'est imposée à l'époque moderne comme l'ultime point de repère, si elle demeure le souverain bien de la société moderne, c'est que le renversement moderne s'est opéré dans le contexte d'une société chrétienne dont la croyance fondamentale au caractère sacré de la vie a survécu, absolument intacte, après la laïcisation et le déclin de la foi chrétienne » (Arendt, 1961 : 390, et cité par Fassin, 2010 : 322).

Ou autrement formulé, ne peut-on pas considérer que d'une certaine façon, la santé, cette « vie nue », cette *zoé* devient un but utopique, comme chargé de transcendance, au détriment de la *bios*, de l'existence politique (Fassin, 2010), et pourrions-nous ajouter, religieuse et locale ?

Deux tendances semblent donc coexister en Ethiopie : d'une part la sécularisation et/ou la rationalisation éthique de certaines religions (et conduisant notamment à les rendre plus

²⁵² Ce processus de transformation de la santé comme devenant un bien en soi a été mis à jour par de trop nombreux auteurs pour être tous cités ici, ne sont donc indiqués que quelques uns des plus significatifs.

²⁵³ Dans ces travaux, les différents auteurs reprennent la distinction grecque entre « la *zoé*, la vie nue, réduite à sa biologie, et *bios*, l'existence politique, inscrite dans le monde social » (Fassin, 2010 : 69)

morales) et d'autre part, une sacralisation (via la globalisation de la cause humanitaire ?) de certains buts considérés comme universaux (la santé, le développement, etc.). On pourrait s'interroger quant à l'étendue et à la profondeur de ce mouvement : dans quelle mesure ce qui se donne à voir en Ethiopie est le témoin d'une évolution plus générale ? En première approche, et à la lecture de la littérature sur ce thème (Duriez et al., 2007 ; Kaag, Saint-Lary, 2011), il nous semble que l'on peut répondre par l'affirmative. Cependant, cet aspect mérite des recherches et des analyses spécifiques, qui pourraient constituer une piste ultérieure à ce travail.

Par ailleurs, M. Weber avait montré que la rationalisation du monde moderne et la relégation de la religion au domaine de l'irrationnel avait pour conséquence la perte de « sens unifiant », pour « signifier la vie et donner une direction à sa conduite » (Hervieu-Léger, Willaime, 2001 : 107). Dès lors, cette situation débouche sur l'émergence d'un « polythéisme des valeurs » (Weber, 2003 : 97-99). D. Hervieu-Léger et J.-P. Willaime synthétisent mieux qu'on ne saurait le faire les conséquences potentielles de cette situation :

« Si la rationalisation de la connaissance et des activités fait sortir la religion du rationnel pour la pousser vers l'irrationnel, il n'est pas exclu que l'irrationalité d'une rationalisation aveugle puisse l'y ramener. » (*ibid* : 108)

Les analyses menées jusqu'ici conduisent à un constat quelque peu différent ou rendrait compte de l'apparition d'une nouvelle étape. En effet, on pourrait considérer que l'implication croissante des congrégations religieuses dans l'arène du développement et plus encore dans la lutte contre le sida, sous l'égide ou avec l'appui d'instances internationales, est le témoin d'une nouvelle rencontre des valeurs.

Dans quelle mesure ce religieux (ou plus exactement certaines formes religieuses) n'est-il pas alors « encadré », « réorganisé », « domestiqué » pour intégrer des valeurs devenues universelles, comme la santé et le développement ? Ne voit-on pas alors le rationnel, la rationalisation coloniser des espaces jusqu'ici laissés de côté, soit les religions locales, les religions non (suffisamment) éthiques (et morales) ? Une des tendances de la sur (ou post) modernité religieuse est attachée à l'idée que le monde peut « être réenchanté et rééquilibré » et « resacralisé ». Les postmodernes sont convaincus que « l'inspiration peut donc venir des spiritualités ou de religions associées aux sociétés primitives, d'anciennes croyances et de cultures "locales" » (Beckford, 2010 : 950). Dans ces conditions, et aliée à la sacralisation de la santé, cette surmodernité religieuse ne porte-t-elle pas également les germes d'une uniformisation de la religion ? Combinée à la protection, la promotion de cet idéal qu'est la santé pour tous, ne tend-elle pas à fabriquer une sorte de religiosité uniformisée à l'aune de ces valeurs données pour universelles ?

Ou autrement formulé, cette surmodernité religieuse ne tendrait-elle pas à « sacraliser » des buts universaux ? Ces sacrés locaux, nationaux, ne se verraient-ils pas sacrifier sur l'autel de ces idéaux pour tous, sacrifice relayé par des instances puissantes, enchâssées dans une économie mondiale²⁵⁴ ?

²⁵⁴ En effet, comme le notent J.W. Dietrich (2007) et E. Demange (2010), la distribution des ARV par le programme PEPFAR profite largement à l'industrie pharmaceutique américaine. En Ethiopie, les américains, afin de rendre la distribution des ARV pérenne et durable, mettent en place un système visant à faire du profit (chapitre 11 section II.1). Par ailleurs, HAPCO voulait que les PVVIH ayant choisi la cure par l'eau bénite,

IV. Des thérapies biomédicale et spirituelle en questions et en parallèles

Nous avons vu dans les parties 3 et 4 que l'Eglise éthiopienne proposait aux PVVIH une cure par l'eau bénite pour guérir miraculeusement du sida. Ce faisant, l'Eglise offre un mode de « prise en charge » religieux du VIH, un traitement spirituel. Celui-ci implique pour le « curiste » le suivi d'un traitement (le rituel de l'eau bénite) encadré par des spécialistes (les aspergeurs), le respect d'un certain nombre de règles régissant la vie (extra-)quotidienne (ascèse), une disposition d'esprit particulière (la foi, ou la confiance en la guérison). Cette cure religieuse génère plus qu'elle ne la crée l'apparition de communautés de malades/*tsäbältägnas*, groupes au sein desquelles les relations de solidarité, de soutien psychologique, spirituel et même matériel, permettent aux personnes infectées par le VIH de se recomposer une identité et de partager une communauté de sort avec d'autres PVVIH. Ce tableau brossé à grand trait n'est pas sans faire écho à la prise en charge biomédicale du VIH, qu'il s'agisse du traitement à proprement parler (les ARV) ou des formes particulières de sociabilité que suscitent l'infection au VIH puis le traitement ARV, soient les associations de PVVIH. Cette similarité appelle, nous estimons, de plus amples enquêtes et analyses. A titre de préambule et afin de mieux dessiner les contours de ces questionnements, il s'agit ici, de manière succincte, de mettre en parallèle les prises en charges religieuse et biomédicale de l'infection au VIH, ou encore, de mettre en regard les réponses formulées par chacune de ces deux grandes institutions que sont le christianisme éthiopien et la biomédecine.

Le premier parallèle a trait au réseau sémantique, au vocabulaire employé. La comparaison des deux formes de thérapeutique peut, fort heureusement, être formulée dans la langue française, autour des glissements de sens des termes 'fidèles' et 'patients'. Il apparaît en effet, que les deux thérapies demandent à leurs fidèles et à leurs patients d'être justement, fidèles et patients.

IV.1. D'observance en observances

Fidèles car la médecine comme le christianisme éthiopien incitent leurs « soignés » à ne pas arrêter le traitement, la cure. Dans les deux cas, quoique qu'en invoquant des raisons différentes, l'arrêt met en péril tant la santé de celui qui arrête que celle des autres « soignés ». Pour la cure par l'eau bénite, l'absence de santé se double de la non-obtention du salut. Les deux institutions requièrent de leurs « soignés » ou « curistes » d'être patients et fidèles. Plus spécifiquement, les deux traitements nécessitent que la personne soignée adopte, soit dans une disposition d'esprit particulière par rapport tant au traitement qu'à l'institution qui le délivre. En effet, nous avons vu dans le chapitre 9 que la cure par l'eau bénite implique pour les fidèles d'avoir la foi, en la capacité de l'eau bénite à les guérir, ainsi qu'en la volonté de Dieu de pardonner à l'individu et la confiance en son jugement, en sa bienveillance. Cette foi est disposition d'esprit, elle permet et conditionne également le respect du rituel de l'eau bénite à

prennent désormais des ARV, « rentrent chez eux et aillent travailler » (Entretien avec une volontaire internationale AA-HAPCO, Addis Ababa, janvier 2007).

proprement parler (aspersion puis absorption), ainsi que l'ensemble des interdits, des règles et des prescriptions qui constituent la demande de rédemption/guérison soit l'effectuation de la pénitence. De l'autre côté du spectre, prendre des ARV nécessite l'observance et l'adhésion au traitement médical :

« Les notions d'observance et d'adhésion thérapeutique renvoient en fait à deux dimensions complémentaires du comportement du patient : l'observance désigne des pratiques concrètes en matière de thérapie (et mesure l'écart entre ce qu'il est supposé faire et ce qu'il fait réellement), tandis que la notion d'adhésion se réfère à son attitude générale à l'égard de la médecine, du traitement et du médicament. » (Vigne, Schmitz, 2008 : 38)

Il apparaît donc que les deux institutions et les deux thérapeutiques ont des demandes envers leurs fidèles-patients, sinon similaires, du moins étrangement proches. J. Pouillon dans un article aussi court que remarquable met en lumière une propriété des mots :

« Les mots, souvent, vivent à l'inverse des serpents : ils changent non de peau mais de contenu, et leurs définitions, entérinées par l'usage puis enregistrées dans les dictionnaires, sont pour la plupart ce que le Littré a appelé des néologismes de significations. [...] Ils révèlent non pas comment un mot en chasse un autre pour exprimer la même chose, mais comment un mot se perpétue pour exprimer autre chose. [...] Il est alors plaisant de remonter "le cours de l'usage" et de se livrer au jeu des archéologismes de signification » (1993 : 92)

Nous proposons donc d'opérer un succinct « archéologisme » du mot "observance". Les dictionnaires étymologiques indiquent que le terme "observance" est apparu au XIII^e siècle ; il est emprunté au latin *observantia* qui désigne l'« observation des devoirs religieux » selon le TLFi²⁵⁵, et plus généralement l'« action d'observer » pour le dictionnaire étymologique de l'Académie française qui ajoute :

« *1. Respect de ce que prescrit une loi, un précepte religieux. *L'observance du jeûne, de l'abstinence. L'observance des rites judaïques, des préceptes coraniques.* Spécialt. Obéissance à la règle d'un ordre, d'une congrégation religieuse. Loc. *D'étroite, de stricte observance*, se dit des religieux qui se conforment strictement à la règle primitive d'un ordre, d'une congrégation, sans tenir compte des réformes ultérieures. *Les Frères mineurs de l'étroite observance.* • Par méton. Communauté religieuse définie par la règle qu'elle observe. *La grande, la petite observance des Cordeliers. L'étroite observance de Cîteaux.* » (Académie française²⁵⁶)

Les autres dictionnaires et notamment le TLFi indiquent les mêmes origines et les mêmes emplois :

« 2. **A)** ca 1265 « règle, loi religieuse » ([...] **observances** de sainte Eglise); **b)** 1350 « règle, loi (non religieuse) » [...] ; vers 1450 « ordre religieux (considéré par rapport à sa règle, à sa discipline) » [...] **4.** début du XVI^e s. « règle d'un ordre » ». (TLFI, 2012²⁵⁷)

Il ressort donc que l'"observance" ou les "observances" désignent d'abord le respect des prescriptions religieuses, puis ces termes ont été employés dans un contexte de respect d'une loi, plus généralement. Les dictionnaires courants, dont le Robert, donnent le sens :

²⁵⁵ <http://www.cnrtl.fr/etymologie/observance>

²⁵⁶ <http://www.cnrtl.fr/definition/academie9/observance>

²⁵⁷ <http://www.cnrtl.fr/etymologie/observance>

« Action d’observer habituellement, de pratiquer une règle en matière religieuse ; obéissance (à la règle) ». (Robert, 2001)

Ainsi, le sens actuel de ce terme n’a-t-il guère évolué, et le sens médical, ou l’expression “observance thérapeutique” se colore, il nous semble, d’une nuance de religiosité. Toutefois, dans le langage courant, parler d’observance aux traitements ou d’observance thérapeutique ne renvoie que rarement à la religion. Il est notable que d’autres termes médicaux, comme “contagion”, “contamination” aient d’abord été employés dans des contextes religieux, en désignant la contamination du sacré par le profane (et/ou inversement), avant d’être utilisés dans d’autres domaines, dont la médecine. Le terme “prescription”, nous intéresse ici plus spécifiquement, puisque l’observance thérapeutique implique le respect des prescriptions médicales. L’histoire de ce terme est plus complexe car à son origine au XIII^e siècle, son sens est exclusivement juridique²⁵⁸, puis au XVI^e siècle il est employé par la pharmacie et l’Eglise. Ce n’est qu’au XIX^e siècle qu’il est usité dans le registre médical pour désigner les recommandations du médecin. La notion d’archéologisme de J. Pouillon ne permet pas de statuer sur la persistance des anciennes significations, ou n’explicite la mesure dans laquelle ces premières significations évoluent. Mais, il est intéressant de remarquer que tant pour l’“observance” que pour la “prescription”, même si le sens « religieux » n’est guère présent ou sous-entendu dans le langage courant, quelque chose comme l’idée demeure. En effet, ces deux termes transférés à la médecine désignent des attitudes ou des actes proches, qui impliquent des postures similaires. Doit-on dès lors s’étonner de la similarité des thérapeutiques religieuses et biomédicales ? En outre, ces similarités concernent, comme nous allons le voir, d’autres aspects de la cure.

Nous avons vu (cf. chapitres 9 et 12) qu’en amharique les termes “foi”, “confiance” et “religion” étaient rassemblés sous un même terme *emenät*. La foi est donc confiance et, sur les sites d’eau bénite, les *tsäbältägnas* ont foi, confiance en la volonté (plus que la capacité) du divin à les guérir du sida. Les modalités de la confiance sont multiples, en outre, ce concept est complexe et difficile à circonscrire. D’après P. Watier « l’ensemble des pratiques que la confiance irrigue rend la définition du concept délicate » (2008 : 12) et L. Quéré considère que

« Si les analyses récentes nous font mieux comprendre ce qu’est la confiance, il demeure aussi que celle-ci conserve encore une part de son mystère. » (2001 : 10)

Pour autant, cette notion est couramment employée, que ce soit dans le domaine religieux, social et également médical. Pour reprendre la formulation de P. Watier, la notion de confiance « irrigue » aussi les relations patients-médecins dans le cadre de la prise en charge de l’infection au VIH et de l’“observance” thérapeutique. En effet, des consultations “observances” sont mises en place, durant celles-ci, l’équipe médicale est invitée à « bâtir » ou « établir » avec le patient des relations de confiance permettant une meilleure observance :

« Facteurs liés à l’équipe médicale : l’observance et son maintien sont en partie liés à la confiance du patient dans l’équipe médicale et à une bonne communication avec cette dernière. » (Delfraissy et al., 2002 : 53)

²⁵⁸ <http://www.cnrtl.fr/etymologie/prescription>

La prise régulière des traitements est donc favorisée par soit une meilleure adhésion à « la médecine, du traitement et du médicament » (Vignes, Schmitz, 2008 : 38), soit par la confiance que le patient (/fidèle) aura en la médecine. Et on pourra, nous pensons, également s'interroger sur l'extension de cette confiance au traitement lui-même. Ces traitements sont associés à d'autres prescriptions (alimentaires, en terme d'hygiène), constituant ensemble ce que les médecins appellent « un schéma thérapeutique » qui doit être intégré à la vie quotidienne pour être observé par le patient (Desclaux, 2001 ; Desclaux et al., 2002 ; Delfraissy et al, 2002 ; Vignes, Schmitz, 2008).

IV.2. Des technologies de soi, le rapport au corps

Dans le chapitre 9, nous avons mis en lumière que la cure par l'eau bénite impliquait ce que M. Foucault appelle une technologie de soi, ou une *exomologêsis* (1984 : 1626). Dans le christianisme éthiopien, la technologie de soi des fidèles se soumettant au rituel de l'eau bénite comprend les composantes suivantes : la purification corporelle extérieure et intérieure (aspersion et absorption d'eau bénite), le contrôle du corps et de ses besoins (jeûne et continence sexuelle) accompagnés d'un encadrement liturgique rigoureux (prières, participation aux diverses liturgies, enseignements, confession).

Il apparaît que les traitements ARV appellent une technologie de soi présentant certaines similarités. Le rapport Delfraissy indique :

« Ainsi, l'observance est un comportement selon lequel la personne prend son traitement médicamenteux avec l'assiduité et la régularité optimales, selon les conditions prescrites et expliquées par le médecin : suivi exact des modalités de prises médicamenteuses en termes de dosage, de forme, de voie d'administration, de quantité par prise et par jour, respect des intervalles entre les prises et des conditions spécifiques d'alimentation, de jeûne, de boissons ou de substances pouvant modifier la cinétique du traitement. » (Delfraissy et al. 2002 : 75)

En outre, des rendez-vous chez les médecins (tous les trois ou six mois) ponctuent l'existence du patient. Si la continence sexuelle n'est pas de mise dans le cas d'une prise en charge médicale, le port du préservatif dans le cas d'une infection au VIH est obligatoire. De plus, les antirétroviraux ont « des conséquences fâcheuses sur la sexualité des patients séropositifs » (Peretti-Watel, Spire et al. 2008 : 111). Si cette inactivité sexuelle ne fait pas à proprement parler de la technologie de soi constitutive de la prise en charge biomédicale, elle n'en demeure pas moins réelle et est liée à « la perception des effets secondaires gênants des traitements ». (*ibid* : 118).

D'autres composantes de cette technologie de soi existent pour les deux thérapies, les dimensions psychologique et matérielle. Il a été explicité dans les chapitres 9 et 12 que les sites d'eau bénite, et surtout celui de Ent'ot'o Maryam, étaient des espaces de solidarité intense entre les PVVIH, et même de partage des connaissances et d'informations relatives, tant à l'infection au VIH qu'aux ARV. Si une association de PVVIH existe à Ent'ot'o Maryam, elle n'est pas le lieu effectif de la solidarité, celle-ci est bien plus informelle et se tisse au grès des cohabitations et des réseaux d'amitiés. Dans le cadre de la thérapie biomédicale, des consultations observances ont été mises en place. Elles offrent aux patients écoute, soutien et appui par des équipes professionnelles pluridisciplinaires :

« Il est recommandé aux équipes médicales de mettre en place au sein du service hospitalier des programmes spécifiques d'écoute et d'aide aux patients par du personnel spécialement formé à cet effet. Ce type de programme engendre fatalement des contraintes liées à la nécessaire transformation de l'organisation du travail hospitalier avec, en particulier, la nécessité d'avoir à disposition des locaux spécifiques pour le déroulement des entretiens en tête-à-tête avec les patients. En ce lieu d'écoute, le temps de parole du patient ne doit pas lui être compté. Ce travail peut être réalisé par des infirmières, des psychologues, des pharmaciens et des médecins, spécifiquement affectés à cette mission et travaillant de façon pluridisciplinaire. » (Delfraissy et al. 2002 : 78)

Par ailleurs, plusieurs auteurs ont montré que le soutien des équipes médicales et « l'accès au statut de malade » offrent aux personnes en détresse la « reconnaissance et la valorisation indispensable de l'existence dont témoigne le regard des autres » qui « permettront de retrouver le lien vers la citoyenneté avec ses droits et ses devoirs (Rosman, 1999 ; Parizot, 2003) » (Pierret, 2007 : 177). Les équipes médicales ne sont pas les seules instances permettant de reconfigurer le lien social, les associations de PVVIH jouent également un rôle important. Ces associations sont des lieux de partage des expériences, du statut de séropositif (Cornu, 1997 ; Eboko, 1999 ; Ouattara, 2002 ; Egrot, 2007) :

« Les récits recueillis sont particulièrement riches et explicites, sur ce rôle fondamental joué par ces lieux dans la vie sociale des personnes concernées : espace d'accueil, d'écoute, de prise en charge « globale », de rencontre et d'échange, etc. Les personnes insistent sur le fait qu'il s'agit pour eux d'un espace de « liberté », notamment de parole. Certains évoquent cette sensation avec une expression et un ton de soulagement. Beaucoup parlent de l'association comme d'une « nouvelle famille ». Certains y passent quotidiennement et y restent parfois plusieurs heures, voire la journée entière. » (Egrot 2007 : 54)

Cette recomposition de la vie sociale n'est pas sans faire écho à ce qui se passe sur les sites d'eau bénite entre les PVVIH et surtout sur celui de Ent'ot'o Maryam où la parole autour du VIH est libre et permet aux personnes infectées de s'entraider et à certaines personnes ne connaissant par leur statut d'aller se faire dépister (chapitre 7).

Outre ces aspects sociaux, la comparaison entre les thérapies biomédicale et spirituelle peut porter sur les aspects physiques des traitements, point selon nous le plus étonnant. Ainsi, certains des effets secondaires de la prise d'eau bénite et des ARV sont identiques. Par exemple, les ARV, comme l'eau bénite, sont considérés par les patients/fidèles, comme provoquant des vomissements et des diarrhées, faisant tourner la tête et affaiblissant le corps, les deux fatiguent et peuvent empêcher de travailler. Ce point a été relevé par une équipe américaine pour les ARV (Remien, et al., 2003 :66), et en Ethiopie, ces effets secondaires nous ont été à plusieurs reprises rapportés par les PVVIH de Ent'ot'o Maryam principalement (Entretiens avec plusieurs PVVIH, mars- juillet 2008, Ent'ot'o Maryam). De même, les deux types de traitements requièrent un temps plus ou moins long avant d'en voir les effets bénéfiques. Les *tsäbältagnas* considèrent que l'eau bénite leur permet de reprendre du poids, de retrouver l'appétit, d'avoir une plus belle peau, et d'avoir les cheveux qui repoussent. Ces signes constituent pour eux des indices de meilleure santé. Parallèlement, sur le plan clinique, l'efficacité du traitement ARV se juge :

« Par une reprise de poids, une amélioration ou une disparition des signes cutanés [...] chez les patients symptomatiques » (Delfraissy, 2002 : 59).

Il semble donc que non seulement la cure par l'eau bénite permette, pour les *tsäbältägnas* vivant avec le VIH, les mêmes améliorations de santé, mais aussi que cet « objet-élément » (l'eau bénite) considéré comme traitement provoque des effets similaires à la thérapie antirétrovirale.

IV.3. Liminalité extra-mondaine, liminalité intra-mondaine

Ces deux formes de thérapies présentent toutefois des différences notamment quant aux buts visés et à leurs conséquences pour la vie des patients/fidèles. A la suite de plusieurs auteurs (Bloom, 1997 ; Langlois, 2006), il a été argué dans cette étude (chapitre 8 section 1) que l'infection au VIH plaçait le porteur dans une situation liminale, ou pour reprendre la formule de M. Calvez, les PVVIH flottent dans les « interstices de la structure sociale » (1994).

En Ethiopie, sur les sites d'eau bénite, cette liminalité propre à l'infection au VIH est traduite, transformée en liminalité religieuse, qui est, elle, valorisée dans la culture et la société éthiopienne et ce par toutes confessions religieuses confondues. Les communautés de PVVIH et de malades-*tsäbältägnas*, qui s'y développent, ne sont ni créées ni même encadrées par l'institution religieuse et ses représentants (chapitre 9 section 1.3), mais sont une conséquence du mode de prise en charge spirituelle, à l'interface entre l'individuel et le collectif. En outre, la cure par l'eau bénite est une ascèse extra-mondaine laïcisée, si bien que les malades-*tsäbältägnas* forment des groupes au sein desquelles la solidarité, le soutien mutuel, la fraternité, en tant que valeurs monacales, sont idéalement plus importants que dans le monde. Dès lors, ces communautés de malades (et à Ento't'o Maryam de PVVIH) s'apparentent à des communautés fraternelles (Weber, 1986), dans lesquelles les membres vivent pleinement ce que nous avons appelé une liminalité extra-mondaine. Sur ces sites d'eau bénite donc, les *tsäbältägnas* vivant ou non avec le VIH (les fidèles de l'Eglise éthiopienne) trouvent tout à la fois : le traitement, l'encadrement religieux, les soutiens spirituel, moral, psychologique et l'aide matérielle, ainsi qu'un statut social reconnu. Par ailleurs, ces sites d'eau bénite et la cure du VIH qu'ils proposent ont, nous l'avons vu (chapitre 8 section 2), offert à la société dans son ensemble une solution à l'épidémie. En effet, l'annonce de la possibilité de guérir du VIH par l'eau bénite a contribué à dédramatiser l'infection, permettant dans le même temps d'influer sur la stigmatisation dont les PVVIH pouvaient être victimes. L'infection au VIH n'était plus synonyme de mort immédiate, puisqu'une solution et dans le même temps une mise à distance du virus existait.

La prise en charge médicale fait au contraire en sorte que le malade/patient reste dans le monde, qu'il puisse y vivre le plus normalement possible, sans être toutefois, comme le font remarquer E. Langlois (2006), J. Pierret (2007), M. Vignes et O. Schmitz (2008), tout à fait « normal ». Quant à P. Peretti-Watel, B. Spire et le groupe ANRS-Vespa, ils établissent clairement que « les trithérapies n'autorisent pas un retour à une vie "normale" » (2008 : 206-207). La vie de PVVIH sous traitement est difficilement synthétisable, car elle varie d'un individu à l'autre et selon ses ressources tant en capital social, que symbolique ou en terme de

réseau de relation. Ce réseau d'ailleurs repose pour certaines personnes sur le partage de l'expérience de vie avec le traitement. M. Vigne et O. Schmitz mettent en évidence le fait que les « cercles associatifs » contribuent « à rattacher les personnes à un/des groupe(s) d'appartenances » (2008 : 84). Plusieurs auteurs ont noté le rôle que les associations ont joué dans la « construction de l'identité politique des personnes atteintes de maladies chroniques (Barbot, 2002) » (*ibidem*). Ces associations s'inscrivent pour beaucoup dans un mouvement plus large de *self-help* ou d'auto-support permettant aux personnes de rompre l'isolement qu'induit la nécessité de garder secrète une infection stigmatisante. A ce titre, elles sont similaires à ce qui a lieu à Ent'ot'o Maryiam. En effet, les auteurs précités rapportent à propos d'une association de soutien aux adolescents vivant avec le VIH :

« C'est le seul endroit où ils peuvent "oublier" qu'ils sont séropositifs, parce qu'ici, il n'y a plus besoin de se cacher » (2008 : 87).

Ces associations peuvent également jouer, à l'instar de Aides et de Act Up, un rôle politique important dans la reconnaissance du droit des malades, dans leur prise en charge. Quant à cette dernière, Act Up, elle se veut actrice du changement de la norme et, selon J. Barbot, (2002) prône, plutôt que la non stigmatisation, la déstigmatisation. Ainsi, les associations de PVVIH intègrent-elles la liminalité des personnes infectées et répondent à cette perte de statut social, en offrant de multiples solutions, modes d'action, mais celles-ci sont toujours dans le monde. La plus emblématique de ces gestions de la liminalité est Act Up, et dans une moindre mesure Aides, qui, à l'instar des protestants puritains américains, tend à transformer le monde, à le rendre conforme à leur idée de ce qu'il doit être (Weber, 1964 : 123). Cette similarité nous a conduite à qualifier cette liminalité d'intramondaine.

Nous venons donc de mettre en parallèle les aspects suivants des thérapies biomédicale et spirituelle : les prises en charge thérapeutiques, les régimes d'encadrements (ou de soutien aux) des patients/fidèles, les modalités de suivi de traitements, les technologies de soi requises par le patient/fidèle, les dispositions d'esprit que le patient/le fidèle est supposé avoir envers le traitement même ou envers l'institution qui le délivre. Ces mises en parallèle rendent compte, à notre sens, de l'existence de similarités qui interrogent.

Dans la quatrième partie (portant sur les ARV et l'eau bénite), le questionnement n'a guère été conduit plus avant et ce pour deux principales raisons. D'abord parce que sur le terrain en Ethiopie, nous n'avons pas mené d'enquête sur la prise en charge biomédicale des PVVIH, si bien que les données sont trop disparates et proviennent de trop de contextes différents pour être rigoureusement comparées. Ensuite, nous n'avons guère connaissance de travaux menés dans les pays du Sud et portant sur les prises en charge thérapeutiques traditionnelles ou spirituelles, sur le temps long, ou pour des longues maladies, constat que pose également C. Deschamps (2007). Cette situation trouve son origine dans la nouveauté relative de ce champ. En effet, le concept de maladie chronique est apparu en médecine dans les années 1940 (Deschamps, 2007 : 16) et devient objet des sciences sociales à partir des années 60, « avant de se développer davantage à partir des années 1980 » (*ibid*: 12), en outre, il intéresse principalement les pays Occidentaux (*ibid* : 17).

Toutefois, certains constats peuvent déjà être posés. Le premier et sans doute le plus connu sinon le plus évident s'appuie sur les concepts durkheimiens de solidarités mécanique et organique. En effet, sur les sites d'eau bénite, la prise en charge du VIH est concentrée en un

seul et même lieu, l'ensemble des aspects de l'infection au VIH sont traités (dans tous les sens du terme) sur les sites, par les individus rassemblés en une communauté partageant des valeurs, ici religieuses, fortes. Dans les autres sociétés (occidentales mais pas uniquement), la prise en charge thérapeutique appelle une division, et la spécialisation importante du travail et de l'activité. La solidarité prend alors effectivement une forme organique. La médecine construit des espaces pluridisciplinaires susceptibles de « gérer » des aspects différents (sociaux, psychologiques, émotionnels, voire cognitifs) de l'infection au VIH et du traitement ARV. L'apparition d'associations de PVVIH exemplifie, à notre sens très bien, la prégnance de cette solidarité organique, basée sur la complémentarité et l'interdépendance.

La similarité des prises en charges biomédicale et spirituelle de l'infection au VIH ne peut ici qu'être posée. La dimension sociale de cette prise en charge est pour une bonne part responsable de cette ressemblance, c'est l'aspect pour lequel la mise en parallèle est la plus évidente. Les thérapeutiques mêmes, les technologies de soi qui les accompagnent, voire les renversements par rapport à la vie courante, sont bien plus étonnants et disent peut-être beaucoup des thérapeutiques biomédicales comme l'avait d'ailleurs déjà noté B. Good (1996). A notre sens, seules des études plus poussées pourraient permettre de comprendre cette similarité.

Néanmoins, et à titre de préambule théorique, nous pensons pouvoir proposer un angle d'approche, qui dans la continuité de cette étude, mêle les champs religieux et de la santé. La sociologie formelle de G. Simmel pourrait fonder théoriquement, conceptuellement la similarité des prises en charge thérapeutiques spirituelle et biomédicale. Selon cette théorie, celle-ci se loge dans une des particularités des institutions sociales et culturelles de chaque groupe (ou pays)²⁵⁹. G. Simmel montre que chaque catégorie (art, science, politique, religion) est un « mode de classement de la substance de l'existence ». Nous avons considéré dans cette étude que le sida pouvait constituer une « substance » délimitée et appréhendable. Précisons que nous ne considérons pas le sida comme pouvant être envisagé lui-même, « en soi » dirait Kant, il s'agit de mener une approche idéal-typique. Comme l'explique G. Simmel,

« Chacune de ces catégories est habilitée, en principe à construire d'après ses lois propres la totalité de cette substance [...] à cette réserve près que maintes fois ce qui fut déjà formé par l'un sert de matière à l'autre ». (Simmel, 1998 : 11)

L'auteur ajoute que la religion et donc la médecine doivent « prouver [leur] capacité à exprimer dans son langage la totalité de la vie [Simmel, 1998 :10] » (Hervieu-Léger, Willaime, 2001 :119). Elles doivent élaborer, « signifier un monde doté de ses lois propres et achevées en lui-même » (Simmel, 1998 : 10). En ce sens, la médecine et la religion présentent des mises en formes du monde distinctes, mais partant des même contenus : le sida, la maladie, la mort et la sexualité. Nous venons de voir dans cette thèse et dans cette dernière section que ces mises en formes des substances “sida” et “maladie”, circulent, dialoguent (sans toujours le savoir) entre médecine et religion. Ainsi, les analyses étymologiques des termes “observance(s)” et “prescription” utilisés d'abord par le christianisme puis transférés à la médecine, montrent à quel point ces « substances » voyagent, et laissent entrevoir la manière dont la médecine cherche à signifier un monde propre, mais en recourant à ce qui a

²⁵⁹ Cette propriété a été mise en lumière par qui a été présentée dans le chapitre 1 (section IV.2).

déjà été formé par d'autres catégories avant elle. D'ailleurs, n'en va-t-il pas de même pour de nombreux aspects du social et du culturel, portés tantôt plutôt par le religieux, tantôt plutôt par le politique, qui ensuite échangent de place et de rôle et reformulent ce qui l'a déjà été ? Et ne peut-on pas considérer que ces échanges et transferts introduisent de la nouveauté, des nouvelles configurations ?

CONCLUSION

De la guérison à la confiance... « en inversement »

Dans cette thèse, nous avons tenté de comprendre de quelle manière le christianisme éthiopien, ses deux composantes, l'EOTC et l'Eglise éthiopienne²⁶⁰, répondait à l'épidémie au VIH et comment et en quoi le sida invitait ce christianisme à s'adapter.

Si le sida révèle et transforme cette religion, l'attention aux réponses et changements du christianisme, nous a permis d'analyser un aspect jusqu'ici peu abordé et analysé de manière systématique tant par les sciences sociales que par les sciences biomédicales : la guérison. Ce que nous pensons être un apport a été rendu possible, pensable grâce à l'approche choisie pour envisager l'objet de cette étude : l'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida. En effet, l'objet lui-même n'est guère nouveau, mais nous avons tenté de l'appréhender sous les angles et perspectives conjoints de la socio-anthropologie de la santé et des sociologies et anthropologies du fait religieux et plus précisément du christianisme, comme l'y avait invité F. Laplantine (1986, 1992). Cette combinaison d'approches nous a permis de mettre en lumière la ritualisation importante de la sortie de la maladie, de l'infection au VIH sur les sites d'eau bénite éthiopiens, soit la guérison miraculeuse. Cet aspect a d'abord été étudié sous l'angle de l'anthropologie du fait religieux. Ensuite – et comme il a été opéré pour d'autres aspect de l'engagement de l'Eglise éthiopienne contre le VIH – nous avons transféré cette ritualisation à l'anthropologie de la santé et incidemment noté qu'elle n'avait été que peu pensée de manière systématique. Ce constat nous a amené à poser, qu'à l'instar de ce qui est fait en Ethiopie et sur les sites d'eau bénite, la guérison peut, de manière générale, faire l'objet de recherche en soi. En première approche, il apparaît que la guérison, que le processus/événement de sortie de la maladie, est le reflet inversé, est une forme chirale de l'entrée dans la maladie. Elle peut être posée comme comportant quatre étapes : (1) la reconnaissance des signes (socialement, culturellement et biologiquement construits) de la guérison par le malade, (2) l'authentification de cette fin de maladie par une autorité spécialisée (biomédecine, thérapeute) (3), la reconnaissance de cette guérison par d'autres acteurs et institutions (la famille, les amis, la communauté, la religion, le travail) et enfin (4) à la réintégration de la personne dans la vie sociale « normale ». Ainsi, il nous semble évident que la guérison est construite socialement, culturellement, biologiquement et s'inscrit dans une période historique précise. De nombreuses instances et acteurs de ce social et de ce culturel jouent un rôle dans la « fabrication » de la guérison. Tous ensemble et chacun séparément, des acteurs (les fidèles, et les patients, les familles et l'entourage des ex-

²⁶⁰ Dans cette conclusion, nous considérons plus la distinction opérée jusqu'ici entre Eglise éthiopienne, EOTC et l'entité rassemblant les deux, le christianisme éthiopien. Ces trois expressions sont donc ici synonymes, sauf précision explicite.

malades), et des institutions comme la biomédecine, la religion, l'économie²⁶¹ concourent à construire, à authentifier et participent finalement à la définition de la guérison.

Cette approche de la guérison a une autre conséquence, nous pensons, de taille : elle pourrait permettre de redéfinir la santé. En effet, de plusieurs auteurs envisagent la santé comme ne pouvant être circonscrite. Il est courant de citer cette phrase attribuée à R. Leriche « La santé, c'est la vie dans le silence des organes », mais c'est là d'abord une définition biologique de la santé, ensuite elle est établit dans un rapport « négatif » à la maladie (son absence), et non comme l'aboutissement d'un processus, comme un événement provoqué, travaillé par la culture et la société. Il nous apparaît au regard de ce changement de perspective que la santé a plus souvent été considérée dans son versant négatif, puisque c'est la survenue de la maladie, l'entrée dans la maladie qui ont été analysées, traitées (et abondamment). Des études sur la sortie de la maladie, pourraient permettre d'identifier les acteurs, les institutions et les différents segments de la culture et de la société qui participent à ce processus-événement, de guérison ou de sortie de la maladie. Car, comme nous l'avons explicité, ces entités, ensemble et séparément soit en tant qu'unité, jouent un rôle dans la réintégration d'un ancien malade et incidemment en un certain sens, elles donnent et construisent la guérison et la santé.

En choisissant d'aborder notre objet à travers les perspectives et approches conjointes de la socio-anthropologie de la santé et des sociologie et anthropologie du fait chrétien, il nous a fallu déterminer des manières d'aborder les différents aspects de l'objet permettant ou facilitant cette double perspective. Ou autrement formulé, nous avons du trouver des « angles d'attaques » autorisant ces approches conjointes. Plusieurs auteurs ont noté que la science, la recherche se faisait en portant attention aux marges, en effectuant un pas de côté. Dans le cadre de cette étude, et pour satisfaire aux choix méthodologiques posés, nous avons opéré des retournements, plus encore que considérer les marges, nous avons considéré l'inversion de proposition et avons retourné les objets pour considérer la proposition en sens inverse. C'est-à-dire, que l'analyse a été menée après avoir inverser le sens dans lequel les différents éléments de l'objet sont ordonnés. Dès lors, on peut alterner et considérer que soit l'objet soit l'analyse peuvent être inversés. C'est ainsi qu'il a été possible de poser que comme on entre dans la maladie (ce qui implique un changement de statut social), la plupart du temps, on en sort, et cette sortie de la maladie s'accompagne également d'un changement de statut social. La maladie est un moment qui a un début et une fin. En s'intéressant à ce processus avec les outils conjoints de la socio-anthropologie de la santé et de la religion, nous avons inversé l'objet 'maladie' pour le considérer sous l'angle de sa fin, et non plus de l'entrée. Trois autres thèmes (ou aspects) ont été envisagés de la sorte dans cette étude. Ainsi, plutôt que de considérer les raisons pour lesquelles les personnes ne prenaient pas en compte le risque d'infection au VIH, il a été proposé d'interroger la manière dont la confiance, dont les liens entre les individus étaient culturellement construits, dont la confiance entre les acteurs était structurée. En effet, les personnes interrogées expliquaient qu'elles n'avaient pas mis de

²⁶¹ Ce point n'a guère été développé dans cette étude, et pourra ultérieurement faire l'objet d'analyses (le matériel ayant déjà été collecté) ultérieures. Il apparaît que les sites d'eau bénite, soit les espaces extra-mondain, ont une économie (au sens d'échange de bien et de monnaie), particulière qui les distinguent des espaces « normaux » ou mondains dans lesquels un autre type d'économie prévaut. Les fidèles, ex-malades, en retournant dans le monde, changent de mode économique.

préservatif parce qu'elles avaient confiance dans leur partenaire. Assertion que l'on peut retranscrire ainsi : les acteurs n'envisagent pas le risque parce qu'ils font confiance. Dès lors, plutôt que de considérer la manière dont le risque n'était pas considéré, nous avons inversé l'ordre de la proposition et posé la question suivante : dans quelle mesure la construction sociale et culturelle de la confiance permet aux acteurs d'éviter un risque ? Incidemment, nous avons montré qu'il était possible de considérer les mesures de prévention au VIH sous cet angle (chapitre 7 section III). Un des autres renversements opérés, est le rapport à la règle. En effet, nous avons vu que le recours aux thérapies de type magico-religieuses ne débouchait pas uniquement une recherche de sens, mais constituait une forme d'action dans le monde. Les règles dont la multiplicité en rendent une grande part inobservable, permettent alors de déterminer dans l'espace suprasensible, (ou l'à-côté ou l'invisible), la cause du désordre. L'interaction entre les univers permet ensuite de réparer, en manipulant l'espace suprasensible par des moyens concrets visibles (chapitre 8 section II.4.e). Ainsi, la multiplicité des règles n'ont pas uniquement pour but de punir et de sanctionner, mais permettent aussi de réparer, de mener un rite propitiatoire afin de restaurer l'ordre dans les deux mondes en interaction. Le troisième et dernier renversement mené a trait au christianisme éthiopien. En effet, plutôt que de considérer et d'analyser, le christianisme éthiopien (appartenant à l'Orthodoxie – conclusion partie IV) comme une religion peu rationalisée et essentiellement mystique, (ce qu'elle est également sous d'autres aspects). Nous avons montré que le christianisme éthiopien avait plutôt rationalisé l'obtention de la rédemption et du pardon divin et éthicisé l'ascèse extra-mondaine à cette fin, ce dont la ritualisation importante de la guérison concourrait à attester. Dès lors, et au regard des résultats obtenus ici, ne pourrait-on pas continuer d'appliquer cette posture, et poursuivre cette manière de renverser les propositions ?

Enfin, outre ces renversements d'approches et inversions des « angles d'attaques », le choix de combiner les approches et les perspectives anthropologiques a nécessité de rechercher, ce que nous avons appelé des « concepts passerelles ». C'est-à-dire des notions qui permettaient d'envisager les objets identifiés sous les deux perspectives et approches conjointes. Il en existe évidemment plusieurs, mais cette thèse nous a permis d'en dégager une transversale à plusieurs des thématiques abordées : la confiance.

A la suite des travaux de G. Simmel (1999) et de P. Watier (2008), nous avons proposé à la fin de la deuxième partie (chapitre 7 section III) d'analyser les attitudes individuelles et collectives face à la possibilité d'une contamination au VIH en terme de confiance en lieu et place ou conjointement à celle de risque. Plus spécifiquement, il a été établi que l'infection au VIH était sous-tendue pour les hommes comme pour les femmes par cette idée de confiance. Les femmes avaient « trop fait confiance », tandis que les hommes se plaignent de la « duplicité des femmes » qui « mentent ou se cachent pour de l'argent ». Ces assertions témoignent d'un rapport différentiel à la confiance Hommes et femmes n'ont pas les mêmes manières de faire confiance, et la confiance donnée ne se construit pas à partir des mêmes comportements. Cette notion de confiance est, par ailleurs, souvent employée dans les analyses portant sur la stigmatisation (Ouattara, Gruénais et al. 2004), ou sur l'infection au VIH (Bajos et al. 1997). Dès lors, ne pourrait-on pas recourir à cette notion de confiance pour d'appréhender la manière dont les acteurs pensent la possibilité de l'infection au VIH ?

Cette notion de confiance a également été utilisée, dans la troisième partie de cette thèse, pour rendre compte de la foi que les Ethiopiens avaient en la guérison par l'eau bénite. En effet, en amharique, le seul terme *emenät* signifie tout ensemble : "religion", "foi" et "confiance". Dès lors, au regard du rapport des Ethiopiens au « croire », il est apparu préférable d'avoir recours à cette notion de confiance. Elle rendait, nous estimons, mieux compte de la disposition d'esprit dans laquelle les Ethiopiens voulaient se placer quant aux guérisons miraculeuses. G. Simmel a postulé la continuité entre la foi religieuse, la confiance en Dieu et certaines formes de confiance plus « interhumaines ». Il explicite qu'une forme de la confiance :

« Est au-delà du savoir et du non-savoir : celle qu'on appelle la *foi*²⁶² d'un être humain en un autre être humain, et [...] entre dans la catégorie de la foi religieuse. Pour croire en Dieu, on ne s'est jamais fondé que sur "des preuves de l'existence de Dieu", mais celles-ci ne sont rien d'autre que des justifications après coup [...] de même on "croit" en une personne, sans que cette foi soit justifiée par les preuves que cette personne [en] est digne [...] Cet état de foi n'apparaît probablement, sous une forme tout à fait pure, libre de toute considération métaphysique, qu'à l'intérieur de la religion [...] ces [autres] formes sociales de la confiance, si exactes ou intellectuellement fondées qu'elles puissent sembler, comportent toujours un peu de cette « foi » sentimentale, voire mystique de l'homme en l'homme. » (1999 : 356)

Nos données vont dans le même sens, puisque chez les chrétiens éthiopiens, idéalement, une personne pieuse doit faire autant confiance à Dieu qu'aux hommes. Toutefois, cette notion de confiance est complexe (Watier, 2008 : 12 ; Quéré, 2001 : 10), et le rapport des Ethiopiens à la confiance tout autant. En effet, malgré l'assertion idéale posée précédemment et le fait que sur les sites d'eau bénite, les fidèles sont censés avoir une foi forte, une confiance absolue en Dieu (cf. chapitre 9 section II. 3), les rapports des fidèles à la confession témoignent de la difficulté d'adopter ce comportement. Nous avons vu que si la plupart des fidèles se confessaient à l'arrivée sur un site d'eau bénite, plusieurs confesseurs tirent un avantage financier de ce besoin laïc, prouvant dès lors que cette pratique n'a pas atteint un haut degré de rationalisation, à l'instar de la confession dans le Catholicisme (Delumeau, 1990). En outre, tous les fidèles ne se confessent pas, ou qu'une seule fois. Cette difficulté à se confesser, s'explique par le rapport du christianisme éthiopien à la confession, qui considère à l'instar de l'Eglise syriaque que :

« La condition requise pour rendre possible cette confession c'est de trouver des prêtres discrets et prudents ; si le pécheur ne peut en trouver, il peut faire pénitence seul devant Dieu » (Isaac, 1989 : 150)

Dès lors, considérer la confiance dans les hommes comme en partie conditionnée par la confiance en Dieu, nous paraît à questionner plus avant. Ces analyses et études pourraient, nous croyons, permettre d'enrichir la compréhension de ce « lubrifiant extrêmement efficace du système social » (Arrow 1976 :83 cité par Watier, 2008 : 90).

Enfin, il a été mis en lumière, au terme de la quatrième partie que la confiance peut constituer une « porte d'entrée » des relations entre patients et médecins. En effet, celle-ci est à l'œuvre, construite, presque de manière réflexive pourrait-on dire, en vue de permettre une meilleure observance des traitements ARV :

« Facteurs liés à l'équipe médicale : l'observance et son maintien sont en partie liés à la

²⁶² Les italiques et les guillemets sont dans le texte de G. Simmel.

confiance du patient dans l'équipe médicale et à une bonne communication avec cette dernière » (Delfraissy et al., 2002 : 53)

Dans d'autres contextes médicaux, cette confiance est recherchée, délibérément ritualisée dans le cadre de l'obtention du consentement « éclairé », permettant l'intégration de sujet dans un protocole de recherche biomédical (Ducournau, 2005). P. Ducournau met en lumière l'existence d'un « tiers réducteur d'incertitudes » (*ibid* : 16). Cette situation s'observe dans d'autres contextes. Ainsi, au Sénégal, la signature de ce consentement éclairé est, parfois appuyée, facilitée, par des acteurs locaux :

« C'est ainsi qu'un enquêteur qui travaillait dans un essai clinique m'explique qu'il utilise la reconnaissance et la confiance qu'il a acquises auprès de la population de la région — où il apparaissait comme prestataire de soins — pour 'convaincre' ces derniers de participer à de nouveaux programmes » (Ouvrier, 2011 : 138)

Ce type d'acteur intermédiaire, connaissant bien tant l'institution en demande de consentement que les personnes devant être incluses dans le protocole, permettent de faciliter la signature de ce consentement. Il apparaît donc que les relations de proximité, la relation de confiance « informelle », travaillée de longue date, prend le pas sur l'information rigoureusement délivrée.

Ces exemples, et analyses de différents aspects de la confiance, telle qu'elle se donne à voir en Ethiopie et ailleurs, montrent à quel point, la construction de la confiance est soumise, au sein d'un même univers socio-culturel, à des déterminants nombreux. Elle peut être construite réflexivement, est différentielle selon les sexes et les classes d'âge, elle peut contenir un peu de la foi ou de la confiance religieuse. Elle est à l'œuvre dans le rapport à la sexualité, à Dieu, à la confession, pour divulguer son statut sérologique à un tiers, et elle est présente dans le rapport à la médecine, à la santé. Bref, comme le note P. Watier, la confiance « irrigue » un grand nombre de pratiques sociales ce qui en rend la définition « délicate » (2008 : 12). Certes, et dans le même temps, elle est « une des forces de synthèse les plus importantes au sein de la société » (Simmel, 1999 : 355). Plusieurs auteurs ayant travaillé ce concept ont noté qu'elle n'avait été que peu étudiée par les sciences sociales (Watier, 2008 : 10-15 ; Quéré, 2001 : 10). Il nous semble dès lors, que malgré ou bien plutôt grâce, à son caractère « disparate », « fluide », ou même « insaisissable », elle est une notion pleine de promesses, et favorisant presque par essence, les passerelles ou des plus grands ponts entre les différentes disciplines et/ou champs des sciences sociales.

Cette thèse se donnait pour but de répondre à la question suivante : qu'est-ce que l'engagement du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida révèle de cette religion et en quoi la transforme-t-il ?

Nous espérons avoir réussi à montrer que le christianisme éthiopien s'impliquait plus dans la prise en charge des personnes infectées et dans la réponse à l'épidémie que dans la prévention des nouvelles infections au VIH. Autrement formulé, l'approche par les prismes et perspectives conjointes de la socio-anthropologie de la santé et de la religion révèle que cette Eglise n'est pas celle que les instances américaines attendaient. En effet, USAID-PEPFAR a financé l'EOTC d'abord au titre de la promotion de l'abstinence et de la fidélité, et du soutien

psychologique et financier aux personnes infectées et affectées ainsi qu'aux orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH. Nous avons tenté de montrer que le christianisme éthiopien ne s'implique guère dans la prévention des nouvelles infections et donc que ses discours quant à l'abstinence et la fidélité ont une portée limitée auprès de ses fidèles parce qu'elle est d'abord une église de la sacralité et que ses règles et valeurs religieuses n'ont pas pour fonction d'être mises en pratique dans la vie quotidienne. Ces règles ont pour fonction de séparer le sacré du profane (Douglas, 2001), de protéger la sacralité de ses espaces saints et la possibilité de sortir du monde considéré comme corrompu par le diable. A ce titre, ces règles ne constituent pas un code moral applicable dans la vie quotidienne laïque. En retour, nous avons vu que les épidémiologistes et le Gouvernement éthiopien relayent le discours moral porté par la société éthiopienne. Celui-ci rencontre à son tour, les discours moralo-sanitaires des organismes d'aide bilatéraux américains et dans une moindre mesure, des instances internationales qui ensemble concour(ai)ent à obérer la réalité épidémiologique actuelle de l'infection au VIH en Ethiopie. Ce constat renforce le précédent et prouve qu'en Ethiopie, le discours moral visant à encadrer les comportements sexuels est plus porté par les instances sanitaires laïques que par le christianisme éthiopien.

L'engagement de l'EOTC dans la lutte contre le sida révèle également que la religion entre en concurrence avec les instances sanitaires américaines sur un pan auxquelles elles ne s'attendaient sans doute guère. En effet, USAID-PEPFAR, (bien décidées à « sauver le monde » ?) ont du faire face à une Eglise éthiopienne qui œuvrait essentiellement sur un terrain, symboliquement, identique au leur : le traitement des PVVIH. Le PEPFAR entend « sauver des vies » en distribuant des ARV gratuitement, et de son côté, l'Eglise éthiopienne entend « guérir du sida » et assurer « le salut » intra et extra-mondain de ses fidèles. Ces deux institutions proposent donc des « biens » sanitaires et de salut similaires, prouvant dès lors que corps et âme, sacré et profane se côtoient perpétuellement.

Nous nous permettons ici une analogie anachronique. Il a été rappelé en conclusion de la quatrième partie que pour H. Arendt, le concept de vie en Occident s'était chargé d'une sacralité toute chrétienne (1961). Ne peut-on pas considérer que les deux composantes de la vie, *zoé* et *bios*, sont « le corps et l'âme » de la vie, ses immanence et transcendance... et ces deux essences sont désormais tant liées qu'il est impossible de les distinguer. Et ce curieux mélange n'est pas sans rappeler la conception des relations entre les deux essences du Christ du christianisme éthiopien. Nous l'avons vu, cette Eglise considère l'âme et le corps du Christ comme intimement mêlés, indissociables. Dès lors, les fidèles pour sauver leur âme et leur corps, nient d'abord le second pour retrouver l'âme et ainsi restaurer le corps, révélant la manière dont corps et âme sont liés ; ils sont distincts mais l'âme restaure le corps, c'est-à-dire qu'elle est première et domine le corps profane. Tandis que les puritains protestants semblent avoir diviniser la vie, et sacralisé la vie dans le corps. Ainsi, physique et métaphysique, nature et surnature, dansent perpétuellement, se confondant, s'entremêlant, jusqu'à devenir indissociable, pour ensuite se démarquer à nouveau.

Cette concurrence entre le PEPFAR et la cure biomédicale et l'Eglise éthiopienne et la cure spirituelle ne concerne pas que ces aspects « spirituels », mais se donnent à voir dans de nombreux autres aspects. Ainsi, le PEPFAR et les instances investies dans la lutte, entendent s'intéresser au traitement du rejet des PVVIH. Là où le christianisme éthiopien traduit la liminalité de l'infection au VIH en la transformant en liminalité extra-mondaine, les

institutions laïques gèrent cette liminalité dans le monde, elle demeure intramondaine. Les deux thérapies exigent des technologies de soi précises et exigeantes. Toutes deux valorisent, tentent de susciter la solidarité entre les PVVIH (communauté de *tsäbältägna* vivant avec le VIH *versus* association de PVVIH), permettant d'assurer aux personnes infectées et affectées un soutien psychologique, émotionnel et matériel. Ces parallèles débouchent, nous estimons, sur un grand nombre d'interrogations, qui peuvent être subsumées sous la question suivante. Pour quelles raisons les cures biomédicale(s) et spirituelle(s) du VIH présentent autant de similarités ?

Si le sida et plus exactement l'implication de l'EOTC dans la lutte contre l'épidémie, révèle le christianisme éthiopien, il le transforme également, ou du moins, constitue un facteur de changement. Et ce facteur est multiple. Un grand nombre d'acteurs est impliqué contre cette épidémie, les montants alloués sont parfois colossaux et le VIH appelle un déploiement technologique conséquent ainsi que des formes spécifiques de « management » et de gestion des ressources matérielles et humaines et enfin des *politics* et *policies* propres. Ces éléments sont constitutifs, via la transnationalisation et la globalisation de la santé, d'une rationalisation croissante des moyens humains et matériels visant la santé globale, le « salut » sanitaire des populations. C'est cette rationalisation qui a rencontré l'EOTC d'abord en tant qu'institution religieuse puis dans le cadre de la prise en charge des PVVIH, l'Eglise éthiopienne. Cette rationalisation, que nous considérons, à la suite de M. Weber (1996) comme proprement occidentale a fait face à deux mouvements coexistant au sein du christianisme éthiopien. D'abord, elle a rencontré une EOTC elle-même en voie de rationalisation, mais qui n'avait pas autant rationalisé et éthicisé les valeurs religieuses et imposés à ses fidèles leur respect dans le cadre de la vie quotidienne. Les soutiens de USAID et de PEPFAR à l'EOTC pour promouvoir l'abstinence et la fidélité, pour mettre en lumière les comportements sexuels des fidèles jusqu'ici tus, pour produire un discours médico-morale-religieux pendant d'une production discursive moralo-sanitaire (chapitre 11 section III.5.c) n'ont guère abouti aux effets escomptés. L'Eglise éthiopienne, soit les prêtres de la base, les fidèles, demeurent attachés à leur religiosité spécifique à leur propre rationalisation des valeurs religieuses (chapitre 11 section V, chapitre 12).

Cette thèse portant sur l'engagement du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida a donc mis en lumière la rencontre entre deux rapports au monde, à la vie, à la maladie, au sacré, et aux manières même d'exister dans ce(s) monde(s) – intra et extra-mondains. Leur rencontre révèle l'écart qui les sépare et les incompréhensions mutuelles, mais témoigne aussi d'un attachement commun à la vie. Reste à déterminer de quelle vie s'agit-il précisément, la *bios*, soit la vie au sens éthéré, incorporel ou la *zoé*, la vie dans sa forme éminemment sociale, culturelle et également religieuse ? Ou encore, on pourra s'interroger sur la manière dont les « essences », abstraite et concrète, sacré et profane, s'entremêlent dans la notion variable de santé, et plus généralement dans les diverses conceptions de la vie.

ANNEXES

- 1. Carte d’Ethiopie**
 - 1.1. Carte d’Ethiopie
 - 1.2. Carte administrative avant 1974
 - 1.3. Carte administrative sous le *därg*,
 - 1.4. Carte administrative actuelle
- 2. Organisation de la lutte contre le sida sous le *därg***
 - 2.1. Le Ministère de la santé sous le *därg* et l’OMS contre le sida
 - 2.2. Les premiers chiffres autour de l’infection (chiffres de 1989):
 - 2.2.1. Distribution des personnes séropositives par métier
 - 2.2.2. Distribution des personnes séropositives par âge et sexe.
- 3. Des sites d’eau bénite**
 - 3.1. Schéma de la sacralité des sites d’eau bénite
 - 3.2. Schéma de la sacralité des églises
 - 3.3. Les fidèles entre l’église et les sites d’eau bénite
- 4. Récits d’apparitions des six sites d’eau bénite**
- 5. Les sites d’eau bénite distribution géographique**
 - 5.1. Carte d’Ethiopie avec les sites d’eau bénite visités
 - 5.2. Les sites ruraux/urbains
 - 5.3. Les sites les plus important en taille
- 6. Des photos de sites**
 - 6.1. Ent’ot’o Maryam
 - 6.2. Wänqeshét Gabréel
 - 6.3. Zeq^wala
- 7. Des guides d’entretien**
 - 7.1. Un guide d’entretien aux *tsäbältägnas*
 - 7.2. Un guide d’entretien aux clercs
 - 7.3. Un guide d’entretien aux commerçants
- 8. Des miracles, des tests de dépistages et des photos**
 - 8.1. Une première série de tests de dépistage utilisés à Ent’ot’o Maryam
 - 8.2. Un autre test
 - 8.3. Une dernière série
- 9. Photos d’un rally d’Archevêque à Däbrä Marqos**
- 10. La venue de l’Abuna Pawlos à Ent’ot’o Maryam en photo**

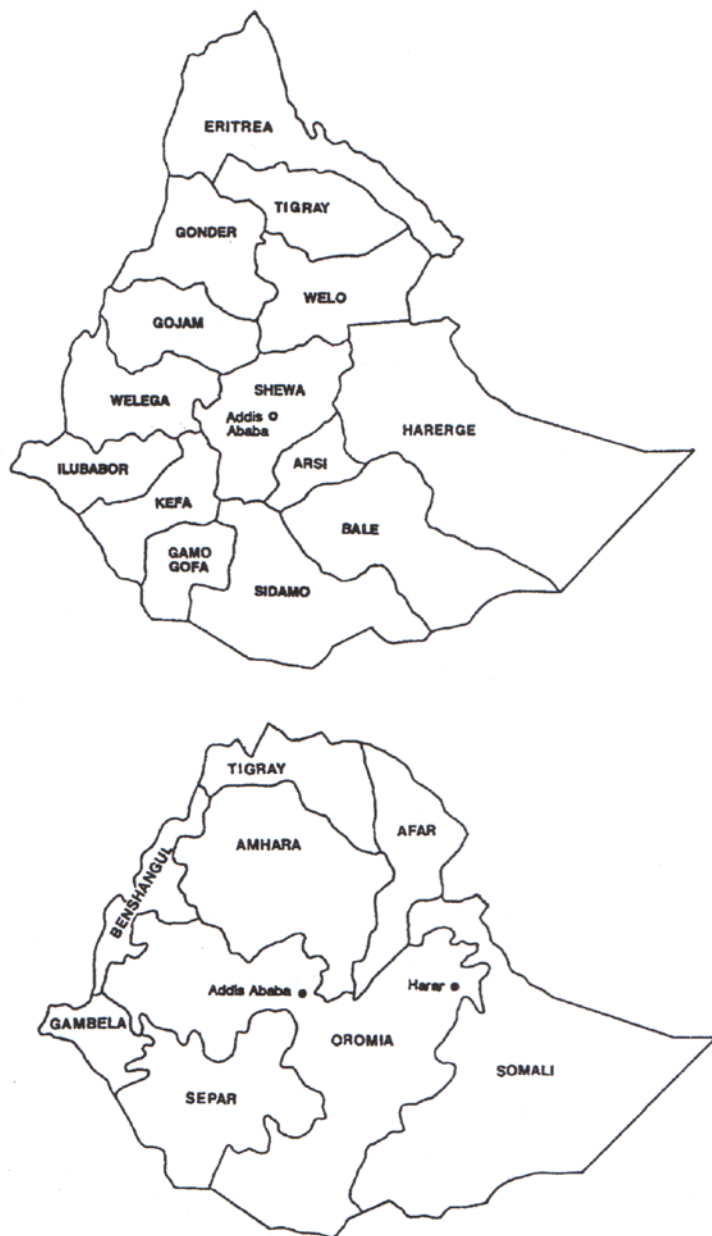
ANNEXES 1.
CARTES D'ETHIOPIE

Annexe 1.1. Carte d'Ethiopie actuelle



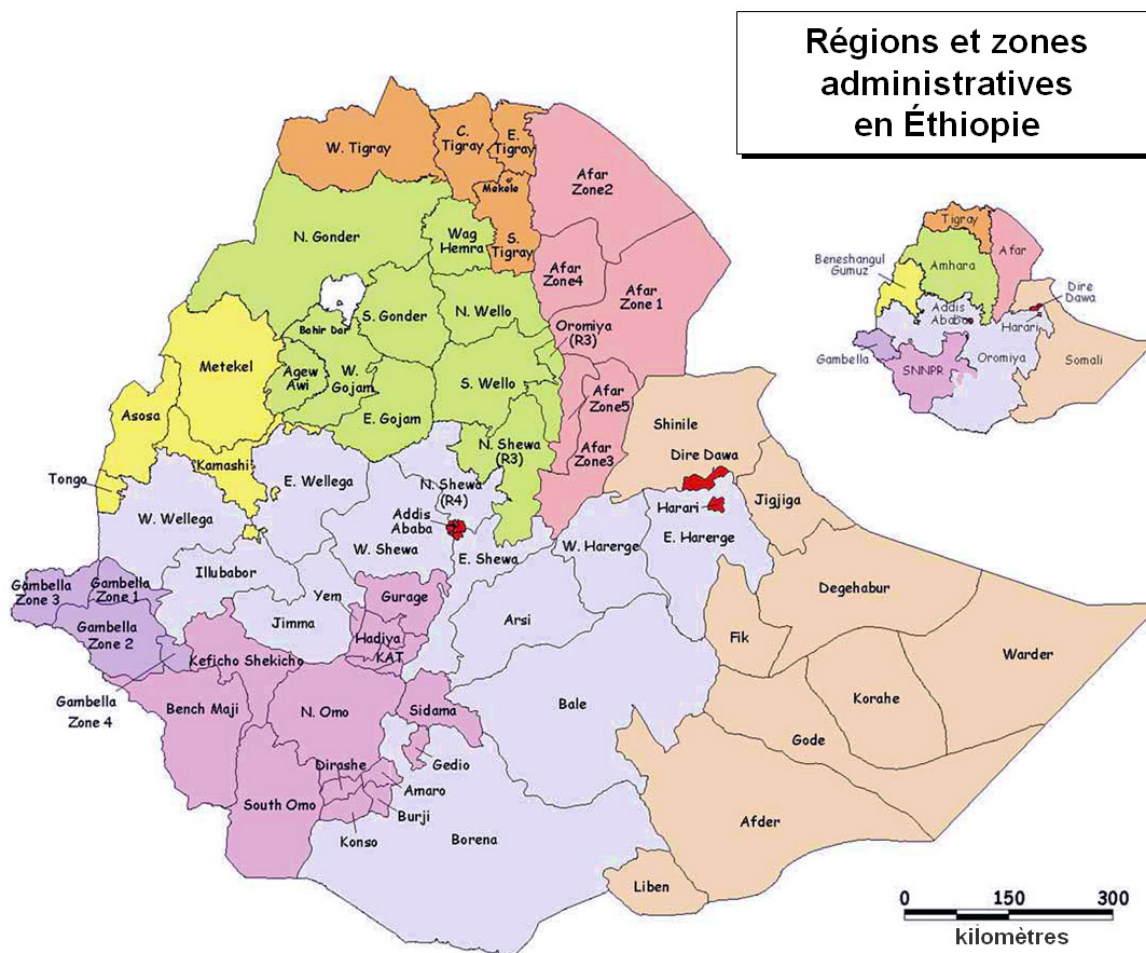
Annexe 1.2. Carte administrative avant 1974

Les 14 régions d'Éthiopie sous le règne de Haïlé Sélassié (1941-1975)



Annexe 1.3. Carte administrative sous le *därg*

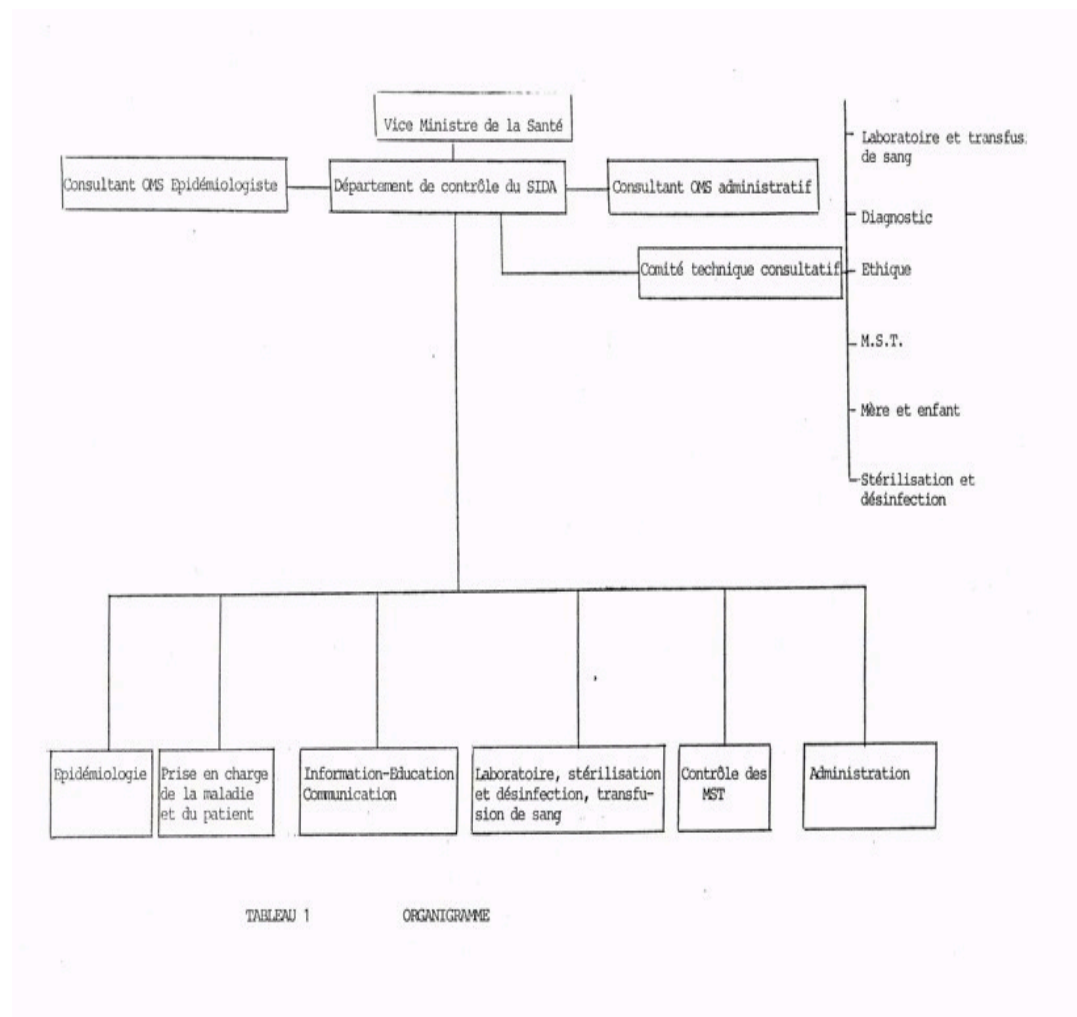
Annexe 1.4 Carte administrative actuelle



ANNEXES 2.
LA LUTTE CONTRE LE SIDA SOUS LE DÄRG

Annexe 2.1 Le Ministère de la santé sous le *därg* et l’OMS contre le sida

Organigramme du département de lutte contre le sida sous le *därg*
(Source, Lehmani, 1991)



Annexe 2.2. Les premiers chiffres autour de l'infection au VIH (1989)

2.2.1. Répartition des cas de séropositivité au VIH selon les métiers

(Source, Lehmani, 1991 : 26)

TABLEAU 9 DISTRIBUTION EN FONCTION DU METIER

Métier	Nombre de cas	%
Chauffeur routier	12	6,12
Assistant chauffeur routier	6	3,06
Fermier	2	1,02
Agent de santé	3	1,53
Employé de bar ou d'hôtel	10	5,10
Patron de bar	5	2,55
Marchand	12	6,12
Militaire	15	7,65
Chômeur	12	6,12
Fonctionnaire du gouvernement	20	10,20
Etudiant	5	2,55
Enseignant	4	2,04
Technicien	8	4,08
Inconnu	52	26,53
Autre	25	12,76

La rubrique "autre" comprend : le personnel de maison, les femmes au foyer, les acteurs, les musiciens, les diacres, les tailleurs.

Les enfants représentant 5 cas, ne sont pas mentionnés dans ce tableau.

2.2.2. Répartition des cas de séropositivité au VIH recensés en 1989 selon l'âge et le sexe

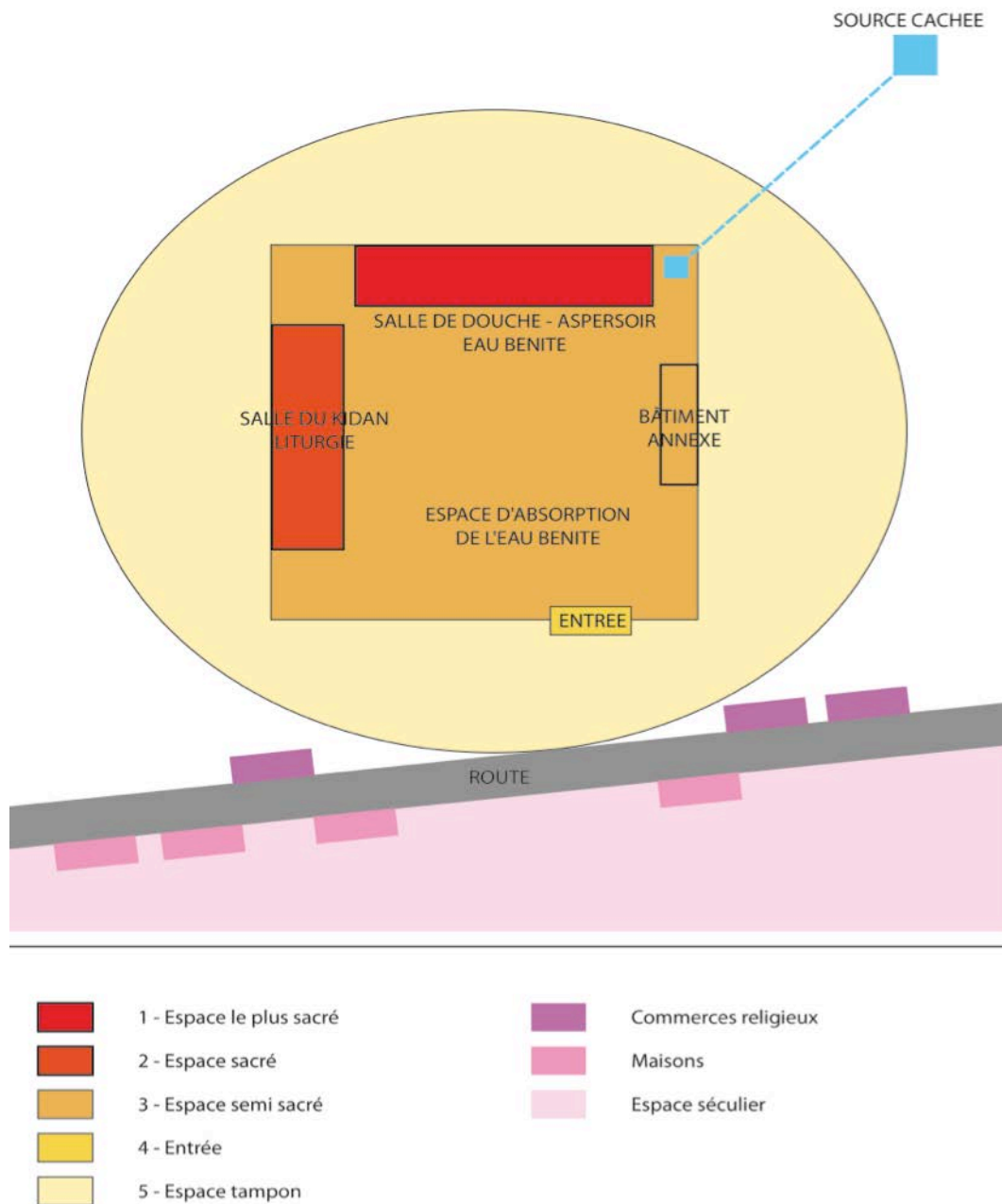
Source, Lehmani, (1991 : 26)

TABLEAU 4 DISTRIBUTION SUIVANT L'AGE ET LE SEXE

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
< 1	2	1	3
1 - 4	0	2	2
5 - 14	0	0	0
15 - 19	3	2	5
20 - 29	44	24	68
30 - 39	62	13	75
40 - 49	23	5	28
50 - 65	12	2	14
> 65	1	0	1
TOTAL	147	49	196

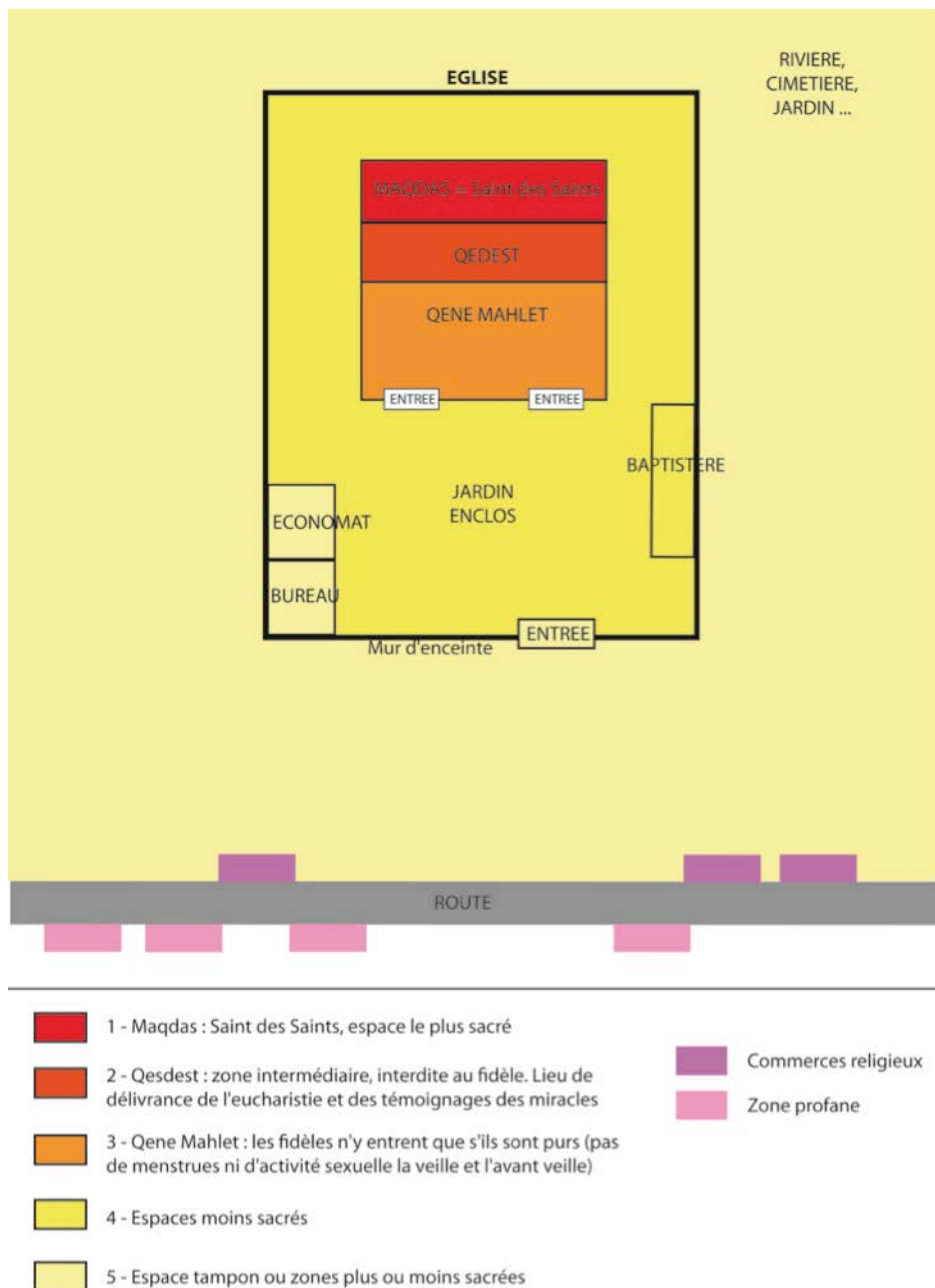
ANNEXES 3. DES SITES D'EAU BENITE

Annexe 3.1 Schéma de l'organisation du sacré sur les sites d'eau bénite
(Créé par T. Alix)



Annexe 3.2. Schéma de la sacralité des églises

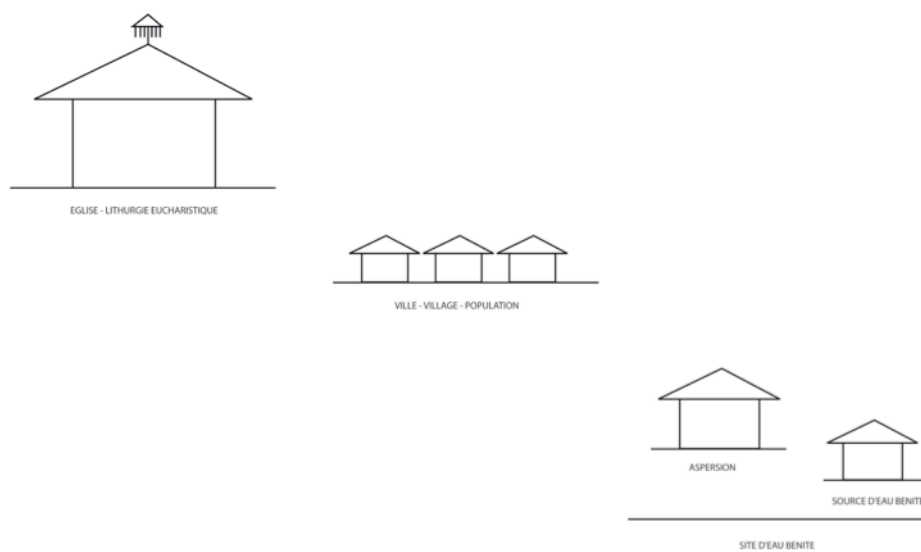
(Créé par T. Alix)



Annexe 3.3 Les fidèles entre l'église et le site d'eau bénite

Les sites d'eau bénite en aval, l'église en amont, les fidèles entre....

(Créé par T. Alix)



ANNEXE 4.

SIX RECITS D'APPARITION DES SOURCES D'EAU BENITE

Mythe d'apparition de l'eau bénite de Ent'ot'o Maryam

La version la plus courante du mythe de la source d'eau bénite de Ent'ot'o Maryam se conjugue avec l'histoire de la fondation d'Addis Ababa car il commence avec l'empereur Ménélik II. Celui-ci avait installé son *gebi* (signifiant "maison" ou "concession") sur le mont Ent'ot'o pour y fonder la capitale. Souffrant d'une maladie des yeux, il descendait tous les matins à la source pour les y laver. Puis, la source tomba dans l'oubli. En 1992, un *bahetawi* qui vivait en ermite dans les environs de Däbrä Libanos eut un songe dans lequel la Vierge Marie lui dit de se rendre à Ent'ot'o Maryam, où il y avait une source qui pourrait guérir de nombreux malades. La Sainte Vierge dit au *bahetawi* que des gens du monde entier se rendraient là pour prendre l'eau bénite, qu'il en viendrait des Etats-Unis, d'Europe et de nombreuses autres contrées. Une autre version implique un animal, une antilope. Après le songe, l'antilope, enveloppée de lumière, apparut au *bahetawi* et le conduisit jusqu'à la source dont la Vierge lui avait révélé les pouvoirs.

Mythe d'apparition de l'eau bénite de 'Uraél

L'ange 'Uraél était le seul ange à rester aux côtés de Jésus en croix sur le mont Golgotha. Quand le romain perça le flanc du Christ, 'Uraél recueillit le sang et l'eau qui s'en écoulèrent dans une coupe et les versa sur le monde pour le bénir. C'est lui qui fit apparaître la source derrière l'église de 'Uraél après sa construction. Un jour, près de la rivière, un assassinat a été commis. L'homme, après avoir poignardé son congénère, a lavé sa dague avec l'eau bénite. 'Uraél s'est fâché et la source s'est tarie. En 1968 (calendrier éthiopien²⁶³), *Tsabate* (titre d'ecclésiaste éthiopien) Kädamu Gabré eut un songe dans lequel 'Uraél lui disait que l'eau bénite réapparaîtrait. Par l'intermédiaire de l'ange, le moine fit revenir l'eau bénite dont il fut ensuite le responsable. Depuis, de nombreuses personnes viennent prendre l'eau bénite de 'Uraél, et depuis environ 10 ans, les malades du sida se sont joints aux autres malades.

Mythe d'apparition de l'eau bénite de Zeq^wala

En 1167 (calendrier Ethiopien), vivait en Egypte un moine nommé Abba Gäbrä Mänfes Qedus. Il y vécut 300 ans puis vint en Ethiopie où il resta 262 ans. Ces 562 années le rendirent différent des autres moines. Au cours de son voyage vers l'Ethiopie, il était accompagné de 60 lions et 60 tigres qui, d'après les personnes interrogées, se trouvent encore dans la forêt. Abba Gäbrä Mänfes Qedus reçut de Dieu la promesse que ces lions et ces tigres ne mangeraient rien mais lècheraient le sol sur lequel les pieds du moine se seraient posés, afin de montrer sa puissance. Après son arrivée, il fit le tour du cratère et vit que l'Ethiopie vivait dans le péché, alors, il resta pendant 100 ans sur l'eau à prier. Après cela, il obtint que Jésus bénisse l'Ethiopie entière. En 1415, du temps du roi Andreas, cinq églises ont été construites à Zeq^wala, mais Ahmed Gragn²⁶⁴ les a toutes détruites. Ménélik II en fit reconstruire

²⁶³ Toutes les dates données dans ce mythe sont celles du calendrier éthiopien.

²⁶⁴ Les mythes de Wänqueshét Gabré et de Zeq^wala font intervenir la figure de Gragn comme agent de destruction du sacré. Celui-ci est un personnage réel, tragiquement populaire en Ethiopie, sur lequel se sont greffés de nombreux mythes²⁶⁴ et nous allons le voir une symbolique certaine. En 1527, sous le règne du Lebna Dengel (1504-1540), l'Ethiopie connut une série de conflits avec le royaume musulman de Adal, dont l'armée était conduite par le guerrier Imam Ahmed ibn Ibrahim al-Ghazi, surnommé Gragn (1527-1543). Equipé par les Turcs Ottomans et accompagné de hordes de soldats Somali, Ahmed Gragn et son armée traversa le territoire dévastant et massacrant tout ce qui se trouvait sur sa route. En quelques temps le

une en 1880, et Hailé Selassié une autre en 1957. Avant, le lac était profond, chacun pouvait y puiser directement et à sa convenance, mais en 1986 (ou 1981 selon les versions), le lac s'assécha, il n'y avait plus d'eau. Puis, l'eau revint. Et alors seuls les *atmaqi* eurent le droit de toucher l'eau directement et d'en baptiser les fidèles. Depuis, un système de pompe permet d'amener l'eau dans un bâtiment construit à cet usage (au rituel de l'eau bénite) pour que les hommes et les femmes ne soient pas nus en présence les uns des autres.

Mythe d'apparition de l'eau bénite de Wänqeshét Gabré

Il y a cinq cent ans, un monastère existait à Wänqeshét Gabré, mais il fut détruit par Ahmed Gragn. Il y a sept ans, Abba Y.T. M. eut un songe durant lequel l'ange Gabré lui apparut pour lui indiquer l'endroit où une croix de ce monastère était ensevelie. A proximité, se trouvent neuf sources d'eau bénite qu'il découvrit en même temps.

Mythe d'apparition de l'eau bénite de Shenq^wära Yohänes

La source de Shenq^wära Yohänes existe depuis 1984²⁶⁵ (ETC). A cette époque, il n'y avait là qu'une forêt. A trois heures de marche de ce site, se trouve l'église de Särkané Maryam fondée sous le règne de l'impératrice Zeoditu.

Sur ce site, les versions du mythe diffèrent bien plus que sur les autres sites. Celle d'un des prêtres, responsable du site et celles des fidèles venus se soigner sont très divergentes. Nous donnons donc ici les différents récits.

Selon le prêtre, l'église fut fondée en 1620 par *menmer s'ärs'äl wäld*. Ce *menmer* vécut pendant trente ans dans une grotte et obtint de Dieu un *selät*, un "voeux", "don"²⁶⁶. Après cela, alors qu'il allait mourir, il se dit que s'il laissait ce *selät* dans la grotte, les générations prochaines le blâmeraient. Alors il décida de construire cette petite église. Depuis lors, cet endroit saint est « un mystère pour la guérison de différents types de maladies et depuis peu pour le HIV ».

Un habitant de Shenq^wära Yohänes rapporte une version légèrement différente. Un prêtre (*monoxe*, soit un prêtre vierge et célibataire) vivait dans une grotte autour de Shenq^wära Yohänes, une nuit, il eut un rêve. Le lendemain, il se rendit à l'endroit que le rêve lui indiquait et ne trouvant rien, il se mit à prier, prier encore. Il eut une autre vision dans lequel un oiseau blanc apparut et Dieu lui dit alors de le suivre, ce qu'il fit et arriva à la source. Il était blessé à la jambe et l'eau de la source le guérit. A l'origine de cette source, ne se trouvait que le lit d'une rivière à sec. Après le rêve, quand le *monoxe* s'y rendit, l'eau jaillit des rochers.

Un autre habitant raconte que l'eau bénite est connue depuis 1985 et que sa réputation croît d'année en année. Selon lui, les prêtres autour du village eurent un rêve, un message de Dieu indiquant qu'il y avait là une source d'eau bénite qui pourrait guérir. Les prêtres au réveil virent apparaître un oiseau blanc qui les guida jusqu'à la source. En revenant, les prêtres annoncèrent qu'un *tsäbäl* était apparu pour les guérir. Le narrateur précise que l'eau existait avant mais que Dieu l'avait transformé.

pays fut mis à sac, ses habitants contraints à la conversion à l'islam, les églises et les monastères furent brûlés et détruits en grand nombre. L'armée éthiopienne soutenue par une expédition portugaise menée par Christophe de Gama, fils de Vasco de Gama, réussit à tuer Ahmed Gragn et à mettre son armée en déroute (Levine, 1965 :20). Cet événement marqua considérablement la mémoire éthiopienne. L'invasion d'Ahmad Gragn, dit "le Gaucher", est mythiquement imputée à l'idolâtrie et au non respect des coutumes éthiopiennes chrétiennes par le roi Lebna Dengel (Caquot, 1957 ; Dorese, 1970 : 61-64). Plusieurs symboliques s'entrecroisent ici : la destruction, la profanation, l'idolâtrie, l'islam (dans une certaine mesure), le non respect de la doctrine chrétienne éthiopienne. L'invocation de Gragn comme cause de la disparition du sacré sur les sites d'eau correspond donc elle aussi à la définition du sacré impur, de la souillure. Les contacts entre ces deux entités est clairement à l'origine de la disparition du sacré pur et seule une intervention divine permet de réactiver la sacralité perdue.

²⁶⁵ D'autres versions datent son apparition de 1985 et d'autres encore de 1986.

²⁶⁶ Dans le présent contexte le terme *selät* semble devoir être traduit par "promesse", toutefois, les traductions qu'en donnent les dictionnaires (Leslau, 1976 : 48 ; Dillman, 1970 : 375-376) ne concordent guère avec cette acception.

Mythe d'apparition de l'eau bénite de Shenquru Mikaél

La source d'eau bénite était connue des habitants du village et des alentours, sous le nom de *yäekäk tsäbäl*, soit littéralement "l'eau bénite pour les démangeaisons" ou encore "l'eau bénite pour les boutons". Depuis quelques années des habitants en provenance de divers lieux commencèrent à se rendre à venir à la source les jours de la fête de saint Mikaél. Il y a quatre ans, un prêtre vint avec sa croix pour baptiser les fidèles. Mais l'ange Mikaél jeta sa croix du prêtre à terre et depuis, c'est saint Mikaél, en personne, qui baptise les fidèles venus prendre l'eau bénite.

Analyse narrative : une structure ternaire

Dès la première lecture des récits, une structure narrative en trois temps apparaît : première apparition du sacré (bénit) sur le site, puis disparition du *tsäbäl* ou de la sacralité (ou bénédiction), troisièmement réapparition (ou apparition) du *tsäbäl*.

Le premier événement, qui va fonder la sacralité du lieu, se situe dans la longue durée, voire au moins dans la moyenne durée pour Ent'ot'o Maryam et Shenquru Mikaél. Cet événement fait intervenir un moine ou un monastère pour trois d'entre eux, Zeq^wala, Wänqeshét Gabréel et Shenq^wära Yohänes selon la version du prêtre. Pour Uraél, c'est un ange qui est à l'origine de la source, à Entoto Mariam, un roi et enfin à Shenquru Mikaél les habitants²⁶⁷. La sacralité actuelle du lieu ou de la source plonge ses racines dans le temps long.

Dans un deuxième temps, pour quatre des récits présentés ici, un événement provoque la disparition des pouvoirs de l'eau ou de l'eau même. A Ent'ot'o Maryam, le décès de Ménélik fait perdre la connaissance de la source. A 'Uraél, un assassinat attise la colère de 'Uraél qui en réaction tarit la source. A Wänqeshét Gabréel, c'est la destruction des églises par Mohamed Gagn qui est à l'origine de la disparition du sacré et enfin à Zeq^wala, l'utilisation abusive de l'eau du lac par les laïcs et les prêtres provoque le tarissement du lac.

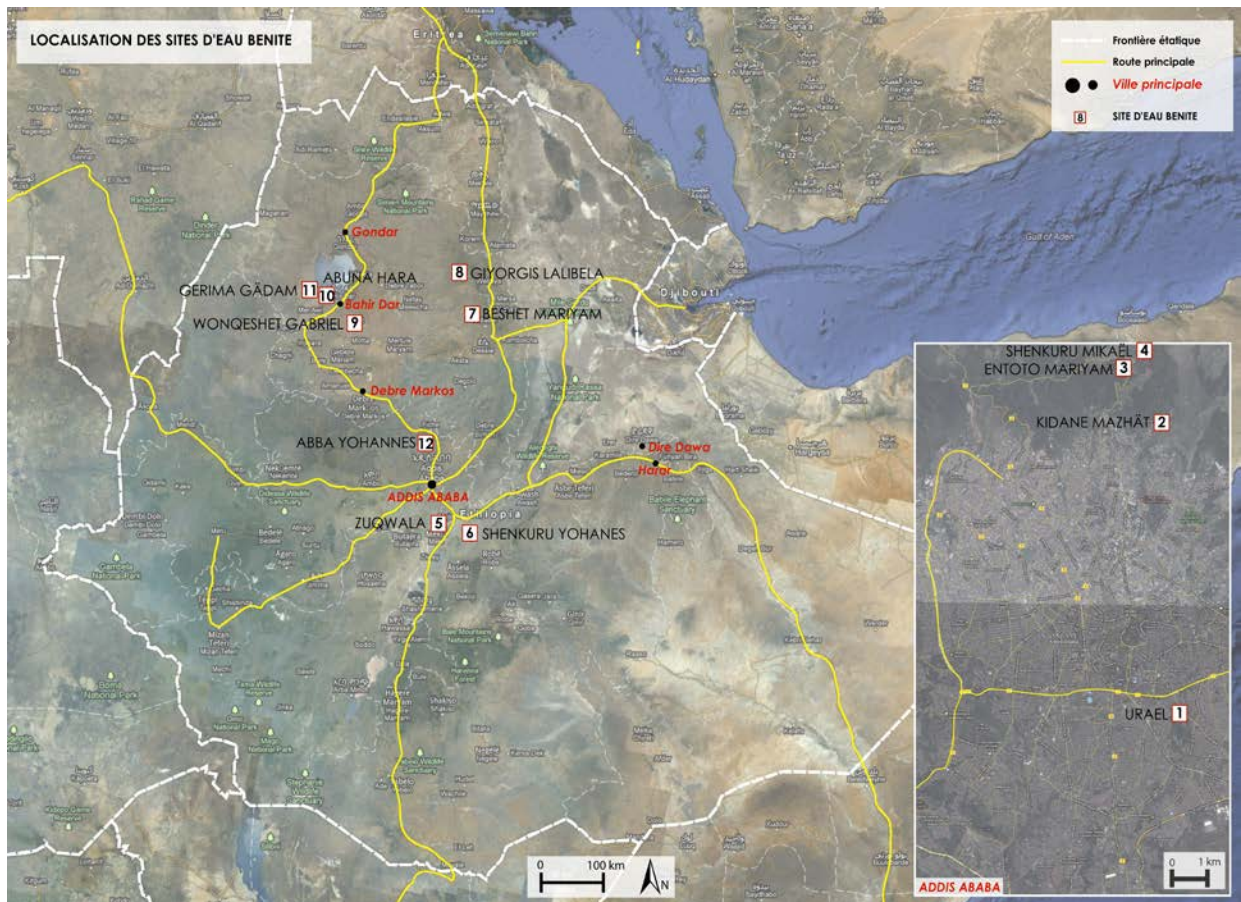
Enfin, un troisième épisode fondateur, dans la majorité des cas de type miraculeux, survient et réactualise la sacralité et les pouvoirs thaumaturgiques de l'eau. A Zeq^wala, quand la source est réapparue, seuls les *atmaqi* ont pu y toucher ce qui a permis de protéger l'eau du lac. A Ent'ot'o Maryam et à Wänqeshét Gabréel, ce sont des *bahetawi* qui grâce à une apparition surnaturelle (la Vierge à Ent'ot'o Maryam et l'ange Mikaél à Wänqeshet Gabréel), retrouvent la source et ses propriétés thaumaturgiques. A 'Uraél, il s'agit d'un *tsabate*, une sorte de moine, et à Shenq^wära Yohänes, plusieurs figures cléricales interviennent. Enfin, à Shenquru Mikaél, c'est l'ange lui-même qui réactualise la sacralité de l'eau. Dans cinq cas sur six (Shenq^wära Yohänes fait exception), le dernier miracle ou événement surnaturel a eu lieu dans les trente dernières années et pour la majorité des sites a été très rapidement suivi de l'arrivée de fidèles en quête de guérison et/ou de pèlerins.

Plusieurs conclusions et hypothèses peuvent être dégagées de ce constat. Les premières ont trait au mode d'apparition du sacré. La structure en trois temps conduit à penser que le sacré religieux n'apparaît que rarement *sui generis*, ou autrement formulé, la hiérophanie se déroule principalement sur un espace préalablement sanctifié par l'existence d'église ou de monastère. En effet, dans tous les récits présentés ici, le sacré est ancien, et dans cinq des six récits, il a disparu avant de réapparaître.

²⁶⁷ Toutefois, ce dernier cas est assez rare, à notre connaissance un seul autre mythe d'apparition d'une source d'eau bénite fait intervenir une guérison miraculeuse rapportée par un laïc.

ANNEXES 5. LES SITES D'EAU BENITE DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE

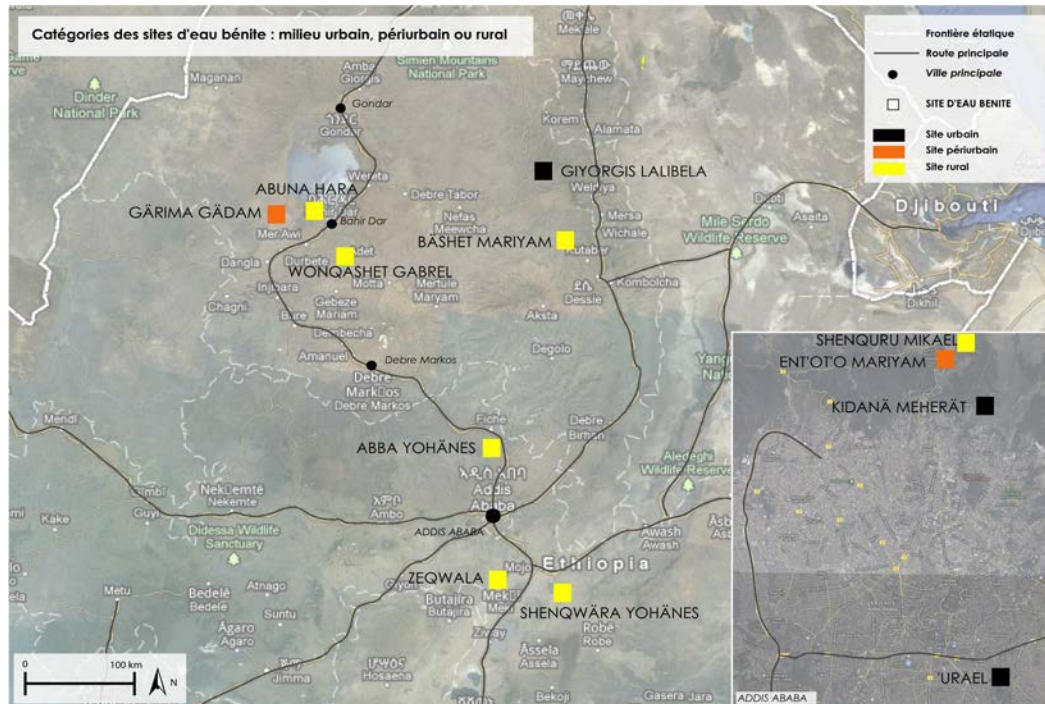
Annexe 5.1. Carte d'Ethiopie : les localisations des sites d'eau bénite visités



(créé par T. Alix)

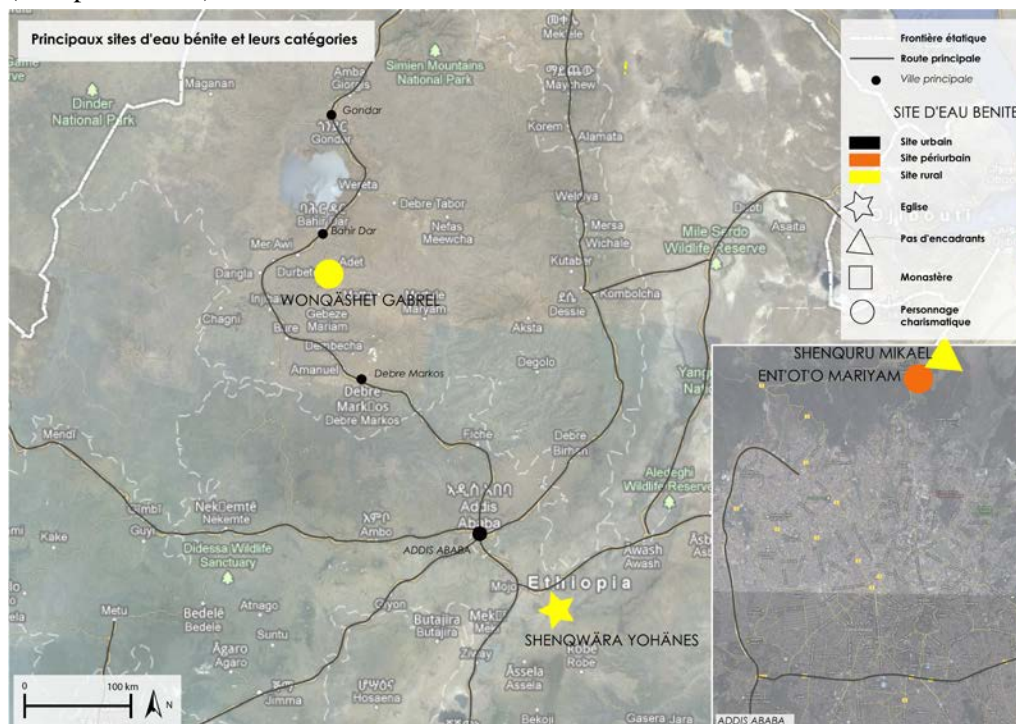
Annexe 5.2 Les sites ruraux/urbains,

(créé par T. Alix)



Annexe 5.3 les sites les plus important en taille

(créé par T. Alix)



ANNEXES 6. DES PHOTOS DE SITES D'EAU BENITE

Annexes 6.1. Ent'ot'o Maryam

L'espace où les
tsäbältäгна attendent de recevoir l'eau
bénite



Le pont pour accéder à l'espace sacré



La salle d'aspersion et du *kidan*

Annexes 6.2. Wänqeshét Gabré



Les habitats temporaires



L'aspersion en extérieur



L'église en contre-haut



Une religiosité éthiopienne



Un espace éloigné du monde

Annexes 6.3. Zeq^wala



En contrebas, un lac d'eau bénite...



qui à l'aube voit ses bords caressés par les nuages

Un monastère (au loin)



Une moniale



et une église en contre-haut

Annexe 7.1. Le questionnaire aux tsäbältägna

Questionner in English for tsäbältägna who live in Ent'ot'o Maryam

I. Socio-professionals categories

- I.1. Age, genre, familial situation, study level, profession, place of living (where do he/she come from), religion.
- I.2. For what reasons did you come here?

II. Serological status et HIV/AIDS knowledge.

- II.1. Since how long do you live with HIV/AIDS?
- II.2. Did you made a serological test?
- II.3. For what reasons did you made a test?
- II.4. About the test.
 - II.4.a. If he/she made a test, can we see it? (*What you have to do: write the date, the place where the test have been done, what is written on- i.e. nes'a, positive or negative, personal information, to cross them with the one he/she gave us at the first question*)
 - II.4.b. If it is not possible to see it, ask where the test has been done, when and how much it did cost? Did he/she receive a "Counselling"?
 - II.4.c. If no test have been done. For what reasons none test have been done?
- II.5. Are you living with HIV/AIDS or do you have AIDS? Are there differences between both? If yes, how are they different?
- II.6. According to you, what kind of disease is HIV/AIDS? (*what you have to do : avoid the answer : is it a divine punishment or any answer linked with religious dimension or a moral guilt*)
- II.7. The first time, you heard about this disease HIV/AIDS, whom was it, where and in which circumstance, and how?
- II.8. According to you how have you been infected by HIV?
 - II.8.a. Do you have an idea about who has infected you?
 - II.8.b. Were you in love with the person who give you the disease?
 - II.8.c. How many relations (girlfriend/boy friend) did you have?
 - II.8.d. According to you, many men say that they have slept with a lot of girl. According to you why men acting like this?
 - II.8.e. How do you choose your sex partner?
 - II.8.f. How do you choose a wife/husband?

III. Representation above holy water

- III.1. Do you have a treatment?
- III.2. For what reasons did you came here? Why did you come to Ent'ot'o and not somewhere else?
- III.3. How do you know Ent'ot'o Maryam?
- III.4. Since how long times do you live here?
- III.5. How long time would you like to stay?
- III.6. What do you think about the ritual of holy water of Ent'ot'o? (If the answer is not precise, give them an example, for instance, the ritual of 'Uraél, which is less constraining, less strict?)
- III.7. Taking holy water does it suppose that have to admit that you are a sinner?
- III.8. Living with HIV/AIDS, does it imply that you are a sinner?
- III.9. Are you fasting when you are taking holy water?
- III.10. Which quantity of holy water do you absorb per a day?
- III.11. Do you ask God or the Virgin Mary to forgive you for your guilt?

- III.11.a. If yes, which ones? And how?
- III.11.b. At which conditions do you think God (or others) will forgive you?
- III.11.c. How do you know that you are forgiven?
- III.12. Is HIV/AIDS a personal divine punishment (only the interviewed) or is it a sentence for the Ethiopian society (or for all the world)?
- III.13. Do you think the society consider you as a guilty person?
- III.14. How much does it cost to take holy water?

IV. Stigmatisation, discrimination, auto stigmatisation

- IV.1. Do you feel stigmatise or discriminate since you know that you are seropositive?
- IV.2. Does your family know that you are HIV positive?
- IV.3. Does your family know that you are here at Ent'ot'o Maryam?
- IV.4. If the family know about the HIV status of the interviewed. What does she think about it? What does she think about your presence here?
- IV.5. If the family do not know. For what reasons you did not tell them?
- IV.6. If you had told your family about your HIV positive status, according to you what would have been their reactions? Why?
- IV.7. If they do not know that you are here. According to you what would they have think about it? Why?
- IV.8. Are you married? Are you divorced? Did you live with your family before coming here?
- IV.9. What kind of relationship do you have with them today?
- IV.10. Do people living at Ent'ot'o Maryam know about your seropositivity?
- IV.11. How do they know it?
- IV.12. Who knows it?
- IV.13. Do you have some friends here? Do you have many friends here?
- IV.14. What kind of relationship do you have with them? Do you help each other's? How?
- IV.15. How do you live here? With what kind of money?

V. ARV, the changes

- V.1. Do you know about ART?
 - V.1.a. If yes, how? Through which way? Since how long time?
 - V.1.b. If yes, how it is distribute? (Ask a precise description of the distribution)
- V.2. According to you, to what kind of person the ART is given?
- V.3. Do you take ART?
 - V.3.a. If yes, where?
 - V.3.b. If no, for what reasons?
- V.4. Do you know who distribute the ART?
- V.5. Do you know the Samba Nekersa? Do you go there?
- V.6. Do you know who distribute the ART of there?
- V.7. Is that possible to take holy water with ART?
 - V.7.a. If yes, since how long? What do you think about it?
 - V.7.b. If not, for what reasons? What do you think about it?
- V.8. Before was it forbidden to take Art with holy water?
 - V.8.a. If yes. Was it *bahetawi* G. M. who forbid it? What do you think about it?
- V.9. Did the EOC say anything about the holy water and ART?
- V.10. Did the Abuna Pawlos say something about it?
- V.11. Where you here when the Abuna came at Ent'ot'o Maryam?
 - V.11.a. If yes, how was it (make him/her tell). What do you think about it?
 - V.11.b. If not. Have you heard about it? What do you think about the fact that he came?
- V.12. Did you think stuff changed since that moment? By what? What changed?
- V.13. Do you know some association for people living with HIV/AIDS at Ent'ot'o Maryam?
 - V.13.a. If yes which ones? What do you think about it/them?
- V.14. Do you know the *mahaber* Maryam Täsfa...?
 - V.14.a. If yes. Does she still exist? What do you think about it?
 - V.14.b. If she does not exist any more. What did she become?
- V.15. Do you receive some help from an association?

- V.15.a. If yes. Which one, and how does it work?
 V.15.b. If no. Would you like to receive some? What kind of help?

Annexe 7.2. Le questionnaire aux clercs

Questionnaire for priests or/and clerks of all sites

I. Socio-professionals categories

- I.1. Age, familial situation, do you have children? How many do you have? Profession, occupation in the church.
 I.2. Where do you come from?
 I.3. Study level?
 I.4. Where did you make your study?
 I.5. When did you arrive here? How did you come here?
 I.6. Where were you before coming here?

II. Tsäbäl

- II.1. When the *tsäbäl* from this place started?
 II.2. Who teach you this story?
 II.3. What do you think about *tsäbäl* in general?
 II.4. What do you think about miracles happening on *tsäbäl* locations?
 II.5. *Kedase tsebel* and springs *tsäbäl* are the same?
 II.6. According to some people, *kedase tsäbäl*, which is blessed by a priest, is the same as the *tsäbäl* springing from the earth. What do you think about this?
 II.7. According to you why this place is famous?
 II.8. Do you know Ent'ot'o Maryam? How?
 II.9. Do you think that the *tsäbäl* at Ent'ot'o Maryam is special? (If yes. For what reasons? If no. Why?)
 II.10. Do you think that the *tsäbäl* has to be given by a special person, a really pious person, a *monoxe*. What do you think about that? (Make him develop this idea)
 II.11. Some people believe that only an *atmaqi* can deliver the *tsäbäl*. What do you think about that?
 II.12. Are *tsäbäl* place out of the world/ spiritual?
 II.12.a. By what?
 II.12.b. What does it mean?

III. Representation above HIV/AIDS

- III.1. According to you, what kind of disease is HIV/AIDS?
 III.2. According to you where does come from HIV/AIDS?
 III.3. Does some people say that HIV/AIDS is a divine punishment?
 III.3.a. If yes, who said so?
 III.3.b. If no. According to you why?
 III.4. The first time, you heard about this disease HIV/AIDS, whom was it, where and in which circumstance, and how?
 III.5. According to you, how HIV/AIDS can be transmitted?
 III.6. The EOC talk about *zemat* and *dengal*, when does it start?
 III.6.a. Is that the same preaching as before HIV/AIDS arrive?
 III.7. Does the church talk about sexuality?
 III.7.a. If yes. What do you/do the Church say?
 III.7.b. If no. Why?
 III.8. Do you think followers listen to you?
 III.8.a. If yes. Why?

- III.8.b. If no why?
- III.9. Who else talk about this sexuality?
 - III.9.a. What do you think about it?
- III.10. EOC delivers training to her followers above HIV/AIDS?
 - III.10.a. What kind of education?
- III.11. EOC give some training to her priest about HIV/AIDS?
 - III.11.a. If yes. How was it?
 - III.11.b. If no. Why?
 - III.11.c. If no. Will you have one? Would like to?
 - III.11.c.1. If yes. For what reasons?
 - III.11.c.2. If No Why?

IV. The church and the poor people.

- IV.1. How does the EOC help poor people?
 - IV.1.a. Is it new?
 - IV.1.b. What do you think about that?
- IV.2. How does the EOC help PLWHA?
 - IV.2.a. When did it start?

V. Representation above PLHA (person living with HIV/AIDS)

- V.1. Some people are really satisfied by the *tsäbäl* ritual of Ent'ot'o, some say that it is too strict and that they cannot go out before the end of the *Kedase*. What do you think about that?
- V.2. Coming to a *tsäbäl* place to get cure from HIV/AIDS does it imply to be a sinner?
 - V.2.a. Living with HIV/AIDS, does it mean to be a sinner?
- V.3. A lot of PLWHA think they are sinner, who said so? What do you think about that?
- V.4. According to the Bible, a spoon of holy water is enough if you have faith. According to you, why people do often take between 1 and 5 liters of *tsäbäl*?
- V.5. What kind of reaction the absorption of the *tsäbäl* provokes?
 - V.5.a. How does the process of the *tsäbäl* take the AIDS out of your body?
- V.6. What people are expected to do in order to be cured?
 - V.6.a. What kind of rules does the *tsäbäl* have to follow during their stay at the *tsäbäl* place?
- V.7. If they do not respect those rules, what are the consequences?
- V.8. Can a person be forgiven without following all the rules?
- V.9. Does PLWHA confess to you spontaneously?
- V.10. Do you give/advice them some *subae*?
- V.11. Do you think that PLWHA start sometimes *subae* by themselves? (Without your advice?)
- V.12. Have you give some prayers advice to your *näfse lig*?
- V.13. To whom people have to ask for forgiveness?
 - V.13.a. Can people ask directly to God or Jesus Christos?
- V.14. At which conditions they will be forgiven?
 - V.14.a. How do they know they are forgiven?
 - V.14.b. Is the cure from HIV/AIDS a sign of God's forgiveness? (the other signs : for example ask them about vomit, having diarrhoea, and urinate are the sign of God's forgiveness?)
- V.15. If they don't get a cure from HIV/AIDS, and if they died without being cured, does it mean that they are not forgiven?
 - V.15.a. So will they go in hell?
- V.16. Is HIV/AIDS a personal divine punishment, or is it a sentence for the Ethiopian society, or for the all world?
- V.17. Does the EOC say that HIV/AIDS is a punishment of God?
 - V.17.a. If yes, what else do the EOC say? Why is it a punishment of God?
 - V.17.b. If not, who say so?
- V.18. What does person cured from HIV/AIDS do afterwards? (Do return to their home?)
- V.19. According to you what should they do after getting cured? (Do they should devote their life to the church?)
- V.20. Did you burial some PLWHA in your cemetery?
 - V.20.a. If yes. How many?
 - V.20.b. If no. Why? Who does it?

- V.21. What are the preconditions to be burial in the church's cemetery?
- V.22. How does it work? (How do you do) it is a normal ceremony?
- V.23. Who pay for it? How much does it cost?
- V.24. Does the family of dead PLWHA come here?
 - V.24.a. If no. Why they do not come?

VI. Stigmatisation, discrimination, auto stigmatisation

- VI.1. Do you think that PLHA are stigmatised or discriminate in town or in their living place?
 - VI.1.a. If yes, by what, what kind of stuff make you think that they are stigmatised?
 - VI.1.b. If no, according to you, why?
- VI.2. Are PLWHA stigmatized and discriminated here? (Yes or no why?)
- VI.3. Does PLWHA tell you about their HIV status?
 - VI.3.a. If yes. What do you say to them?
 - VI.3.b. If no. According to you why?
- VI.4. Does PLWHA show you their serological test?
 - VI.4.a. If yes. For what purpose?
 - VI.4.b. If no according to you for what reasons?

VII. ARV and evolution in the churches

- VII.1. Do you know about ART?
 - VII.1.a. If yes, how? Through which way? Since how long time?
- VII.2. According to you, to what kind of person the ART is given?
- VII.3. Do you know where you can get ART?
- VII.4. Is that possible to take holy water with ART?
 - VII.4.a. If yes, since how long? What do you think about it?
 - VII.4.b. If not, for what reasons?
- VII.5. Before was it forbidden to take ART with holy water?
 - VII.5.a. If yes. Why and who said so?
- VII.6. Did the EOC say something about the holy water and ART?
- VII.7. Did the Abuna Pawlos say something about it? When?

Annexe 7.3. Le questionnaire aux commerçants

Questionnaires for people living on holy water sites who are not HIV positive

Process: 3 rent houses and 3 commerce, from the nearest to the most far from *tsäbäl* place

VIII. Socio-professionals categories

- VIII.1. Age, genre, familial situation, study level, place of living (where do he/she come from), religion. Number of children.
- VIII.2. For what reasons did you come here?
- VIII.3. Profession what kind of activities gives you some incomes?

IX. HIV/AIDS knowledge.

- IX.1. What do you think about HIV?

- IX.1.a. PVVIH who lived in XX think that HIV/AIDS. According to you is it a punishment of God?
- IX.1.b. If yes. Why?
- IX.1.c. If not. According to you for what reasons?
- IX.2. The first time, you heard about this disease HIV/AIDS, from whom was it, where and in which circumstance, and how?
- IX.3. According to you how do get HIV infection?
- IX.4. According to you how can you protect yourself from getting HIV/AIDS?

X. Representation above holy water

- X.1. When the *tsäbäl* from XX started?
- X.2. How did it happen?
- X.3. Who teach you this story?
- X.4. According to you why XX is so famous?
- X.5. What do you think about *tsäbäl* in general?
- X.6. Do you think that X is a special place?
 - X.6.a. If yes. By what, for what reasons, is it a special place?
 - X.6.b. If no. Why?
- X.7. Since how long times do you live here?
- X.8. How long time would you like to stay here?
- X.9. Would you like to go somewhere else?
 - X.9.a. If yes. Why? Where would you like to go?
 - X.9.b. If no. Why would you prefer to stay here?
- X.10. What do you think about the ritual of holy water of XX? (If the answer is not precise, give them an example, for instance, the ritual of ‘Uraél, which is less constraining, less strict ?
- X.11. Taking holy water does it suppose that you have to admit that you are a sinner?
- X.12. Do you take holy water sometimes?
 - X.12.a. At which frequency?
 - X.12.b. Which quantity of holy water do you absorb per a day?
 - X.12.c. What reaction does it brings to your body after drinking the holy water?

XI. Stigmatisation, discrimination.

- XI.1. How do you live here? With what kind of money?
- XI.2. PVVIH say that *balebéte* are really helpful. And you, up to what extent are helping them?
- XI.3. At the time of death and burial?
 - XI.3.a. How do you help them?
 - XI.3.b. Does their family come to pick up the body?
 - XI.3.c. Are PLWHA burials at XX?
 - XI.3.c.1. If yes. Where? And who pay for it?
 - XI.3.c.2. If no. Where is the body going?
 - XI.3.c.3. How much does it cost?
- XI.4. What kind of relationship does PVVIH have between them?
- XI.5. And with you?
- XI.6. Do they have some love affair?
- XI.7. Do PLWHA respect all the rules of the church?
- XI.8. PLWHA and who take *tsäbäl* think they are sinner. What do you think about it?
- XI.9. Do you think they are sinners?
- XI.10. Does PLHA tell you about their HIV status?
 - XI.10.a. If yes. What do you say to them?
 - XI.10.b. If no. According to you why?
- XI.11. Is HIV/AIDS a personal divine punishment (only PLWHA) or is it a sentence for the Ethiopian society (or for all the world)?
- XI.12. Do PLWHA show you their serological test?

XII. ARV changes

- XII.1. Do you know about ART?

- XII.1.a. If yes, how? Through which way? Since how long time?
- XII.1.b. If yes, how it is distribute? (Ask a precise description of the distribution)
- XII.2. According to you, to what kind of person the ART is given?
- XII.3. Do you know who distribute the ART?
- XII.4. Do you know the Samba Nekersa? Have you ever been there?
- XII.5. Is that possible to take holy water with ART?
 - XII.5.a. If yes, since how long? What do you think about it?
 - XII.5.b. If not, for what reasons? What do you think about it?
- XII.6. Before was it forbidden to take ART with holy water?
 - XII.6.a. If yes. Who forbid it?
- XII.7. Did the EOC say anything about the holy water and ART?
- XII.8. Did the Abuna Pawlos say something about it?
- XII.9. Where you here when the Abuna came at XX?
 - XII.9.a. If yes, how was it (make him/her tell). What do you think about it?
 - XII.9.b. If not. Have you heard about it? What do you think about the fact that he came?
- XII.10. Did you think stuff changed since that moment? By what? What changed?
- XII.11. Do you know some association for people living with HIV/AIDS at XX?
 - XII.11.a. What do you think about it ?

XIII. Economic part for houses's renters

- XIII.1. Since people *tsäbälgnas* arrive, do you notice any changes?
- XIII.2. When did you start to rent place to *tsäbälgnas*?
- XIII.3. At the beginning how much was it?
- XIII.4. Now how much is it?
- XIII.5. How rooms do you rent?
- XIII.6. Did you built some new houses since more *tsäbälgnas* started to come?
- XIII.7. Did the government say something about your construction?
- XIII.8. Since one or two years, did you notice some change with PLWHA?
- XIII.9. Or is their any change regarding the number of PLWHA coming at XX.
- XIII.10. People says that XX is more famous, and becoming more powerful.
 - XIII.10.a. According to you. Why PLWHA are going there?
 - XIII.10.b. What do you think about that?

XIV. Economic part for houses's renters

- XIV.1. Usually what kind of stuff do you sell in your souk?
- XIV.2. What do you sell the most to PLWHA?
- XIV.3. Which kind of furniture brings you the more money?
- XIV.4. Do PLWHA asking for credits? (Or is their any change regarding the number of PLWHA coming at XX.)
- XIV.5. How much is your business profitable?
 - XIV.5.a. How does change with the time? (Increasing or decreasing).
- XIV.6. Do you sell condoms?
 - XIV.6.a. If No, why?
 - XIV.6.b. If yes. Why? How do you get them? For how long do they stay?
 - XIV.6.c. Who buy it, which are your customers?

Annexes 8.

DES MIRACLES, DES TESTS DE DEPISTAGES ET DES PHOTOS

Annexe 8.1. Des tests de dépistages au VIH servant de preuve de survenue des miracles

በኤች አይቪ በሽታ የጻጉትን ዝርዝር ለማወቅ የሚፈልግ ሁሉ ዘውትር ክፍት 6-7 ከሰዓት በኋላ ከ10-12 ሰዓት ለዚህ በተዘጋጀ ጽ/ቤት መጥቶ ማየት የሚቻል መሆኑን እየገለጸን ከቦታ ጥበት አንጻር ለዛሬ ሁለት ብቻ ለምስክርነት ማቅረባችንን እንገልጻለን።

POLY CLINIC OF ADDIS ABABA
 TEL 51-93-33 ADDIS ABABA, ETHIOPIA
 Request form for HIV testing

Name WTF DARRAK Age 23 Sex F
 Woreda 7 Kebele 32 House No. 462

1. Sample Identity:
 Institution Q.S. POLY CLINIC Code No. 1671
 Date of sample collected 11/13/03
 Screened by Dr. Tesfaye Tesfaye
 Date 11/13/03 Positive Negative

Any serological test done (specify):

2. Screening Assay
 Name _____ Age _____ Sex _____
 Sample name of the institution Q.S. POLY CLINIC
 Code No. 1671
 Screening test done by Dr. Tesfaye Tesfaye
 Screening test (specify) ELISA-1
 Date 11/13/03 Positive Negative
 Result: Positive Negative
 Reported by Dr. Tesfaye Tesfaye Qualification M.B.S.C.
 Date 11/13/03 Signature _____
 To ADDIS ABABA
 Address _____



ተክሌሙን ጽ/ቤት ከኤች ኤይቪ
Teklehaimanot Higher Clinic
 P.O. Box 24078 ADDIS ABABA ETHIOPIA

STRICTLY CONFIDENTIAL

NAME Miriam Abiy AGE 16 SEX F
 ADDRESS _____ TELE _____
 Passport/Id No. _____ Code No. 12613

ILT	HIV RESULT	HIV RESULT
• ELISA - 1	<input checked="" type="checkbox"/> REACTIVE <input type="checkbox"/> NON REACTIVE	NEGATIVE
• ELISA - 2	<input checked="" type="checkbox"/> REACTIVE <input type="checkbox"/> NON REACTIVE	
OTHERS		
• HBs Ag	<input type="checkbox"/> POSITIVE <input checked="" type="checkbox"/> NEGATIVE	
• URINE HCG	<input type="checkbox"/> POSITIVE <input checked="" type="checkbox"/> NEGATIVE	
• URINE Analysis	<input type="checkbox"/> ABNORMAL <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	
• CXR	<input type="checkbox"/> ABNORMAL <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	
• VDRL	<input type="checkbox"/> REACTIVE <input checked="" type="checkbox"/> NON REACTIVE	

REMARK _____
 Date Requested 11/13/03
 Sign of Head Lab. Tech. _____
 For negative results, repeat screening is recommended after three months if you are exposed to any possible source to HIV through the last three months.

ተክሌሙን ጽ/ቤት ከኤች ኤይቪ
Teklehaimanot Higher Clinic
 Tel 11 21 98 11 92 73 P.O.Box 24078
 ከላይ ተኩ ከኤ ቤት ጫዳ ብሉ ከላ ቤት ጎን

STRICTLY CONFIDENTIAL

NAME Mardos Tesfaye AGE 22 SEX F
 ADDRESS _____ TELE _____
 Passport/Id No. _____ Code No. 631194

HIV RESULT	HIV RESULT	HIV RESULT
• ELISA - 1	<input checked="" type="checkbox"/> REACTIVE <input type="checkbox"/> NON REACTIVE	POSITIVE
• ELISA - 2	<input checked="" type="checkbox"/> REACTIVE <input type="checkbox"/> NON REACTIVE	
OTHERS		
• HBs Ag	<input type="checkbox"/> POSITIVE <input checked="" type="checkbox"/> NEGATIVE	
• URINE HCG	<input type="checkbox"/> POSITIVE <input checked="" type="checkbox"/> NEGATIVE	
• URINE Analysis	<input type="checkbox"/> ABNORMAL <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	
• CXR	<input type="checkbox"/> ABNORMAL <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	

REMARK _____
 Date Requested 11/07/2003
 Date Reported 11/07/2003
 Sign of Head Lab. Tech. _____
 Name & Sign. of MED. DIRECTOR _____

HIV RESULT	HIV RESULT	HIV RESULT
• ELISA - 1	<input checked="" type="checkbox"/> REACTIVE <input type="checkbox"/> NON REACTIVE	NEGATIVE
• ELISA - 2	<input checked="" type="checkbox"/> REACTIVE <input type="checkbox"/> NON REACTIVE	
OTHERS		
• HBs Ag	<input type="checkbox"/> POSITIVE <input checked="" type="checkbox"/> NEGATIVE	
• URINE HCG	<input type="checkbox"/> POSITIVE <input checked="" type="checkbox"/> NEGATIVE	
• URINE Analysis	<input type="checkbox"/> ABNORMAL <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	
• CXR	<input type="checkbox"/> ABNORMAL <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	

REMARK _____
 Date Requested 11-04-2003
 Date Reported 11-04-2003
 Sign of Head Lab. Tech. _____
 Name & Sign. of MED. DIRECTOR _____

Annexe 8.2. Un autre test servant de preuve de survenue des miracles

በርእሰ አድባራት እንጦጦ መንበረ ፀሐይ ማርያም ቤክርስቲያን ፀበል
በኤፕ ኢይቪ በሽታ ከተፈወሰ በከፊል



**REFERRAL FORM OF TEFSA
BISIRAT VCT CENTER**



Name Charebe Tujuba Age 35 Sex F
Keble 03 House No 784

Religion Orthodox Telephone No 120981

Referred to _____

Reason for referral The woman who was HIV positive tested in Dil Chera Hospital on 26/12/96 with card No. 907, after taking a Holy bath in Entoto marian church for 3 months her result turned to be Negative. The final result is confirmed in our VCT clinic.

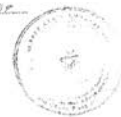


NURSE
Name Seretse Banjaw
Signature [Signature]
Date of test 23/10/98
Referral Date _____

025-112-09-81
ሰበረኛ: ቸታገ

REFERRAL FORMAT TO CARE COUNSELLOR

Name of referring organization Hospital: Dil Chera Hospital
Referred to: Kebele 03
Patient Name: Charebe Tujuba
Permanent Address: CITY 22 KEF KEF-02
HNO: ዳዊ አደሬ ድህረ ስርዓት ተ/አ
Telephone: 284
Sex: F Age: 35 Religion: Orthodox
Card No: 907 Attending physician: _____
Reason for Referral: For care and support
Signature: [Signature] Date: 10/98



Annexe 8.3. Une dernière série de tests au VIH

ተክሌሃይማኖት ከፍተኛ ክሊኒክ
Teklehaimanot Higher Clinic
 Tel 11 21 98 11 92 73 P.O.Box 24078
 ከወይ ተክሌ ከክ ቤት ወረድ ብሎ ከሌላ ቤት ጎን



ተክሌሃይማኖት ከፍተኛ ክሊኒክ
Teklehaimanot Higher Clinic
 ቁ. 1 ☎ 11 21 98 ቁ. 2 ☎ 12 11 93/ 12 81 41
 ከወይ ተክሌ ከክ ቤት ከሌላ ሆቴል ወደ ጊዮርጊስ ሊዩኒቨርሲቲ
 ወረድ ብሎ P.O. Box 24078 አጋጣሪ ግድግዳ ላይ
 ADDIS ABABA ETHIOPIA

STRICTLY CONFIDENTIAL

• የፊጅ ለሰጠት (X-ray)
 • ለአትራ ሰውገድ (Ultrasound)
 • ከኮሎኖስኮፒ (Colonoscopy)
 • ሊገለጸዎት (Endoscopy)

• ሊደብድቡ (Physiotherapy)
 • ለውሳኔ (Auto lab)
 • ሊክርዳቶግራፊ (Echocardiography)
 • Cooler hematology analyser

STRICTLY CONFIDENTIAL

• የፊጅ ለሰጠት (X-ray)
 • ለአትራ ሰውገድ (Ultrasound)
 • ከኮሎኖስኮፒ (Colonoscopy)
 • ሊገለጸዎት (Endoscopy)

• ሊደብድቡ (Physiotherapy)
 • ለውሳኔ (Auto lab)
 • ሊክርዳቶግራፊ (Echocardiography)
 • Cooler hematology analyser

NAME Sissay Fikadu AGE 28 SEX M
 ADDRESS _____ TELE _____
 Passport/Id No. _____ Code No. 3699

NAME Sissay Fikadu AGE 25 SEX M
 ADDRESS _____ TELE _____
 Passport/Id No. _____ Code No. 48224

HIV RESULT	HIV RESULT	HIV RESULT
ELISA -1	<input checked="" type="checkbox"/> REACTIVE <input type="checkbox"/> NON REACTIVE	POSITIVE
ELISA -2	<input checked="" type="checkbox"/> REACTIVE <input type="checkbox"/> NON REACTIVE	
OTHERS		
HBs Ag	<input type="checkbox"/> POSITIVE <input type="checkbox"/> NEGATIVE	
URINE HCG	<input type="checkbox"/> POSITIVE <input type="checkbox"/> NEGATIVE	
URINE Analysis	<input type="checkbox"/> ABNORMAL <input type="checkbox"/> NORMAL	
CXR	<input type="checkbox"/> ABNORMAL <input type="checkbox"/> NORMAL	

Date Reported: 28/11/2002
29/11/2002

• Sign. of Head Lab. Tech. _____
 • Name & Sign. of MED. DIRECTOR T/Teaddik W/Giorgis
 Head Lab Technician
 HIV Unit

HIV RESULT	HIV RESULT	HIV RESULT
LISA -1	<input type="checkbox"/> REACTIVE <input checked="" type="checkbox"/> NON REACTIVE	NEGATIVE 19
LISA -2	<input checked="" type="checkbox"/> REACTIVE <input type="checkbox"/> NON REACTIVE	
OTHERS		
HBs Ag	<input type="checkbox"/> POSITIVE <input type="checkbox"/> NEGATIVE	
URINE HCG	<input type="checkbox"/> POSITIVE <input type="checkbox"/> NEGATIVE	
URINE Analysis	<input type="checkbox"/> ABNORMAL <input type="checkbox"/> NORMAL	
CXR	<input type="checkbox"/> ABNORMAL <input type="checkbox"/> NORMAL	
BYDR	<input type="checkbox"/> REACTIVE <input type="checkbox"/> NON REACTIVE	

REMARK: _____
 • Date Reported: 22/8/2003
 • Sign. of Head Lab. Tech. _____
 • Name & Sign. of MED. DIRECTOR T/Teaddik W/Giorgis
 Head Lab Technician
 HIV Unit

ተክሌሃይማኖት ከፍተኛ ክሊኒክ
Teklehaimanot Higher Clinic
 Tel 11 21 98 11 92 73 P.O.Box 24078
 ከወይ ተክሌ ከክ ቤት ወረድ ብሎ ከሌላ ቤት ጎን



ተክሌሃይማኖት ከፍተኛ ክሊኒክ
Teklehaimanot Higher Clinic
 ቁ. 1 ☎ 11 21 98 ቁ. 2 ☎ 12 11 93/ 12 81 41
 ከወይ ተክሌ ከክ ቤት ከሌላ ሆቴል ወደ ጊዮርጊስ ሊዩኒቨርሲቲ
 ወረድ ብሎ P.O. Box 24078 አጋጣሪ ግድግዳ ላይ
 ADDIS ABABA ETHIOPIA

STRICTLY CONFIDENTIAL

• የፊጅ ለሰጠት (X-ray)
 • ለአትራ ሰውገድ (Ultrasound)
 • ከኮሎኖስኮፒ (Colonoscopy)
 • ሊገለጸዎት (Endoscopy)

• ሊደብድቡ (Physiotherapy)
 • ለውሳኔ (Auto lab)
 • ሊክርዳቶግራፊ (Echocardiography)
 • Cooler hematology analyser

STRICTLY CONFIDENTIAL

• የፊጅ ለሰጠት (X-ray)
 • ለአትራ ሰውገድ (Ultrasound)
 • ከኮሎኖስኮፒ (Colonoscopy)
 • ሊገለጸዎት (Endoscopy)

• ሊደብድቡ (Physiotherapy)
 • ለውሳኔ (Auto lab)
 • ሊክርዳቶግራፊ (Echocardiography)
 • Cooler hematology analyser

NAME Manayesh Ayalew AGE 23 SEX F
 ADDRESS _____ TELE _____
 Passport/Id No. _____ Code No. 6083

NAME Manayesh Ayalew AGE 24 SEX F
 ADDRESS _____ TELE _____
 Passport/Id No. _____ Code No. 46607

HIV RESULT	HIV RESULT	HIV RESULT
ELISA -1	<input checked="" type="checkbox"/> REACTIVE <input type="checkbox"/> NON REACTIVE	POSITIVE
ELISA -2	<input checked="" type="checkbox"/> REACTIVE <input type="checkbox"/> NON REACTIVE	
OTHERS		
HBs Ag	<input type="checkbox"/> POSITIVE <input type="checkbox"/> NEGATIVE	
URINE HCG	<input type="checkbox"/> POSITIVE <input type="checkbox"/> NEGATIVE	
URINE Analysis	<input type="checkbox"/> ABNORMAL <input type="checkbox"/> NORMAL	
CXR	<input type="checkbox"/> ABNORMAL <input type="checkbox"/> NORMAL	

Date Reported: 01/06/2002
01/06/2002

• Sign. of Head Lab. Tech. _____
 • Name & Sign. of MED. DIRECTOR T/Teaddik W/Giorgis
 Head Lab Technician
 HIV Unit

HIV RESULT	HIV RESULT	HIV RESULT
ELISA -1	<input type="checkbox"/> REACTIVE <input checked="" type="checkbox"/> NON REACTIVE	NEGATIVE 19
ELISA -2	<input checked="" type="checkbox"/> REACTIVE <input type="checkbox"/> NON REACTIVE	
OTHERS		
HBs Ag	<input type="checkbox"/> POSITIVE <input type="checkbox"/> NEGATIVE	
URINE HCG	<input type="checkbox"/> POSITIVE <input type="checkbox"/> NEGATIVE	
URINE Analysis	<input type="checkbox"/> ABNORMAL <input type="checkbox"/> NORMAL	
CXR	<input type="checkbox"/> ABNORMAL <input type="checkbox"/> NORMAL	
BYDR	<input type="checkbox"/> REACTIVE <input type="checkbox"/> NON REACTIVE	

REMARK: _____
 • Date Reported: 28/8/2003
 • Sign. of Head Lab. Tech. _____
 • Name & Sign. of MED. DIRECTOR T/Teaddik W/Giorgis
 Head Lab Technician
 HIV Unit

ANNEXE 9
PHOTOS D'UN RALLY D'ARCHEVEQUE A DÄBRÄ MARQOS

Les archevêques



Qui laissent souvent la parole à un ancien prêtre



aujourd'hui journaliste



et des fidèles nombreux et attentifs



ANNEXE 10
LA VENUE DE L'ABUNA PAWLOS A ENT'OT'O MARYAM EN PHOTO



L'Abuna Pawlos et à sa droite l'ambassadeur des Etats-Unis en Ethiopie (C. Lafargue)



Et une assistance de fidèles (C. Lafargue)

BIBLIOGRAPHIE

A

- ABBRUZZESE S., 2005, "Religion", in BORDLANDI M., BOUDON R., CHERKAOUI M., VALADE B., 2005, *Dictionnaire de la pensée sociologique*, PUF, Paris, pp. 597-600.
- ABEBE B., 1998, *Histoire de l'Ethiopie d'Axoum à la révolution*, Centre Français des Etudes Ethiopiennes, Maisonneuve & Larose, Paris, Addis Ababa.
- ABIY ABEBE, GETNET MITIKIE, 2009, "Perception of High School Students towards Voluntary HIV Counseling and Testing, using Health Belief Model in Butajira, SNNPR", *Ethiopian Journal of Health Development*, 23(2), pp.148-153.
- ACKERKNECHT E.H., 1946, "Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine" *Bulletin of the History of Medicine*, 19, pp. 467-497.
- ADAM J., HERZLICH C., 2002, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Nathan, Paris.
- ADAMS J., 2007, *Religion networks and HIV/AIDS in rural Malawi*, sociology/religion Ph.D., Advisor : Slomczynski, Kazimierz M., The Ohio State University.
- ADDIS ABABA HAPCO, 2004, *Guidebook for HIV/AIDS Prevention and Control Activities for Commercial Sex work in Addis Ababa*, in collaboration with Addis Ababa Women Affairs Office, (January, Addis Ababa.
- ADLER P.A., ADLER P., 1987, *Membership Roles in Field Research*, Sage Publications, U.S.A.
- ADUGNA A., 2007/8, *Lesson 13, Health Institution and services*, (éditeur non précisé.)
www.ethiodemographyandhealth.org/MedHealthInstitutionsAndServices.pdf
- AGAJANIAN A, ROUDOMETOF V., 2005, "Introduction. Eastern Orthodoxy in a Global Age- Preliminary Considerations", in ROUDOMETOF V., AGADJANIAN A., PANKHURST J., *Eastern Orthodoxy in a Global Age : tradition faces the twenty-first century*, AltaMira Press, Rowman & Littlefield Publishers, Inc. Walnut Creek, Oxford, USA, UK, pp. 1-27.
- AGAMBEN G., 1997, *Homo sacer. I, Le pouvoir souverain et la vie nue*, Le Seuil, Paris.
- AÏACH P., DELANOË D. (eds), 1998, *L'ère de la médicalisation*, Anthropos, Paris.
- AIDS RESOURCE CENTER, JOHN HOPKINS UNIVERSITY, 2005, *National Anti-Retroviral Therapy (ART) Strategies Communication Framework*, mars, Addis Ababa.
- ALARY M. and LOWNDES C. M., 2004, "The central role of clients of female sex workers in the dynamics of heterosexual HIV transmission in sub-Saharan Africa", *AIDS*, 18(6), pp. 945-948.

- ALBERA D.,
2001, "Terrains minés", *Ethnologie française*, Terrains Minés en Ethnologie, 1, pp. 5-14.
2005, "Des terrains et des rencontres", in ALBERA D., TOZY M., (eds), *La Méditerranée des anthropologues. Fractures, filiations, contiguïtés*, Maisonneuve et Larose, Paris, pp.335-352
- ALBERT J.-P., 2010, "Miracle", in AZRIA R., HERVIEU-LEGER D., (eds), *Dictionnaire des faits religieux*, PUF, Paris, pp. 725-730.
- ALEMU H., HAILE MARIAM D., O TSUI A., SHEWAMARE A., 2011, "Correlates of highly active antiretroviral therapy adherence among urban Ethiopian clients", *African Journal of AIDS Research*, 10(3), pp. 263-270.
- ALVAREZ F., 1961, *The Prester John of the Indies*, C.F. Beckingham and G.W.B. Huntingford, Cambridge.
- AMBERBIR A., WOLDEMICHAEL K., GETACHEW S., GIRMA B., DERIBE K., 2008, "Predictors of adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected persons: a prospective study in southwest Ethiopia.", *BMC Public Health* 8, pp. 265-273.
- AMIOTTE-SUCHET L.,
2005, "Tous égaux devant Dieu ? Réflexions sur les logiques d'éligibilité des miraculés", *Social Compass*, 52(2), pp. 241-254.
2006, *Pratiques pentecôtistes et dévotion mariale : Analyse comparée des modes de mise en présence du divin*, Thèse de doctorat en sociologie des religions, Ecole Pratique des Hautes Etudes, Paris.
- ANCEL S., FICQUET F., 2007, "L'Eglise Orthodoxe Tewahedo d'Ethiopie et ses enjeux contemporains", in PRUNIER G., (eds), *L'Ethiopie contemporaine*, Khartala/CFEE, Paris, Addis Ababa, pp. 187-203.
- ANCEL S., 2006, *Épiscopat et encadrement des pratiques religieuses en Éthiopie chrétienne contemporaine : caractéristiques et évolutions*. Thèse de doctorat, sous la direction du professeur Alain Rouaud, Paris, INALCO.
- ANDRO A., DESGREES DU LOU A., 2009, "La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés", *Autrepart*, 52(4), pp. 3-12.
- ANGOTTI, N., BULA, A., GAYDOSH, L., ZEEV KIMCHI, E., THORNTON, R.L., YEATMAN, S.E., 2009, "Increasing the acceptability of HIV counseling and testing with three C's: Convenience, confidentiality and credibility", *Social Science & Medicine*, 68, pp. 2263-2270.
- ARACHU C., FARMER P., 2005, "L'anthropologie médicale aux Etats-Unis", in SAILLANT F., GENEST S., 2005, *Anthropologie médicale. Ancrages Locaux, défis globaux*, Presses Universitaires de Laval, Economica, Anthropos, Montréal, Québec, pp. 91-112.
- ARENDRT H.,
1961, *Condition de l'homme moderne*, Calmann-Lévy, Paris.
1963, *Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal*, Gallimard, Paris.
1981, *La vie de l'esprit. La pensée*, PUF, Paris.

- ARENES J., GUILBERT, P., ET BAUDIER, F., (eds), 2002, *Baromètre santé 2000, Résultats*. Éditions du CFES, Vanves.
- ARIYARATNE V., 1998, “Mobilizing religious leadership for AIDS prevention in Sri Lanka.” Abstract 34195 at the XIIth International AIDS Conference, Geneva, 28 June–3 July.
- ARNAULT Y., BEN SOUSSAN P., PRODROMOU N., LACOUR A.C., 2004, “Cancer et temporalité : un aussi long parcours...”, *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4, pp. 197-200
- ASRES, (diacre), 2007, *Quelles sont ces hérésies et leurs réponses*, traduit du français par Tsadale Mariam, Paris, Document de l’association Tāwahedo France, en cours de diffusion.
- ASSEFA SEME, DESSALEGN WIRTU, 2008, “Premarital Sexual Practice among School Adolescents in Nekemte Town, East Wollega”, *Ethiopian Journal of Health Development*, 22(2), pp.167-173.
- ASSEFA Y., JERENE D., LULSEGED S., OOMS G., VAN DAMME W., 2009, “Rapid Scale-Up of Antiretroviral Treatment in Ethiopia: Successes and System-Wide Effects”, *PLoS Med* 6(4), pp.1-4.
- ATALAY ALEM, DEREKE KEBEDE, GETNET MITIKE, FIKRE ENQUSSELLASE, WULETA LEMMA, 2006, “Unprotected sex, sexually transmitted infections and problem drinking among female sex workers in Ethiopia”, *Ethiopian Journal of Health Development*, 20(2), pp. 93-98.
- AUGE M.,
1986, “L'Anthropologie de la maladie”, *L'Homme*, 26 (97-98), pp. 81-90.
2008[1982] *Génie du Paganisme*, Gallimard, Paris.
- AUGE M., HERZLICH C., 1984, *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Editions des Archives contemporaines, Paris.
- AUZEPI M.F., KAPLAN M., MARTIN-HISARD B., 1996, *La Chrétienté orientale. Du début au VIIe et au milieu du XI^e siècle*, Sedes, Paris.
- AYALEW T, BERHANE Y., 2000, “Child prostitution : Magnitude and related problems”, *Ethiopian Medical Journal*, 38(3), pp. 153-163.

B

- BAKER B. N., 2004, “Les USA rejettent la préqualification OMS des ARVs”, *Actions traitements*, 1er mars, pp. 1-7 <http://www.actions-traitements.org/spip.php?breve478>
- BAJOS N., FERRAND M., 2004, “La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine”, *Sciences sociales et santé*, 22 (3), pp. 117-142.
- BAJOS, N., BOZON, M., (eds), 2008, *Enquête sur la sexualité en France, Pratiques, genre et santé*, La Découverte, Paris.

- BAJOS N., DUCOT B., SPENCER B., SPIRA A., and ACSF GROUP, 1997, “Sexual risk-taking, socio-sexual biographies and sexual interaction : elements of french national survey on sexual behavior” *Social, Science & Medicine*, 44(1), pp., 25-40.
- BAJOS N., PRYEN S., WARSZAWSKI J., SERRE A., GROUPE ACSF, 1997, “ Sexualité vénale et gestion du risque de transmission sexuelle du sida. Une analyse des données de l'enquête ACSF”, *Sciences sociales et santé*, 15(3), pp. 31-60.
- BALICKA-WITAKOWSKA E., 1997, *La Crucifixion sans Crucifié dans l'art éthiopien. Recherches sur la survie de l'iconographie chrétienne de l'Antiquité tardive*, Zaś Pan, Varsovie.
- BALMER R., 2008, *God in the White House. How Faith shaped the Presidency from J.F. Kennedy to G.W. Bush*, Harper Collins, New York.
- BALTHAZAR L., 2008 [2003], “Le contexte de la formulation de la politique étrangère”, in DAVID C.-P., BALTHAZAR L., VAÏSSE J., *La politique étrangère des Etats-Unis*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, pp. 17-188.
- BARNETT T., PARKHURST J., 2005, “HIV/AIDS: sex, abstinence, and behaviour change”, *Lancet Infectious Diseases*, 5, pp. 590–593
- BASTIAN J.-P., CHAMPION F., ROUSSELET K. (eds), 2001, *La globalisation du religieux*, L’Harmattan, Paris.
- BAYART, J.-F., 2004, *Le gouvernement du monde*, Fayard, Paris.
- BAZANGER I., 1995, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Le Seuil, Paris.
- BECK U., 1992, *Risk Society Towards a New Modernity*, Sage Publication, London.
- BECKER F., GEISLER P.W., 2007, “Introduction — Searching for pathways in a landscape of death: religion and AIDS in East Africa”, *Journal of Religion in Africa* 37(1), pp. 1–15.
- BECKER F., GEISLER P.W., (eds) 2009, *AIDS and Religious Practice in Africa*, Brill, Leiden, The Netherlands.
- BECKFORD J. A.,
2003, *Social Theory & Religion*, University Press, Cambridge.
2010, “Postmodernité” in AZRIA R., HERVIEU-LEGER D., (eds), *Dictionnaire des faits religieux*, PUF, Paris, pp. 947-950
- BEGOT A.-C.,
1997, “La Science Chrétienne et l’Antoinisme : étude de deux groupes religieux minoritaires”, *Socio-Anthropologie*, 2, pp. 99-118.
1998, ”La guérison spirituelle : son évolution face aux changements social et culturel. Étude comparée de deux groupes religieux minoritaires : la Science Chrétienne et l’Antoinisme”, OUELLET B., BERGERON R., (eds), *Croyances et sociétés*, Fides-Héritage et Projet, Québec, pp. 187-198.
1998b, “Guérison spirituelle et médecine au tournant des XIXe et XXe siècles”, *Recherches sociologiques*, 2, pp. 65-80.

- 2004, “La gestion spirituelle du VIH/sida : parcours biographiques et construction identitaires”, *Sciences sociales et santé*, 22(2), pp. 41-71.
- BEHRMAN G., 2004, *The invisible people, how the United States has slept through the global AIDS pandemic, the greatest humanitarian catastrophe of our time*, Simon & Schuster Inc., New York.
- BELLAH R., 1973, “La religion civile en Amérique”, *Archives des Sciences Sociales des Religions*, 35, pp. 7-22.
- BEN BARKA M.,
 1999 [1996], *La nouvelle droite américaine : des origines à l'affaire Lewinsky*, Edition du temps, Paris.
 2003, “La famille dans le discours de la Nouvelle droite américaine”, *Revue française d'études américaines*, 3(97), pp. 23-42.
 2004, “La droite chrétienne ou l'itinéraire politique des évangélistes américains”, *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, 75, juillet-septembre, pp. 57-64.
 2008, “La place et le rôle de la droite chrétienne dans l'Amérique de George W. Bush”, *Vingtième siècle*, 97, pp. 39-51.
- BENAMOUGIZ D., “Santé” in BORDLANDI M., BOUDON R., CHERKAOUI M., VALADE B., 2005, *Dictionnaire de la pensée sociologique*, PUF, Paris, pp. 618-621.
- BENOIST J.,
 1993, *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, PUF, 1993.
 2002, “Conclusion : La maladie entre nature et mystère”, in MASSE R., BENOIST J., *Convocation thérapeutique du sacré*, Karthala, Paris.
- BENOIST J., (eds) 1996, *Soigner au Pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Karthala, Paris.
- BENOIST J., DESCLAUX A., 1996, “Pour une anthropologie impliquée”, in BENOIST J., DESCLAUX A. (eds), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Karthala, Paris, pp. 363-373.
- BERENI L., CHAUVIN S., JAUNAT A., REVILLARD A., 2008, *Introduction aux Gender Studies. Manuel d'études sur le genre*, De Boeck, Bruxelles.
- BERGAMASCO L., 1995, “(compte rendu) Alessandro Barbero, *Un santo in famiglia, vocazione religiosa e resistenze sociali nell'agiografia latina medievale*”, *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 50(4), pp. 889 -891
- BERGER P., LUCKMAN T., 1996, *La construction sociale de la réalité*, Armand Colin, Paris.
- BERHANE Y., et. al. (eds.), 2006, *Epidemiology and Ecology of Health and Disease in Ethiopia*, Shama Books, Addis Ababa
- BERHANOU ABEBE, 1998, *Histoire de l'Ethiopie d'Axoum à la révolution*, Maisonneuve & Larose, Centre Français des Etudes Ethiopiennes, Paris.
- BERLIVET, L., 2001, “Déchiffrer la maladie”, in DOZON J.-P., FASSIN D., (eds.), *Critique de la santé publique, Une approche anthropologique*, Balland, Paris.

- BERNARD J.,
2006, “Les émotions dans la relation Pompes funèbres – endeuillés : une problématique de santé”, *Face à face*, 9, pp. 36-46.
- 2007, “Objectiver les émotions dans l’enquête de terrain. Réflexions à partir d’une étude sur le travail des pompes funèbres”, in LESERVOISIER O., VIDAL L., (eds), *L’anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris, pp. 109-121.
- BETEMARIAM WULETA, 2002, *Gender and HIV/AIDS in Ethiopian*, Technical Working Group on HIV/AIDS.
- BEYLOT R., “La controverse sur le Sabbat dans l’Église éthiopienne” in LE BOULUEC A., (eds), *La controverse religieuse et ses formes*, Cerf, Paris, pp.165-188.
- BIADGILIGN S., DERIBEW A., AMBERBIR, A., DERIBE, K., 2009, “Barriers and facilitators to antiretroviral medication adherence among HIV-infected paediatric patients in Ethiopia: a qualitative study.”, *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS (SAHARA-J)* 6(4), pp. 148-154.
- BIEHL J., 2007, *Will to Live, Aids therapies and the politics of survival*, Princeton University Press, Princeton.
- BILA B., 2011, “Différences de recours au traitement des personnes vivant avec le VIH et valeurs liées au genre au Burkina Faso”, in DESCLAUX A., MSELLATI P., SOW K., (eds), *Les femmes à l’épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, ANRS, Paris, pp. 31-42.
- BIRNHAUM J.H., 1997, “Washington’s Power wichi perssure groups are best manipulating the laws we libe by ? A groundbreaking fortune survey reveals who belongs to lobbying’s elite and why they wield so much clout”, *Fortune*, december 8.
- BISHOP-SAMBROOK C., 2004, *Part 1 HIV/AIDS analysis : an overview of the rural epidemic in rural Ethiopia*, Prepared by Clare Bishop-Sambrook, HIV/AIDS Advisor, IPMS (November) with fieldwork support from Gebremedhin Woldewahid in Tigray and Nigatu Alemayehu regarding Oromia.
- BLANCHETTE C., 1989, *Pénitence et Eucharistie. Dossier d’une question controversée*, Cerf, Bellarmin, Paris, Montréal.
- BLOCH M.,1924, *Les Rois thaumaturges : étude sur le caractère surnaturel attribué à la puissance royale particulièrement en France et en Angleterre*, Istra-Humphrey Milford-Oxford University Press, Paris-Strasbourg- Londres.
- BLOOM F., R., 1997, “Searching for Meaning in Everyday Life: Gay Men Negotiating Selves in the HIV Spectrum”, *Ethos*, 25 (4), pp. 454-479
- BOLAY A., 1994, *Iyasus Mo’a et le monastère de Dabra Estifanos d’Hayq. L’alliance pricilégié d’un mouvement monastique au pouvoir royal en Ethiopie (XII^e – XV^e siècle)*, Mémoire de maîtrise, Université Paris I.

- BONNET D.,
1999, "Les différents registres interprétatifs de la « maladie de l'oiseau »", in JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P., (eds), *La construction sociale des maladies*, Paris, PUF, pp. 305-320.
- 2004, "Thérapeutique", in BONTE P., IZARD M., *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, PUF, Paris, pp. 707-708
- BORLANDI M., BOUDON R., CHERKAOUI M., VALADE B., 2005, *Dictionnaire de la pensée sociologique*, PUF, Paris.
- BOSC C., 2001, *Art, église et royauté en Ethiopie aux XVII^e et XVIII^e siècles : écriture de l'histoire et « fabrique » des images dans les églises du lac Tana*, Thèse de doctorat, Université Paris I.
- BOURDIEU P.,
1971, "Genèse et structure du champ religieux", *Revue Française de Sociologie*, 12, 295-334.
1978, "Sur l'objectivation participante. Réponse à quelques objections", *Actes de la recherche en sciences sociales*, 23, pp. 67-69.
1982, "Les rites d'institution", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 43, Juin, pp. 58-63.
2000[1972], *Esquisse d'une théorie de la pratique, précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, Seuil, Paris.
- BOURDILLON F., SOBEL A., 2006, "L'épidémie de sida : le temps des transformations", *Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé*, 4 (13), pp. 53-67.
- BOUTEILLER M., 1966, *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui*, Maisonneuve et Larose, Paris.
- BOYLSTON T., 2012, *The Shade of the Divine. Approaching the Sacred in an Ethiopian Orthodox Christian Community*, Thesis of Anthropology, London School of Economics, March, London.
- BOZOKY E., 2006, *La politique des reliques de Constantin à Saint Louis: protection collective et légitimation du pouvoir*, Beauchesne, Paris.
- BOZOKY E., HELVETIUS A.-M., (eds), 1999, *Les reliques : objets, cultes, symboles : actes du Colloques international de l'Université du Littoral-Côte d'Opale (Boulogne-sur-mer), 4-6 septembre 1997*, Brepols, Paris.
- BOZON J. P., KONTULA, 1998, "Sexual initiation and gender in Europe : a cross-cultural analysis of trends in the twentieth century, in HUBERT, M., BAJOS, N. ET STANDFORD, T., eds, *Sexual behavior and HIV/AIDS in Europe*, Universal College London Press, London, pp. 37-67.
- BOZON, M.,
2003, "At what age do women and men have their first sexual intercourse? World comparisons and recent trends", *Population et Sociétés*, 391, pp. 1-4.
2008, "Premiers rapport sexuel, première relation : des passages attendus", in BAJOS N., BOZON M., (eds), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte, Paris, pp. 117-147.

- BRAECKMANS L., 1971, *Confession et communion au Moyen Age et au Concile de Trente*, Duculot, Gembloux (France).
- BRANTHOMME H., CHELINI J., 1982, *Les chemins de Dieu. Histoire des pèlerinages chrétiens des origines à nos jours*, Hachette, Paris.
- BRIETZKE P., 1974, "Private Law in Ethiopia", *Journal of African Law*, 18(2), pp. 149-167.
- BROQUA C., 2009, "L'ethnographie comme engagement : enquêter en terrain militant", *Genèses*, 2(75), pp. 109-124.
- BROUARD M., (eds), 2002, *Eucharistia, Encyclopédie de l'Eucharistie*, Cerf, Paris.
- BROWN P., 1984, *Le culte des saints. Son essor et sa fonction dans la chrétienté latine*, Cerf, Paris.
- BUCHARDT M., 2009, "Subjects of Counselling : Religion, HIV/AIDS and the Management of Every day Life in South Africa", in BECKER F., GEISLER P.W., *Aids and Religious Practice in Africa*, Brill, Boston, Leiden, pp. 35-51.
- BUDGE E.A.W., 1928, *The Book of the Saints of the Ethiopian Church*, Cambridge.
- BUREAU, E., 2010, *Anthropologie d'une norme globalisée. La participation profane dans les programmes de lutte contre le VIH au Cambodge*, Thèse de Doctorat d'Ethnologie option anthropologie sociale et culturelle, Université Victor Segalen, Bordeaux 2.
- BUREAU, J., 1993, "L'Église, la nation et l'État éthiopiens", in CHRETIEN J.-P., (eds), *L'Invention Religieuse en Afrique. Histoire et Religion en Afrique Noire*, ACCT/Karthala, Paris, pp. 393-408.
- BURGUIERE A., 1998, "Préface. Entre sociologie et anthropologie ; *La civilisation des mœurs en procès.*", in DUERR H., 1998, *Nudité et pudeur, Le mythe du processus de civilisation*, Editions de la Maison des sciences de l'homme, Paris, pp. IX-XXXI.
- BUTLER J., 1990, *Trouble dans le genre : pour un féminisme de la subversion*, La Découverte, Paris.

C

- CALAME C., 2007, "La fabrication de configurations culturelles en anthropologie critique. Quelques réflexions", in LESERVOISIER O., VIDAL L. (eds), 2007, *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris, pp. 289-295.
- CALLOIS R., 1950, *L'homme et le sacré*, Gallimard, Paris.
- CALVEZ M., 1994, "Le handicap comme situation de seuil : élément pour une sociologie de la liminalité", *Sciences sociales et santé*, 12 (1), pp. 61-88.

- 2001, “Le risque comme ressource culturelle dans la prévention sida”, in DOZON J.-P., FASSIN D., (eds), *Critique de la santé publique, Une approche anthropologique*, Balland, Paris.
- 2004, *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes.
- CAMPOLINO A.H., ADAMS I.K., 1992, “Involvement of churches in AIDS care and education; the Solidariedade M.G. experience in Belo Horizonte, Brazil.” *Abstract PoD 5291 at the VIIIth International AIDS Conference*, Amsterdam, 19–24 July.
- CANGHUILEM G., 1999 [1966], *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris.
- CANTO-SPERBER, M., (eds), 1996, *Le dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, PUF, Paris.
- CAPELLE-POGĂCEAN A., ROUSSELET K., 2005, “Les orthodoxies en Europe balkanique”, *Balkanologie*, 9(1-2), mis en ligne le 13 janvier 2010. URL : <http://balkanologie.revues.org/index591.html>.
- CARAYOL R., 2010, “Issayas Afewerki, le Staline d’Asmara”, *Jeune Afrique*, 17 mars.
- CARMODY P., 2005, “Transforming Globalization and Security : Africa and America Post-9/11”, *Africa Today*, 52(1), pp. 97-120.
- CARRICABURU D., MENORET M., 2004, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, Paris.
- CASAGRANDE C., 2010, “Faute/réparation”, in AZRIA R., HERVIEU-LEGER D., (eds), *Dictionnaire des faits religieux*, PUF, Paris, pp. 378-380.
- CASTORIADIS C., 1986, *Domaine de l’homme, (Les carrefours du labyrinthe t.II)*, Seuil, Paris.
- CAQUOT A., 1957, “Histoire amharique de Gragn et des Gallas”, *Annales d’Ethiopie* (2), pp. 123-143.
- CAUDILL W., 1953, “Applied Anthropology in Medicine”, *Anthropology Today: An ENCYCLOPEDIAIC Inventor*, A. L. Kroeber, University of Chicago Press, Chicago, USA.
- CAULIER B., 1990, *L’eau et le sacré. Les cultes thérapeutiques autour des fontaines en France, du moyen âge à nos jours*, Presse de l’Université de Laval, Beausénes, Québec, Paris.
- CERULLI E., 1943, *Il libro etiopico dei miracoli di Maria e le sue fonti nelle letterature del medio evo latino*, Rome.
- CHAILLOT C., 2002. *The Ethiopian Orthodox Tewahedo Church Tradition, A brief Introduction to Its Life and Spirituality*, Inter-Orthodox Dialogue, Paris
- CHAMPION F.,
1984, “La «Fable mystique» et la modernité”, *Archives des sciences sociales des religions*, 58(2), pp. 95-203.
1988, “Nouveaux mouvements religieux et conflits de société (1965-1985)”, *Vingtième Siècle. Revue d’histoire*, 19, pp. 43-54.

- CHAMPION F., NIZARD S., ZAWADZKI P., (eds), 2007, *Le sacré hors religion*, L'Harmattan, AFSR, Paris.
- CHOLE E., MANYAZEWAL M., 1991, "The macroeconomy performance of the Ethiopian economy 1974-1990". In *The Ethiopian Economy: Structure, Problems and Policy Issues*. Proceedings of the First Annual Conference on the Ethiopian Economy, ed. M. Tadesse, Addis Ababa University Printing Press, Addis Ababa, pp. 3-42.
- CISE-WONE K., 1999, " Association de personnes vivant avec le VIH au Sénégal : diagnostic et perspectives", in GRUENAI M.-E., (eds), *Organiser la lutte contre le sida. Une étude comparative sur les rapports Etat/société civile en Afrique* (Cameroun, Congo, Côte-d'Ivoire, Kenya, Sénégal), ANRS, Paris, pp. 227-234.
- CLEMENT O.,
1961, *L'Eglise orthodoxe*, PUF, Paris.
2009, *L'essor du Christianisme Oriental*, Desclée de Brouwer, Paris.
- CLEMENTS F. E., 1932, "Primitive Concepts of Disease", *University of California Publications in Archaeology and Ethnology*, 32(2), pp. 185-252.
- COUDERC M., 2011, *Enjeux et Pratiques de la recherche médicale transnationale en Afrique de l'Ouest : Analyse anthropologique d'un centre de recherche clinique sur le VIH au Sénégal*, Thèse de doctorat en anthropologie, Université Paul Cézanne - Aix-Marseille III.
- CODAT-DROULEZ S., 2001, "Religion, science et « miracles », le cas de Lourdes", *Socio-anthropologie*, 10, pp. 67-87.
- CODEREY C., 2010, "Du karma aux planètes. Les thérapeutes arkanais et leurs pratiques hétérogènes de soins", in HUSSON L., (eds), *La santé : miroir des sociétés d'Asie du Sud-Est*, Publication de l'Université de Provence, Marseille., pp. 29-53.
- COHEN B., TRUSSELL J., (eds), 1996, *Preventing and Mitigating AIDS in Sub-Saharan Africa*, National Academy Press, Washington D.C.
- COLEMAN S., 2002, "Do you believe in pilgrimage ? *Communitas*, contestation and beyond", *Anthropological Theory*, 2(3), pp. 355-368.
- COLIN G., 2004, *Le Livre des Miracles de Marie*, Cerf, Paris.
- CONGOURDEAU, M.H., 2002, "L'eucharistie à Byzance du XIe au XVe siècles", in BROUARD, M., (eds), *Eucharistia, Encyclopédie de l'Eucharistie*, Cerf, Paris, pp. 157-66.
- CONTI ROSSININI C.,
1928, *Storia d'Ethiopia*, Milan.
1929, *L'Abissinia*. Roma
- CONVERSE P.J., TADESSE WUhib T., MULATU M.S., KLOOS H., 2003, "Bibliography on HIV/AIDS in Ethiopia and Ethiopians in the Diaspora", *Ethiopian Journal of Health development*, 17, pp. 33-57

COPPANS J., 2007, " Les dialectiques infinies des images de soi de l'anthropologie française : une science sociale une mais divisible ?", in LESERVOISIER O., VIDAL L. (eds), 2007, *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris, pp. 19-40.

COQUERY-VIDROVITCH C., 1994, *Les Africaines. Histoire des femmes d'Afrique Noire, du XIX^e au XX^e siècle*, Desjonquères, Paris.

CORNU C., 1996, *Les Associations des personnes vivant avec le VIH-sida à Abidjan, Côte d'Ivoire : le malade du sida, réformateur social en Afrique subsaharienne ?* Mémoire de DEA, IEDES, Université Paris I – Panthéon-Sorbonne.

CORTEN A.

1995, *Le pentecôtisme au Brésil, Émotion du pauvre et romantisme théologique*, Karthala Paris.

1998, "Miracles et Obéissances. Le discours de la guérison divine à l'Eglise Universelle", *Social Compass*, 44(2), pp. 283-303.

1999, *Alchimie politique du miracle, discours de la guérison divine et langue politique en Amérique Latine*, Editions Balzac, Montréal, Québec.

CORTEN A.

2005, "« Le mal existe ». Religion et néoconservatisme dans le discours de George W. Bush", *Mots. Les langages du politique*, 79, pp. 9-20. Mis en ligne le 28 mai 2008. URL : <http://mots.revues.org/1282>

CORTEN A., DOZON J.-P., ORO A.P., (eds), 2003, *Les nouveaux Conquérants de la foi. L'Eglise universelle du royaume de Dieu (Brésil)*, Karthala, Paris

CORTEN A., MARY A., (eds), 2001, *Imaginaires politiques et pentecôtismes, Afrique-Brésil*, Karthala, Paris.

CRUISE C.M., 1995, *Coming to terms with an epidemic. An anthropological study of young people's belief about HIV/AIDS in West Godjjam, Ethiopia*. Unpublished report. Addis Ababa, CBM.

CRUMMEY, D., 1972, *Priests and Politicans, Protestants and Catholics Missions in Orthodox Ethiopia, 1830-1868*, Oxford Univeristy Press, London.

CENTRAL STATISTICAL AGENCY [ETHIOPIA], ICF INTERNATIONAL,

2012, *Ethiopia Demographic and Health Survey 2011*, Central Statistical Agency and ICF International, Addis Ababa, Ethiopia/ Calverton, Maryland, USA.

2006, *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*, Central Statistical Agency and ICF International, Addis Ababa, Ethiopia/ Calverton, Maryland, USA

D

D'AOUST A.-M., 2004, "Un dilemme de sexualité/sécurité : la logique identitaire américaine face à la menace épidémique en Afrique", *Cultures & Conflits*, 54(2), p. 133-162.

DAGNE HAILE GABRIEL, 1994, " Early Marriage in Northern Ethiopia", *Reproductive Health Matters*, 2(4), pp. 35-38.

- DALMAIS I.-H.,
1958, “ Le sacrement de pénitence chez les Orientaux”, *La Maison Dieu*, 56, pp. 22-29.
1980, *Liturgie d’Orient*. Paris.
- DASTON, L., 1995, “The Moral Economy of Science”, *Osiris*, 10, pp. 2-24.
- DE CERTEAU M.,
1981, "Une pratique sociale de la différence : croire" in *Faire croire. Modalités de la diffusion et de la réception des messages religieux du XIIIe au XVe siècle*. Actes de table ronde de Rome (22-23 juin 1979). Rome : École Française de Rome, pp. 363-383.
1990, *L'invention du quotidien, t.1. Arts de faire*, Gallimard, Paris.
- DEACON H., STEPHNEY I., PROSALENDIS S., 2005, *Understanding HIV/AIDS Stigma. A theoretical and methodological analysis*, HSRC Press, Cape Town, South Africa.
- DEBAENE V., 2006, “« Etudier les états de conscience », La réinvention du terrain par l’ethnologie, 1925-1939 ”, *L’Homme*, 179, pp. 7-62
- DELAUNAY, K., 1999, “Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie”, *Autrepart*, 12, 37-51.
- DELFRAISSY J.-F., (eds), 2002, *Prise en charge des personnes infectées par le VIH, rapport 2002, recommandations du groupe d'experts*, Flammarion, Paris.
- DELFRAISSY J.-F., FASSIN D., 2010, “Préface. Un engagement réfléchi”, in CHABROL F., GIRARD G., (eds), *VIH/sida Se confronter aux terrains. Expériences et postures de recherche*, ANRS - Collection Sciences sociales et sida, Paris, pp.IX-X.
- DELHAYE P., DIDIER J.-C., ANCIAUX P. (eds), 1960, *La théologie du péché*, Desclée de Brouwer, Paris.
- DELOOZ P., 1962, “Pour une étude sociologique de la sainteté canonisée dans l'Eglise catholique”, *Archives des sciences sociales des religions*, 13, pp. 17-43.
- DELUMEAU J.,
1983, *Le péché et la peur. La culpabilisation en Occident, XIIIe- XVIIIe siècles*, Fayard, Paris.
1990, *L'aveu et le pardon. Les difficultés de la confession, XIIIe- XVIIIe siècles*, Fayard, Paris.
- DEMANGE E., 2010, *La controverse « Abstain, Be Faithful, Use a Condom ». Tansnationalisation de la politique de prévention du VIH/sida en Ouganda*, Thèse pour le Doctorat en Science politique, sous la direction de D. Darbon, Université de Bordeaux IV/ Science Po Bordeaux.
- DEMEULENAERE P., 2003, *Les normes sociales. Entre accords et désaccords*, PUF, Paris.
- DEMISSE DAWIT, IMBERT-VIER S., 1996, *Amharique pour francophone*, L’Harmattan, Paris.
- DEMISSIE, M., LINDTJORN, B., BERHANE, Y., 2002, “Patient and health care service delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia.” *BMC Public Health*, 25, pp. 23.

- DERAT M.-L.,
2003, *Le domaine des Rois éthiopiens (1270-1527), Espace, Pouvoir et Monachisme*, Publication de la Sorbonne, Paris.
- 2010, “La circoncision et l’excision en Éthiopie du XV^e au XVIII^e siècle : lectures d’un rituel”, *Afriques* [Online], 01 | 2010, Online since 21 April 2010,
URL : <http://afriques.revues.org/415>
- DEREJE HABTE, NEGUSSIE DEYESSA, DAVEY, G., 2006, “Assessment of the utilization of pre-marital HIV testing services and determinants of VCT in Addis Ababa, 2003”, *Ethiopian Journal of Health Development*, 20(1), pp.18-23
- DERICQUEBOURG R.,
1988, *Religions de guérison*, Le Cerf, Paris.
- 1995, “De la cure à la prévention dans les religions de guérison”, in LAUTMAN F., MAITRE J., *Gestions religieuses de la santé*, L’Harmattan, Paris, pp. 39-59.
- 2002, “Construction d’un type idéal des religions de guérison à partir d’un échantillon de groupes religieux minoritaires”, in MASSE R., BENOIST J., *Convocation thérapeutique du sacré*, Karthala, Paris, pp. 39-59.
- 2007, “Max Weber et les charismes spécifiques”, *Archives de sciences sociales des religions*, 137, Varia, pp. 21-41.
- DESCAMPS C., 2007, *Maladies chroniques et qualité de (la) vie : Une bibliographie critique*, Rapport final à la Fondation Roche, September.
- DESCLAUX A. 2001, « L’observance en Afrique : question de culture ou « vieux problème » de santé publique ? », in BESSETTE D., BUNGENER M., COSTAGLIOLA D., FLORI Y.-A., MATHERON S., MORIN M., SEBTON M., SOUTEYRAND Y., *L’observance aux traitements VIH/sida : mesure, déterminants, évolution*, ANRS, Collection Sciences Sociales et Sida, Paris, pp. 57-66.
- DESCLAUX A., LANIECE I., NDOYE I., TAVERNE B. (eds), 2002, *L’Initiative Sénégalaise d’accès aux médicaments Antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, ANRS, Collection Sciences Sociales et Sida, Paris.
- DESCLAUX, A., MSELLATI, P., SOW, K., (eds), 2011, *Les femmes à l’épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, ANRS, Paris.
- DESLOIRE C., 2010, “La politique africaine d’Obama : un semblant de rupture?”, *Revue internationale et stratégique*, 1(77), pp. 54-64.
- DESTRO A., PESCE M. (eds), 2004, *Rituals and Ethics. Patterns of Repentance Judaism, Christianity, Islam, Second International Conference of Mediterranean, Peeters*, Paris-Louvain.
- DETHJA, S., 2011, “Le traitement antirétroviral, support de relations pour les femmes, objet de dissimulation pour les hommes au Cameroun”, in DESCLAUX, A., MSELLATI, P., SOW, K., (eds), 2011, *Les femmes à l’épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, ANRS, Paris, pp. 43-54.
- DEYSINE A.-E., 2008, “Argent et politique durant les années Bush”, *Vingtième Siècle. Revue d’histoire*, 1(97), pp. 131-142.

- DIERKENS A., 1994, "Réflexions sur le miracle au haut Moyen Âge", *Actes des congrès de la Société des historiens médiévistes de l'enseignement supérieur public*, 25^e congrès, Orléans, pp. 9-30.
- DIETRICH J.W., 2007, "The Politics of PEPFAR: The President's Emergency Plan for AIDS Relief", *Ethics & International Affairs*, 21(3), pp.277-292.
- DILGER, H.,
 2001, "Living PositHIVely in Tanzania: the global dynamics of AIDS and the meaning of religion for international and local AIDS work", *Afrika Spectrum*, 36(1), pp. 73-90.
 2003, "Sexuality, AIDS, and the Lures of Modernity: Reflexivity and Morality among Young People in Rural Tanzania", *Medical Anthropology*, 22, pp. 23-52
 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.
 2008, "« We Are All Going to Die » : Kinship, Belonging, and the Morality of HIV/AIDS-Related Illnesses and Deaths in Rural Tanzania", *Anthropological Quarterly*, 81(1), 207-232.
 2009, "Doing better? Religion, the virtue-ethics of development and the fragmentation of health politics in Tanzania", *Africa Today*, 56(1), pp. 89-110.
- DILGER H., BUCHARDT M., VAN DIJK D., 2010, "Introduction – The redemptive moment : HIV treatment and the production of new religious spaces", *African Journal of AIDS Research*, Special section on religion and antiretroviral therapy, 9(4), pp. 373-383.
- DIRASSE L, 1991, *The Commoditization of Female sexuality. Prostitution and Socio-Economic relations in Addis Ababa, Ethiopia*, AMS Press, New York.
- DJEBALI T.,
 2010, "Pauvreté et politique sociale : le bilan des années Bush", *Revue Lisa*, 8(1), pp. 86-104.
 2011, "Politique sociale et religion aux Etats-Unis : du « conservatisme compatissant » à l'ouragan Katrina", *Revue Lisa*, 9(1), pp. 79-95.
- DORESSE J.,
 1970, *Histoire de l'Ethiopie*, PUF, Paris.
 1972, *La Vie Quotidienne des Éthiopiens Chrétiens (aux XVII et XVIII siècles)*, Hachette, Paris.
- DOSTOÏEVSKI F., 2002, *Les Frères Karamazov*, traduit du russe par A. Markowicz, Actes Sud, Arles.
- DOUGLAS, M.,
 1990, "Risk as a forensic resource", *Daedalus Journal of the American Academy of Art and Sciences*, 119 (4), pp. 1-16.
 1992, *Risk and Blame, Essays in Cultural Theory*, Routledge, NYC, USA.
 1999, *Comment pensent les institutions, suivi de, La connaissance de soi*, La Découverte, Paris.
 2001 [1971], *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, La Découverte, Paris.
 2004, *L'anthropologue et la Bible, lecture du Lévitique*, Paris, Bayart.

DOZON J.-P.,
1997, "L'anthropologie à l'épreuve de l'implication et de la réflexion éthique", in AGIER M. (eds), *Anthropologues en danger : l'engagement sur le terrain*, Jean-Michel Place, Paris.
2008, *L'Afrique à Dieu et à Diable. États, ethnies et religions*, Ellipses, Paris.

DOZON J.-P., FASSIN, D.,
1989, "Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio- politiques du SIDA en Afrique", *Sciences sociales et santé*, 7(1), pp. 21-36.
2001, *Critique de la santé publique, Une approche anthropologique*, Balland, Paris.

DOZON J.-P., VIDAL L. (eds), 1993, *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Actes de l'atelier, Orstom, Petit Bassam, Côte d'Ivoire.

DUBY G., 1988, *Mâle Moyen-Âge. De l'amour et autres essais*, Flammarion, Paris.

DUCOURNAU P., 2005, "Le consentement à la recherche en épidémiologie génétique : le « rituel de confiance » en question", *Sciences sociales et santé*, 23(1), pp. 5-36.

DUERR H., 1998, *Nudité et pudeur, Le mythe du processus de civilisation*, Editions de la Maison des sciences de l'homme, Paris.

DUFFIELD M., PRENDERGAST J., 1994, *Without Troops and Tanks: Humanitarian Intervention in Ethiopia and Eritrea*. Red Sea Press, Lawrenceville, NJ.

DURIEZ B., MABILLE F., ROUSSELET K. (eds), 2007, *Les ONG confessionnelles. Religions et action internationale*, L'Harmattan/AFSR, Paris.

DURKHEIM,
2003[1912], *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, PUF, Paris.
2007[1893], *De la division du travail social*, PUF, Paris.

DURISCH-GAUTHIER N., ROSSI I., STOLZ J., 2007, *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*, Labor et Fides, Genève.

E

EBOKO F., 1999, "Vivre avec le VIH au Cameroun. A partir de l'exemple de l'Association Frères et Sœurs Unis, in GRUENAI M.-E. (eds), *Organiser la lutte contre le sida. Une étude comparative sur les rapports Etat/société civile en Afrique* (Cameroun, Congo, Côte-d'Ivoire, Kenya, Sénégal), ANRS, Paris, pp. 235- 247.

EDSALL T.B., ROSIN H., 1999, "*Washington Post Staff Writers* Friday, June 11.

-HRSDP et SACS Christian Coalition

EGROT M, 2007, "Renaître d'une mort sociale annoncée : recomposition du lien social des personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Sénégal)", *Cultures & sociétés*, 1, 1^{er} trimestre, pp. 49-56

EIDE O., 2000, *Revolution and Religion in Ethiopia : the Growth and Persecution of the Mekane Yesus Church 1974-85*, J. Currey/Ohio University Press/Addis Ababa University Press, Athens, Oxford, Addis Ababa.

ELIAS N.,

1973 [1969], *La Civilisation des mœurs*, Calmann-Lévy, Paris.

1975 [1969], *La dynamique de l'Occident*, Calmann-Lévy, Paris.

1993, *Engagement et distanciation. Contribution à la sociologie de la connaissance*, Fayard, Paris.

EOTC-DICAC,

2005, *Five Year Strategic Plan (2005-2009)*, April, Addis Ababa.

2006, *Tälékotä Samrawi. Mäsäftawi yäétsh. äy. vi./éds mäkälakälna mäqt'at'äc temheret mälafya/mastälafya säkahenat* (1998 E.T), Addis Ababa.

EPSTEIN H.,

2005, "God and the Fight Against AIDS", *The New York Review of Books*, 52(7), April 28.

2007, *The Invisible Cure. Africa, the West, and the Fight Against AIDS*, Penguin, London.

ERNAUX A., 1986, *La place*, Seuil, Paris.

ERULKAR A., AB MEKKIB T., AMDEMIKAEL H., CONILLE G, 2007, *Leave no woman behind Ethiopia, Baseline report*, UNFPA and Population council.

ETHIOPIAN INTERFAITH FORUM FOR DEVELOPEMENT DIALOGUE AND ACTION (EIFDDA), 2005, *Proceedings of Advocacy and Media relations training workshop for religions leaders*, december , Addis Abeba

EVANS-PRITCHARD E. E.,

1965, *La religion des primitifs à travers les théories des anthropologues*, Payot, Paris.

1972[1937], *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*, Gallimard, Paris.

EVERTZ S.H., 2010, *How Ideology Trumped Science. Why PEPFAR Has Failed to Meet its Potential*, The Council for Global Equality, Center for American Progress, June.

EWALD, F.,

1996, *Histoire de l'Etat Providence*, Grasset et Fasquelle, Paris.

1996a, "Philosophie de la précaution", *L'Année sociologique*, 46(2), pp. 382-412.

F

FAUVELLE-AYMAR F.-X., HIRSCH, B., 2001, "Aksum après Aksum, royauté, archéologie et herméneutique chrétienne de Ménélik II (r.1865-1913) à Zär'a Ya'qob (r.1434-1468)", *Annales d'Ethiopie*, 17, pp. 57-107.

FAINZANG S.,

1988, (1986, *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, L'Harmattan, Paris.

1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*, ed. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

- 1990, "De l'anthropologie médicale à l'anthropologie de la maladie", *Encyclopædia Universalis*, nouvelle édition, pp. 853-860.
- 1996, *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*, PUF, Paris.
- 2001a, "L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques", *Sciences sociales et santé*, 19(2), pp. 5-28.
- 2001b, *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, PUF, Paris.
- 2005, "L'anthropologie médicale en France : une discipline en bonne santé", in SAILLANT F., GENEST S., (eds.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Presses de l'Université de Laval/Economica/Anthropos, pp. 155-173.
- FARILL, E., ROMERO M., ORNELAS G., and URBINA M., 1992, "Sex education for priests." Abstract PoD 5292 at the VIIIth International AIDS Conference, Amsterdam, 19-24 July.
- FARMER P., 1996, *Sida en Haïti. La victime accusée*, Karthala, Paris.
- FARMER, P., CONNORS M., SIMMONS J., 1996, *Women, Poverty and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence*. Common Courage Press, Monroe.
- FASQUELLE F., 1994, *Les monastères du Nord de l'Ethiopie (1508-1543), espace et pouvoir*, Mémoire de maîtrise, Université Paris 1.
- FASSIN D.,
1992, *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, PUF, Paris.
1994, "Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo", *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 4, pp. 745-775.
2000, *Les enjeux politiques de la santé*, Paris, Karthala.
2004, *Afflictions. L'Afrique du sud, de l'apartheid au sida*, Karthala, Paris.
2006, *Quand les corps se souviennent. Expérience et politiques du sida en Afrique du Sud*, La Découverte, Paris.
2009, "Les économies morales revisitées", *Annales HSS*, 6 (nov.-déc), pp. 1237-1266.
2010, *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Gallimard Seuil, Paris.
- FASSIN D., DOZON J.-P.,
1988, "Les Etats africains à l'épreuve du SIDA", *Politique Africaine*, 30, pp. 79-85.
2001, *Critique de la santé publique*, Balland, Paris.
- FATH S.,
2002, *Billy Graham, pape protestant ?*, Albin Michel, Paris.
2004, *Dieu bénisse l'Amérique : la religion de la Maison-Blanche*, Seuil, Paris.
2007, "Les ONG évangéliques américaines ou les rudes de la Providence" DURIEZ B., MABILLE F., ROUSSELET K. (eds), 2007, *Les ONG confessionnelles. Religions et action internationale*, L'Harmattan/AFSR, Paris, pp. 249-262.
- FATH S., (eds), 2004a, *Le protestantisme évangélique, un christianisme de conversion*, (actes du colloque international Iresco/Sorbonne de mars 2002), Brépols, Paris.
- FAVRET-SAASA J., 1977, *Les mots, la mort, les sorts*, Gallimard, Paris.
- FEE E., FOX D. (eds), 1992, *Aids: the making of a Chronic Disease*, University of California Press, Berkeley.

- FEKADU MAZENGA, ALEMAYEHU WORKU, 2009, "Age at sexual initiation and factors associated with it among youths in North East Ethiopia, ", *Ethiopian Journal of Health Development*, 23(2), pp.154-162
- FERNANDEZ F., LEZE S., MARCHE H., 2008, *Le langage social des émotions. Etudes sur les rapports au corps et à la santé*, Economica, Anthropos, Paris.
- FHAPCO,
2004, *Ethiopian Strategic plan for intensifying multi-sectoral response (2004-2008)*, december, Addis Ababa.
2005, *Ethiopian HIV/AIDS national response (2001-2005), Consolidated National Report of the Terminal Evaluation of IDA support for EMSAP*, june, Addis Ababa.
2009, *National Guidelines for HIV/AIDS and Nutrition in Ethiopia*, Addis Ababa.
- FICQUET E., 2006, "De la chair imbibée de foi : la viande comme marqueur de la frontière entre chrétiens et musulmans en Éthiopie", *Anthropology of Food*, 5, Mai 2006, Food and Religion/Alimentation et religion, pp. 1-24. [En ligne], mis en ligne le 1 mai 2006. URL : <http://aof.revues.org/document105.html>.
- FIREY A., (eds), 2008, *A new History of Penance*, Brill, Leiden, Boston.
- FISCHER B ., TRONTO J., 1990, "Towards a Feminist Theory of Caring", in ABEL E., NELSON N., (eds), *Circles of Care*, State University of New York Press, Albany, NYC, pp. 36-54.
- FLECK, L., 2008 [1935], *Genèse et développement d'un fait scientifique*, traduit de l'allemand par Nathalie Jas, Les Belles Lettres, Paris.
- FOESEL M., KERVEGAN J.-F., REVAULT D'ALLONNES M., (eds), 2007, *Modernité et sécularisation. Hans Blumenberg, Karl Löwith, Carl Schmitt, Léo Strauss*, CNRS Edition, Paris.
- FONTANET, A., WOLDEMICHAEL, T. et al., 1999, "A special issue on HIV/ AIDS in Ethiopia in collaboration with the Ethio-Netherlands AIDS Research Project", *Ethiopian Medical Journal*, 37 (1), October.
- FOSTER P., 1996, "Cosmological aspects of AIDS", in Phiri, I., Ross, K. & Cox, J. (eds.) *The Role of Christianity in Development, Peace and Reconstruction*. All Africa Conference of Churches, Nairobi, Kenya
- FOUCAULT M.,
1963, *Naissance de la clinique*, PUF, Paris.
1966, *Les mots et les choses*, Gallimard, Paris.
1969, *L'Archéologie du savoir*, Gallimard, Paris.
1976, *Histoire de la sexualité, t. 1. La volonté de savoir*, Gallimard, Paris.
1982, "Herméneutique du sujet", *Cours au Collège de France (1981-1982)*, <http://michel-foucault-archives.org/?Cours-de-Michel-Foucault-1981-1982>
1984, *Histoire de la sexualité, t. 2. Le Souci de soi*, Gallimard, Paris.
1994, "Les techniques de soi" [5 oct. 1982], *Dits et écrits, t. IV (1954-1988)*, Gallimard, Paris, pp. 783-813.
2001, *Dits et écrits t.I (1954-1969)*, Gallimard, Paris.

2009, *Le corps utopique, les hétérotopies*, Lignes, Clamecy, France.

FRANCELLO S., 2007, "Guérison, délivrance et sida: les femmes et la "maladie de Dieu" dans les Eglises pentecôtistes africaines", *Sciences sociales et santé*, 25(4), pp. 5-34.

FRANCIS S. A., LIVERPOOL J., 2009, "A Review of Faith-Based HIV Prevention Programs", *Journal of Religion and Health*, 48, pp. 6-15

FREIDSON E., 1984 [1970], *La Profession médicale*, Payot, Paris.

FREIRE COSTA J., 1998, "Sexe et amour chez Saint Augustin", in LOYOLA M.A., (eds), *La sexualité dans les sciences humaines*, L'Harmattan, Paris, Montréal, pp. 143-170.

FREUCHET, V. 1996. *Les mouvements monastiques en Éthiopie au XVIIe et XVIIIème siècle et leur rôle dans la controverse de l'union et de l'onction, 1622-1730*. Mémoire de Maîtrise, Université Paris I, Paris

FREUND J., 1976, "Le Charisme selon Max Weber", *Social Compass*, 23(3), pp. 383-395.

FROIDEVAUX-METTERI C., 2009, *Politique et religion aux Etats-Unis*, La Découverte, Paris.

FYLKESNES, K., SIZIYA S., 2004, "A randomized trial on acceptability of voluntary HIV counselling and testing", *Tropical Medicine and International Health*, 9(5), pp. 566-572.

G

GARNER R.C., 2000, "Safe sects? Dynamic religion and AIDS in South Africa", *Journal of Modern African Studies* 38(1), pp. 41-69.

GASCON A., HIRSCH B., 1992, "Les espaces sacrés comme lieux de confluence religieuses en Ethiopie", *Cahier d'Etudes Africaines*, 32 (4), pp. 689-703.

GASHAW ANDARGIE, AFEWORK KASSU, FELEKE MOGES, YIGZAW KEBEDE, MOLLA GEDEFAW, FISSEHA WALE, ATNAF ALEM, BERHANU ANDUALEM, SOLOMON ADUNGNA, 2007, "Low prevalence of HIV infection, and knowledge, attitude and practice on HIV/AIDS among high school students in Gondar, Northwest Ethiopia", *Ethiopian Journal of Health Development*, 21(2), pp.1-4.

GEARY P. J., 1978, *Furta Sacra, thefts of Relics in the Central Middle Ages*, Princeton University Press, Oxford.

GEERTZ C., 1972, "La religion comme système culturel", in BRADBURY R.E. (eds), *Essais d'anthropologie religieuse*, Gallimard, Paris, pp. 19-66.

GEIGER, S., 1990, "Sexual behavior & knowledge of HIV/AIDS & other STDs. A survey of senior high school students", *Ethiopian Journal of Health Development*, 4(2), pp.123-131.

- GELIS J., 1982, “Miracle et médecine aux siècles classiques : Le corps médical et le retour temporaire à la vie des nouveaux-nés”, in GOUBERT J.-P. (eds), *La médicalisation de la société*, Historical Reflection Press, Waterloo (Ont.), pp. 85-101.
- GEORGE P., 2002, “Les reliques des saints. Publications récentes et perspectives nouvelles”, *Revue belge de philologie et d'histoire*, 80(2), Histoire médiévale, moderne et contemporaine - Middeleeuwse. moderne en hedendaagse geschiedenis. pp. 563-591.
- GETATCHEW HAILE, 1992, *The Mariology of Emperor Zär'a Ya'eqob*, Pontificium Institutum Studiorum Orientalium, Roma.
- GETNET TADELE, 2006, *Bleak prospects, Young men, sexuality and HIV/AIDS in an Ethiopian town*, African Studies Center, Leiden.
- GHASARIAN C., (eds),
1997, “Les Désarrois de l’ethnographe”, *L’Homme*, 143, pp. 189-198.
2002, *De l’ethnographie à l’anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*, Armand Colin, Paris.
- GIBBAL J.-M.,
1982, *Tambours eau Journal et enquête sur un culte de possession au Mali occidental*, Le Sycamore, Paris.
1984, *Guérisseur et magiciens du Sahel*, Métailié, Paris.
- GIDDENS, A.,
1994, *Les conséquences de la modernité*, l’Harmattan, Paris.
2001 [1991], *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*, Polity Press, Cambridge.
- GILLESPIE, S., KADIYALA, S., GREENER, R., 2007, “Is poverty or wealth driving HIV transmission?”, *AIDS*, 21 (suppl 7), pp. S5–S16
- GILLET O., 1997, *Religion et nationalisme. L’idéologie de l’Eglise orthodoxe roumaine sous le régime communiste*, éditions de l’Université de Bruxelles, Bruxelles.
- GIRAUD C., 2004, *Histoire de la sociologie*, PUF, Paris.
- GIRAULT E., 2010, « Un monde vulnérable. Pour une politique du care, de Joan Tronto », *Sociétés et jeunesses en difficulté* [En ligne] , n°9 | Printemps 2010 , mis en ligne le 10 décembre 2010. URL : <http://sejed.revues.org/index6724.html>
- GODELIER, M., 2008, Préface, in BAJOS, N., BOZON, M., (eds.), 2008, *Enquête sur la sexualité en France, Pratiques, genre et santé*, La Découverte, Paris, pp. 9-18.
- GOFFMAN E.,
1975 [1963], *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Editions de Minuits, Paris.
2001[1961], *Asiles– Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Éditions de Minit, Paris.
- GOOD B., 1998, *Comment faire de l’anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robison.

GREEN E.C., 2003, *Faith-Based Organizations: Contributions to HIV Prevention*, The Synergy Project, USAID.

GRESLE-FAVIER C., 2009, « *Raising sexually pure Kids* ». *Sexual Abstinence, Conservative Christians and American Politics*, Rodopi, Amsterdam, Netherland.

GRIAULE M.,

1934, “Les saints patron en Abyssinie”, *Orientale*, vol. 3, Sumptibus Pontificii Instituti Biblici.

1957, *Méthode de l’ethnographie*, PUF, Paris.

GRUENAI M.E,

1992, “Présentation”, *Cahier des Sciences Humaines*, 28 (1): 3-12.

1999, “La religion préserve-t-elle du sida?”, *Cahier d’Etudes Africaines*, 154 (39), 253-270.

2001, “Critique de la santé publique. Une approche anthropologique. Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (Dir.)” *Bulletin de l’APAD* [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 06 mars 2006, <http://apad.revues.org/192>

GRUENAI M.E., (eds), 1999, *Organiser la lutte contre le sida : une étude comparative sur les rapports Etat/société civile en Afrique (Cameroun, Congo, Côte d’Ivoire, Kenya, Sénégal)*, Rapport ANRS, mars.

GRUENAI M.-E. , MAYALA D., 1988, “Comment se débarrasser de l’efficacité symbolique de la médecine traditionnelle ?”, *Politique africaine*, 31, octobre, pp. 51-61.

GUENZI C., ZUPANOV I.G., 2010, “Santé”, in AZRIA R., HERVIEU-LEGER D., (eds), *Dictionnaire des faits religieux*, PUF, Paris pp. 1126-1131.

GUERIN A., PAILLARD B., 1999, *Médecines parallèles et sida*, Rapport à l’Agence Nationale de Recherche sur le Sida, Paris.

GUIDI I., 1912, “Abyssinie”, *Dictionnaire d’Histoire et de Géographie Ecclésiastique*, vol. 1, pp. 210-227.

GUILLAUME P., 1990, *Médecins, Eglise et Foi, XIXe – XXe siècles*, Aubier, Alençon.

GUILLAUMIN C., 1992, *Sexe, race et pratique du pouvoir. L’idée de nature*, Côté-femmes, Paris.

GY P.-M., 1958, “ Histoire liturgique du sacrement de pénitence”, *La Maison Dieu*, 56, pp. 5-21.

H

HABTEMICHAEL SE., 2009, *Knowledge, attitude and contraceptive use among men in Addis Ketema and Kolfe Keranio sub-cities in Addis Ababa*. MA Thesis: Department of Gender Studies, Addis Ababa University.

HACKING I., 2001, *Entre science et réalité, La construction sociale de quoi ?*, La Découverte, Paris.

- HAGENBUCHER SACRIPANTI, F., 1994, *Représentations du sida et médecines traditionnelles dans la région de Pointe-Noire (Congo)*, ORSTOM, Paris.
- HAMMERSCHMIDT E., 1965, "Jewish Elements in the Cult of the Ethiopihan Church", *Journal of Ethiopian Studies*, 3(2), Institut of Ethiopian Studies, Addis Ababa, pp. 1-12.
- HANE F., 2007, *Emergence de la fonction soignante. Reconfigurations professionnelles et politiques publiques autour de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal*, Thèse de doctorat d'anthropologie, EHESS-Shadyc, Marseille.
- HANSEN H.P., THOMSON T.T., 2008, "Cancer rehabilitation in Denmark. The growth of a new narrative", *Medical Anthropology Quarterly*, 22(4), pp. 360-380.
- HAPCO, GAMET, 2008, *HIV/AIDS in Ethiopia. An Epidemiological Synthesis*, World Bank Global HIV/AIDS Program, April.
- HARAM, L., 2005, " "Eyes Have No Curtains": The Moral Economy of Secrecy in Managing Love Affairs among Adolescents in Northern Tanzania in the Time of AIDS", *Africa Today*, 51(4), pp. 57-73.
- HARDEE K., GRIBBLE J., WEBER S., MANCHESTER T., WOOD M., 2008, *Reclaiming the ABCs the creation and evolution of the ABC Approach.*, Population Action International.
- HAREIDE D., 1991, *Vulnerability to famine*, The Alternative Future Project, Olso.
- HARRIS A. C., 2007, *Engaging the power of prayer: Promoting AIDS awareness within the Black Church*, Advisor: Rothman, Barbara Katz, Sociology Ph.D., City University of New York.
- HASSNER P., VAÏSSE J., 2003, *Washington et le monde, Dilemme d'une superpuissance*, Autrement, Paris.
- HAXAIRE C., ZEMPLENI A. 1995, " L'enseignement d'anthropologie médicale au Département d'Ethnologie de l'Université de Paris X-Nanterre", *Journal des Anthropologues*, 60, pp.101-10.
- HECHT E.-D., 1976, "Traditional Medicine and Magic among the Amhara of Ethiopia", Paper read at the *Conference of Ethiopia Feudalism*, Addis Ababa, 1976.
- HERAN F., 1986, "Le rite et la croyance", *Revue Française de Sociologie* 27(2), pp. 262-278.
- HERITIER, F., 1996, *Féminin/Masculin : la pensée de la différence*, Odile Jacob, Paris.
- HERMANN J.,
 2009, "Du ministère des âmes au ministère des corps ? L'encadrement des pratiques sexuelles par l'Église éthiopienne, entre sida et aide américaine", *Autrepart* (49), pp.47-64
 2010, "Le Rituel de l'eau bénite, Une réponse sociale et symbolique à la pandémie du sida", *Les Annales d'Ethiopie* (25), pp. 229-245.
 2012, "Les sites d'eau bénite chrétien éthiopiens et le sida : tensions entre des dynamiques sacrées et profanes", *Social Compass*, Septembre (à paraître)

- 2012a, “Une socio-anthropologie de la “guérison”, “rémission” ou de la “cure” est-elle possible ?”, *Publication des actes du Premier congrès de l'AFEA*, Connaissance No Limit(s), 20-24 septembre 2011, EHESS, Paris, (à paraître).
- HERTZ R., 1988 (1922), *Le péché et l'expiation dans les sociétés primitives*, *Les Cahiers de Gradhiva*, 6, Paris, Jean Michel Place.
- HERVIEU-LEGER D.,
 1985, Compte rendu de lecture, “Vincent et al. 1985, Les nouveaux clercs. Prêtres, pasteurs et les spécialistes des relations humaines et de la santé”, *Archives des sciences sociales des religions*, 60(2), pp. 236-237.
 1987, Compte rendu de lecture, “Vincent et al. 1985, Les nouveaux clercs. Prêtres, pasteurs et les spécialistes des relations humaines et de la santé, Labor et Fides/CNRS, Genève”, *Archives des sciences sociales des religions*, 63(2), pp. 303-308.
 1993, *La religion pour mémoire*, Le Cerf, Paris
 2000, *Le pèlerin et le converti*, Flammarion, Paris.
- HERVIEU-LEGER D., avec la collaboration de F. Champion, 1986, *Vers un nouveau christianisme ? Introduction à la sociologie du christianisme occidental*, Cerf, Paris.
- HERVIEU-LEGER D., WILLAIME J.-P., 2001, *Sociologies et religion. Approches classiques*, PUF, Paris.
- HERZLICH C., PIERRET J., 1991[1984], *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Payot, Paris.
- HEYBERGER B.,
 1998, “Sainteté et chemins de la perfection chez les chrétiens du Proche-Orient”, in *Revue de l'histoire des religions*, 215(1), pp. 117-137.
 2010, “Christianisme orientaux”, in AZRIA R., HERVIEU-LEGER D., (eds), *Dictionnaire des faits religieux*, PUF, Paris, pp. 145-152.
- HIRSCH B., 2003, “L'hagiographe et l'histoire Lectures d'un passage des *Actes de Iyasus Mo'a*”, in HIRSCH B., KROPP M., (eds), *Saints, biographies et histoire en Afrique*, Peter Lang, Frankfurt am Main, pp. 162-174.
- HOBBS T., 1971, *Le Léviathan*, Sirey, Paris.
- HOFER K., 2003, “The Role of Evangelical NGOs in International Development : A Comparative Study of Kenya and Uganda,” *Afrika spectrum*, 38(3), pp.373-398.
- HONKASA LO, MARJIA-LIISA, 2001, “Vicissitudes of pain and suffering: chronic pain and liminality”, *Medical Anthropology* 19, pp. 319-353.
- HSIN YANG K., KLEINMAN A., LINK G.B., PHELAN J.C., LEE S., GOOD, B., 2007, “Culture and stigma : Addin moral experience to stigma theory”, *Social, Science & Medicine*, 64, pp. 1524-1535.
- HUME D., 1947, *Enquête sur l'entendement humain*, trad. André Leroy, Aubier, Paris.
- HUNDE T.A., 2009, *HIV-positive women's experiences related to involving their HIV-negative partners in the PMTCT program*, Addis Ababa, Ethiopia, MN Thesis: Department of Nursing, Addis Ababa University.
- HYATT, H.M., 1928, *The Church of Abyssinia*, Luzac & Co., London.

I- J -K

ILLICH I., 1975, *Nemesis médicale*, Le Seuil, Paris.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE (INSAE) [Bénin] et Macro International Inc., 2007, *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) - Bénin 2006*, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique et Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA.

IRVINE J.M., 2002, *Talk about sex. The Battles over Sex Education in the United States*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California.

ISAAC J., 1989, *Ṭaḡsā D-Ḥūsāyā. Le rite du Pardon dans l'Eglise syriaque orientale*, Orientalia Christiana Analecta, Pontificium Institutum Orientale, Roma.

ISAMBERT F.-A.,

1978, "Religion populaire, sociologie, histoire et folklore. II : De Saint Besse à Saint Rouin", *Archives des sciences sociales des religions*, 46(1), pp. 111-133.

1982, *Le sens du sacré. Fête et religion populaire*, Editions de Minuit, Paris.

ISTJAKOV S., LAMBERT Y., 2005, "La vénération des icônes miraculeuses dans l'orthodoxie contemporaine : l'exemple de la copie de Bronnicy d'après l'icône de la Vierge de Jérusalem", *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, 36 (4), Dossier, Les pratiques religieuses dans la Russie postsoviétique : entre tradition et renouveau. pp. 69-88.

JACKSON J.E., 2005, "Stigma, Liminality, and Chronic Pain: Mind-Body Borderlands", *American Ethnologist*, 32(3), pp. 332-353

JANZEN J.-M., 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris, Karthala.

JASPARD M., 2005, *Sociologie des comportements sexuels*, La Découverte, Paris.

JULLIARD A., 1995, "Le vent, la noix de palmiste et Dieu. Maladie, religion de terroir et catholicisme en pays joola-felup (Guinée Bissao)", in LAUTMAN F., MAITRE J., *Gestion religions des la santé*, L'Harmattan, Paris, pp. 211-236.

KAAG M., SAINT-LARY M., (eds), 2011, "Les élites religieuses dans l'arène du développement", *Bulletin de l'APAD*, 33, LIT.

KAAG M., SAINT-LARY M., 2011, "Nouvelles visibilitées de la religion dans l'arène du développement", *Bulletin de l'APAD*, 33, pp. 7-21.

KAGIMU ET AL., 1998, "Evaluation of the Effectiveness of Aids Health Education Intervention in the Muslim Community in Uganda", *AIDS Education and Prevention*, 10(3), 215-228.

KANE T. L., 1990, *Amharic-English Dictionary*, (2 vols), Otto Harrassowitz, Wiesbaden.

KAPLAN M., (eds), 2001, *Le sacré et son inscription dans l'espace à Byzance et en Occident*, Publication de la Sorbonne, Paris.

- KAPLAN, S., 1984, *The Monastic Holy Man and the Christianization of Early Solomonic Ethiopia*, Wiesbaden, F. Steiner.
- KEBEDE DERIBE KASSAYE, WASSIE LINGERH, YISMAW DEJENE, 2005, "Determinants and outcomes of disclosing HIV-sero positive status to sexual partners among women in Mettu and Gore towns, Illubabor Zone, southwest Ethiopia", *Ethiopian Journal of Health Development*, 19(2), pp.126-131.
- KESSI KEFYALEW MEHARI, 1997 *The order of marriage and social ethics*, Addis Abeba, Organization for Social, Addis Ababa.
- KHODAKEVICH L., ZEWDIE D., 1993 "AIDS", in KLOOS H., ZEIN Z.A., *The Ecology of Health and Disease in Ethiopia*, Westview Press, Boulder and Oxford, pp. 319-337.
- KLAITS, F., 2009, "Faith and the Intersubjectivity of Care in Botswana", *Africa Today*, 56(4), pp. 3-22.
- KLARE, M., 2002, "Les vrais desseins de M. George Bush", *Le Monde diplomatique*, novembre.
- KLEINMAN A.,
1980, *Patients and healers in the Context of Culture*, University of California Press, Berkeley.
- 2002, "Santé et stigmat", *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143(1), pp. 97-99.
- KLEINMAN S., COPP M.A., 1993, *Emotions and Fieldwork*, Sage, Newbury Park.
- KLOOS H.,
1998 a, "Primary Health Care in Ethiopia: From Haile Sellassie to Meles Zenawi", *Northeast African Studies*, 5 (1), pp. 83-113
1998b, "Primary health care in Ethiopia under three political systems : community participation in war-torn society", *Social, Science & Medicine*, 46 (4-5), pp. 502-522.
- KLOOS H., ASSEFA Y., ADUGNA Y., SAMUEL MULATU M., HAILE MARIAM D., 2007, "Utilization of antiretroviral treatment in Ethiopia between February and December 2006: spatial, temporal, and demographic Patterns", *International Journal of Health Geographics*, 6:45, (web free acces) pp.1-12.
- KLOOS H., HAILE MARIAM D., 2000, "HIV/AIDS in Ethiopia: An Overview", *Northeast African Studies*, 17 (1) (New Series), pp. 13-40
- KULCZYCKI A., 2007, "Ethics, Ideology, and Reproductive Health Policy in the United States", *Studies in Family Planning*, 38(4), *Ethical Issues in Reproductive Health*, pp. 333-351.
- KUO D., 2006, *Tempting Faith: An Inside Story of Political Seduction*, Free Press, New York.

L

- La Documentation Française, 2003, Entretien avec Pierre Hassner et Justin Vaïsse : "Ascension ou déclin de la puissance américaine ?", *Questions internationales* n° 3,

septembre – octobre. http://www.vaisse.net/BiblioJustin/Interviews/BiblioJustin-Interview-avec-PHassnerQuestionsInternationales_septembre2003.htm

LACORNE D., 2007, *De la religion en Amérique. Essai d'histoire politique*, Gallimard, Paris.

LACOSTE Y., 2003, “Les États-Unis et le reste du monde”, *Hérodote*, 2(109), pp. 3-16.

LAGARDE, E. et al., 2000, “Religion and protective behaviour towards AIDS in rural Senegal”, *AIDS*, 14(13), pp. 2027-2033.

LAGRANGE, H., 1993, “La pacification des mœurs à l'épreuve : l'insécurité et les atteintes prédatrices”, *Déviance et Société*, 17(3), pp 279-289.

LAMINE A.S.,

2008, “Croyances et transcendances : variations en modes mineurs”, *Social Compass*, 55(2), pp. 154-167.

2010, “Les croyances religieuses : entre raison, symbolisation et expérience”, *L'Année sociologique*, 60(1), pp. 93-114

LAMINE A.-S., AUBIN-BOLTANSKI E., LUCA N., 2012, *Croire en acte. Distance, intensité ou excès ?*, à paraître, L'Harmattan, Paris.

LANGLOIS, E., 2006, *L'épreuve du sida. Pour une sociologie du sujet fragile*, Presse Universitaire de Rennes, Rennes.

LAPASSADE G., 2008 [1992-1993], *La méthode ethnographique, cours de Dess d'ethnométhodologie et Informatique*, <http://www.vadeker.net/corpus/lapassade/ethngrso.htm>

LAPLANTINE F.,

1982, “Magie, religion, sacré, guérison”, *Archives des Sciences Sociales des religions*, 54(1), pp. 63-76.

1993[1986], *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Payot, Paris.

1991, “Présentation”, in MARTIN J.-B., LAPLANTINE (eds), *Corps, religion, société*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon, pp. 9-26.

LAURENT P.-J., MARY A. (eds), 2001, “Prophètes visionnaires et guérisseurs en Afrique subsaharienne contemporaine”, *Social Compass*, 48(3), pp. 333-352.

LAUTMAN F., MAITRE J., (eds), 1995, *Gestions religieuses de la santé*, L'Harmattan, Paris.

LE BRAS G., 1956-55, *Etudes de sociologie religieuse* (2 vol.), PUF, Paris.

Le CŒUR S., LELIEVRE E., COLLINS I. J., PANNETIER J., 2011, “Différences hommes-femmes dans le dépistage et le traitement du VIH en Thaïlande du Nord, dans un contexte d'accès quasi généralisé au test et aux antirétroviraux”, in DESCLAUX A., MSELLATI P., SOW K., (eds), *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud Genre et accès universel à la prise en charge*, ANRS - Collection Sciences sociales et sida, ANRS, Paris, pp. 55-69.

- LE PALEC A.,
1996, "Le sida, une maladie des femmes", *Sciences sociales et SIDA en Afrique : Bilan et perspectives*. Colloque international, Dakar, 4 –8 Nov., pp. 155-168.
1999, "Le sida, une maladie des femmes", in BECKER C, DOZON JP, (eds), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Karthala, Pairs, pp. 343-62.
- LE PALEC A., PAGEZY, 2003, *Vivre avec le VIH au Mali, Stratégie de survie*, L'Harmattan, Paris.
- LEBRUN F., 1995, "L'Eglise face à la maladie et à la guérison entre Trente et Vatican II. Discours et pratiques", in LAUTMAN F., MAITRE J.,(eds), *Gestions religieuses de la santé*, L'Harmattan, Paris, pp.15-24.
- LEFEBVRE M., 2004, *La politique étrangère américaine*, PUF, Paris.
- LEGER D., 1984, "De la guérison au salut : les communautés apocalyptiques néo-rurales en France", in AUGÉ M., HERZLICH C., *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Editions es Archives contemporaines, Paris, pp. 257-278.
- LEHMANI A., 1991, *Infection au VIH en Ethiopie*, thèse de médecine, Faculté de Médecine de Montpellier.
- LEIRIS M., 1996, *Miroir de l'Afrique*, Quarto Gallimard, Paris.
- LERICHE F., 2003, "La politique africaine des États-Unis : une mise en perspective", *Afrique contemporaine*, 3, pp. 7-23.
- LERIDON H., 1987, "La seconde révolution contraceptive : la régulation des naissances en France de 1950 à 1985. Présentation d'un Cahier de l'INED", *Population*, 42(2), pp. 359-367.
- LEROY, V., 2004, "Inégalité des sexes et VIH-sida en Afrique : un cercle vicieux anthropologique, sociologique, épidémiologique et clinique ; facteurs d'entretien de l'épidémie.", *Sciences sociales et santé*; 22 (3), pp. 71-85.
- LESERVOISIER O., VIDAL L. (eds), 2007, *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris.
- LESLAU W.,
1967, *Amharic textbook*, Harrassowitz, Wiesbaden.
1976, *Concise Amharic Dictionary*, Otto Harrassowitz, Wiesbaden.
- LEVINE, D., 1965, *Wax and Gold, Tradition and innovation in Ethiopian Culture*, University of Chicago Press, Chicago and London.
- LEVI-STRAUSS C.,
1950, "Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss", in MAUSS M., *Sociologie et Anthropologie*, PUF, Paris.
1974 [1958], *Anthropologie Structurale*, Plon, Paris.
1983, *Le regard éloigné*, Plon, Paris.

- LIGIER L., 1963, "Pénitence et Eucharistie en Orient : théologie sur une interférence de prières et de rites", *Orientalia Christiana Periodica*, 29, pp. 5-74.
- LINK B., PHELAN J., 2001, *On Stigma and Its Public Health Implications. Stigma and Global Health: Developing a Research Agenda*, Washington, DC, National Institutes of Health,.
- LIVET, P.,
2001, *Emotions et rationalité morale*, Presses Universitaires de France, Paris.
2002, *Emotions et rationalité morale*, PUF, Paris.
2006, *Les normes*, Armand Colin, Paris
- LOCK M., GORDON D., 1988, *Biomedecine examined*, Kluwer Academie Publishers, Dordrecht/Boston/London.
- LOCONTE J., 2003, "The White House Initiative to Combat AIDS: Learning from Uganda", in *Backgrounder #1692*, Heritage Foundation, September
- LOSSKY V., 1990, *Essai sur la Théologie Mystique de l'Eglise d'Orient*, Cerf, Paris.
- LOYOLA M.A. (eds), 1999, *La sexualité dans les sciences humaines*, L'Harmattan, Paris.
- LYONS A.P., LYONS H., 2004, *Irregular connections : a history of anthropology and sexuality*, University of Nebraska Press, Nebraska.

M

- MAITRE J.,
1987, "Régulations idéologiques officielles et nébuleuses d'hétérodoxie. A propos des rapports entre religion et santé", *Social Compass*, 34(4), pp. 353-364.
1993, "Créativité religieuse et thérapies protestataires", *Ethnologie des faits religieux en Europe. Colloque National de la Société d'Ethnologie Française, 24-26 novembre 1988, Université de Strasbourg II*. Paris, C.H.T.S., pp. 175-180. (Le Regard de l'ethnologue, 4).
1995, "Êtres surnaturels et pulsion inconscientes dans le cas de Christophe Haitzmann (1652-1700)", in LAUTMAN F., MAITRE J.,(eds), *Gestions religieuses de la santé*, L'Harmattan, Paris, pp. 167-174.
- MAKHLOUF OBERMEYER C, SANKARA A., BASTIEN V., ARSONS M., 2011, "Genre et expérience du dépistage du VIH au Burkina Faso", in DESCLAUX A., MSELLATI P., SOW K., (eds), *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud Genre et accès universel à la prise en charge*, ANRS - Collection Sciences sociales et sida, ANRS, Paris, pp. 17-30.
- MAKRIDES V., 2005, "Orthodox Christianity, Rationalization, Modernization : A reassessment", in ROUDOMETOF V., AGADJANIAN A., PANKHURST J., *Eastern Orthodoxy in a Global Age : tradition faces the twenty-first century*, AltaMira Press, Rowmand & Littlefield Publishers, Inc. Walnut Creek, Oxford, USA, UK, pp. 179-209

MALINOSWKI B.

- 2001[1921], *La sexualité et sa répression dans les sociétés primitives*, Payot&Rivages, Paris.

- 2002[1927], *The sexual life of savages in north-western Melanesia. An ethnographic account of courtship, marriage and family life among the natives of the Trobriand Island, British New Guinea*, Routledge, London.
- MANSARAY N., and al., 1992, "Religious leaders as AIDS Educator in Sierra Leone", *International Conference of AIDS*, 8: D 437 (abstract n° PoD 5301).
- MARCELLINI A., TURPIN J.-P., ROLLAND Y., RUFFIE S., 2000, "Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine", *Corps et culture* [En ligne], 5, mis en ligne le 24 septembre 2007, pp. URL : <http://corpsetculture.revues.org/710>
- MARKAKIS J., 1975, *Ethiopia, Anatomy of a Traditional Polity*, Oxford University Press, reprinted in Addis Ababa.
- MARKASIS J., NEGA AYELE, 1978, *Class and Revolution in Ethiopia*, Shama Books, Addis Ababa.
- MARY A.,
 1998, "Le voir pour y croire : expériences visionnaires et récits de conversion", *Journal des africanistes*, 68 (1-2). pp. 173-196
 1999, "Culture pentecôtiste et charisme visionnaire au sein d'une Église indépendante", *Archives des sciences sociales des religions*, 105, pp. 29-50.
 2000, *Le bricolage africain des héros chrétiens*, Editions du Cerf, Paris.
 2009, *Visionnaires et Prophètes de l'Afrique contemporaine*, Karthala, Paris.
 2010, *Les anthropologues et la religion*, PUF, Paris.
- MASSE R.,
 1995, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal/Paris/Casablanca, Gaétan Morin.
 1997, "Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux", *Revue Anthropologie et sociétés*, 21(1), pp. 53-72.
 2002, "Introduction : Rituels thérapeutiques, syncrétisme et surinterprétation du religieux", in, MASSE R., BENOIST J., (eds), *Convocation thérapeutique du sacré*, Karthala, Paris, pp. 5-12.
 2003, *Ethique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Presses Universitaire de Laval, Québec.
- MASSE R., BENOIST J., (eds), 2002, *Convocation thérapeutique du sacré*, Karthala, Paris.
- MATHIEU C., 1991, *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Côté-Femmes, Paris.
- MATHIEU, L., 2000, *Prostitution et sida. Sociologie d'une épidémie et de sa prévention*, L'Harmattan, Paris.
- MATOVU, J.K.B., MAKUMBI, F.E., 2007, "Expanding access to voluntary HIV counselling and testing in sub-Saharan Africa: alternative approaches for improving uptake, 2001–2007", *Tropical Medicine and International Health*, 12 (11), pp. 1315-1322.
- MAUSS M., 1950, *Sociologie et Anthropologie*, PUF, Paris.

- MAYEUR-JAOUEN C., 2010, "Umm Irîñî (1936-2006) : l'engagement monastique copte au féminin", *Le Mouvement Social*, 2(231), pp. 101-121.
- MAYOTTE J.A., 1998, "Religion and Global Affairs : The Role of Religion in Development", *SAIS Review*, 18(2), pp. 65-69.
- MAZENGA FEKADU, WORKU ALEMAYEHU, 2009, "Age at sexual initiation and factors associated with it among youths in North East Ethiopia", *Ethiopian Journal of Health Development*, 23(2), pp. 154-162.
- MCLAUGHLIN, R.E., 2008, "Truth, tradition and history : the historiography of high/late middle medieval and early modern penance", in FIREY A., (eds), *A new History of Penance*, Brill, Leiden, Boston, pp. 19-71.
- MCNAUGHT M.B., 2009, *La religion civile américaine. De Reagan à Obama*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes.
- MEAD M., 1966, *L'un et l'autre sexe. Le rôle d'homme et de femme dans la société*, Denoël/Gonthier, Paris.
- MEAD O., 2009, "Échec de la prévention : le poids croissant des droits engendrés par l'aide américaine au financement du traitement mondial contre le VIH/SIDA et la voie à suivre", *Revue d'économie du développement*, 1(23), pp. 107-144.
- MEHRET M., KHODAKEVICH L., ZEWDIE D.,
 1990a. "HIV-1 Infection and Related Risk Factors among Female Sex Workers in Urban Areas in Ethiopia.", *Ethiopian Journal of Health Development*, 4(2) (Suppl.), pp. 163-70.
 1990b. "HIV-1 Infection Among Employees of the Ethiopia Freight Transport Corporation.", *Ethiopian Journal of Health Development* 4(2) (Suppl.), pp. 17-82.
- MELANDRI P., 2008, "L'Amérique de George W. Bush ou la fin de la « révolution conservatrice » ?", *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 1(97), pp. 187-203.
- MENGISTU G., 2007, *The Health Problems in Sub-Saharan Africa and the Role of Development Aid in Addressing Them: The Case of Ethiopia*, www.tasam.org/FileDownload.ashx?p=Icerik&i=3957&f=DOSYA
- MEQUANINT YOHANNES, 2004, *Beyond knowledge : Patterns of sexuality correlates of high-risk behavior among urban youth in Addis Ababa, Ethiopia*, MA thesis, Departement of International Community Health, University of Oslo.
- MERCHANT J., 2005, *Procréation et politique aux Etats-Unis (1965-2005)*, Belin, Saint-Etienne.
- MERCIER J., 1979, "Approche de la médecine des Debteras", *Abbay*, 10, pp.111-128.
- MERCIER J., (eds), 1992, *Le roi Salomon et les maîtres du regard. Art et médecine en Ethiopie*, Exposition 20 octobre 1992- 25 janvier 1993, Musée national des arts d'Afrique et d'Océanie, Réunion des musées nationaux, Paris.

- MERTZ J., 1997, “The role of churches in helping adolescents prevent HIV/AIDS”, *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents & Children*, 1, pp. 45–55.
- MESFIN M.M., NEWELL J.N, WALLEY D., GESSESSEW A., and MADELEY R.J., 2009, “Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia.”, *BMC Public Health*, 9, pp.53- 62.
- MESSIN SAMUEL MULATU, CONVERSE P. J., DAMEN HAILE MARIAM, KLOSS H., 2010, “Bibliography on HIV/AIDS in Ethiopia and Ethiopians in the Diaspora: The 2009 Update”, *Ethiopian Journal of Health Development*, 24(1), pp. 64-86.
- METHEUST B., 1995, “Les apocalypses médico-expérimentales. Note sur les enlèvements soucoupiques aux États-Unis”, in LAUTMAN F., MAITRE J., (eds), *Gestions religieuses de la santé*, L’Harmattan, Paris, pp. 301-328.
- MEYENDORF J.,
1975, *Initiation à la théologie byzantine. Histoire de la doctrine*, (traduit de l’anglais A.Sanglade avec la collaboration de C. Andronikof), Le Cerf, Paris.
1995, *l’Eglise orthodoxe*, Seuil, Paris.
- MEYER F., 2004, “Maladie”, in BONTE P., IZARD M., *Dictionnaire de l’ethnologie et de l’anthropologie*, Presses Universitaire de France, Paris, pp. 436-438.
- MICOLLIER E., 1996, “Entre science et religion, entre modernité et tradition : le discours pluriel des pratiquants du gigong”, in BENOIST J., *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Karthala, Paris, pp. 197-211.
- MITIKE MOLLA, YEMANE BERHANE, LINDTJØRN, B., 2008, “Traditional values of virginity and sexual behaviour in rural Ethiopian youth: results from a cross-sectional study”, *BMC Public Health*, 8(9), pp.1-10.
- MOATTI J.-P., BELTZER N., DAB W., 1993, “Les modèles d’analyse des comportements à risque face à l’infection à VIH: Une conception trop étroite de la rationalité”, *Population*, 48(5), pp. 1505-1534.
- MOGENSEN, H., 2010, “New hopes and new dilemmas: disclosure and recognition in the time of antiretroviral treatment”, in DILGER H., LUIG U., (eds.) *Morality, Hope and Grief: Anthropologies of AIDS in Africa*, Berghahn, Oxford, New York.
- MOLOKOTOS-LIEDERMAN L., 2007, “Le rôle des ONG humanitaires dans l’action sociale et le développement international. Le cas des organisations orthodoxes”, in DURIEZ B., MABILLE F., ROUSSELET K. (eds), 2007, *Les ONG confessionnelles. Religions et action internationale*, L’Harmattan/AFSR, Paris, pp.139-152.
- MONOD J.-C., 2002, *La querelle de la sécularisation. Théologie politique et philosophies de l’histoire de Hegel à Blumenberg*, J. Vrin, Paris.
- MOUTAUD B., 2011, “The Circulation – and Immobility – of French Theory. The case of French «Anthropologie de la maladie»”, Paper presented at the American Anthropological Association, Annual Meeting 2011, pp. 1-11.

MESFIN SAMUEL MULATU, PAUL J. CONVERSE, DAMEN HAILE MARIAM, HELMUT KLOOS, 2010, "Bibliography on HIV/AIDS in Ethiopia and Ethiopians in the Diaspora: The 2009 Update", *Ethiopian Journal of Health Development*, 24(1), pp. 64-86.

MULOT S.,

2009, "Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ? L'exemple des multipartenariats sexuels antillais", *Revue française de sociologie*, 50(1), pp. 63-89.

2010, "Le sida, le crack et l'hôpital aux Antilles françaises : chronique d'une recherche impliquée et impuissante", in CHABROL F., GIRARD G., (eds), *VIH/sida Se confronter aux terrains. Expériences et postures de recherche*, ANRS - Collection Sciences sociales et sida, Paris, pp. 87-102.

MURPHY R., 1990 [1987], *Vivre à corps perdu. Le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé*, Plon, Paris.

MUSSO S., 2008, *Sida et minorité postcoloniales. Histoire sociale, usages et enjeux de la cible des "migrants" dans les politiques du sida en France*, Thèse de Doctorat d'Anthropologie Sociale et Ethnologie, EHESS, Paris.

N

NAVES M.-C., 2009, *La fin des néo-conservateurs ?*, Ellipses, Paris.

NGUYEN E., 2004, *La politique étrangère des Etats-Unis depuis 1945 : de Yalta à Bagdad*, Studyrma, Levallois-Peret.

NGUYEN V.K.,

2004, "Antiretroviral, globalism, biopolitics and therapeutic citizenship", *ONG/Global assemblages*, pp.124-145

2005, "Antiretrovirals, globalism, biopolitics, and therapeutic citizenship", in, ONG A., COLLIER S.J., (eds.), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problem*, Blackwell Publishing, Oxford, pp. 124-144.

2010, *The republic of Therapy, Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*, Duke University Press, Durham and London.

NIKIEMA E., 2008, *Prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH et territorialisés, exemple du Burkina Faso*, Thèse de doctorat de géographie de la santé, Université Paris-Est, Val de Marne.

NODEN, H.B., GOMES, A., FERREIRA, A., 2009, "AIDS-related knowledge and sexual behaviour among married and previously married persons in rural central Mozambique", *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 6(3), pp. 134-146.

NOLL M.A., 2011, *Protestantism. A very short Introduction*, Oxford University Press, New York.

NOLL M.A. (eds), 1990, *Religion and American politics : From the Colonial period to the 1980's*, Oxford University Press, New York City, USA.

NYBLADE L., PANDE R., MATHUR S., MACQUARRIE K., KIDD R., HAILOM BANTEYERGA, AKLILU KIDANU, KILONZO G., MBWAMBO J., BOND V., *Disentangling HIV and AIDS, STIGMA in Ethiopia, Tanzania and Zambia*, International Center for Research on Women (ICRW), Copyright© 2003.

NZIOKA C., 2000, "The Social Meanings of Death from HIV/AIDS: An African Interpretative View", *Culture, Health & Sexuality*, 2(1), pp. 1-14.

O

OBADIA L.,

2007, *Anthropologie des religions*, La Découverte, Paris.

2007a, "Iron-Man » contre les « Doctors »", *Socio-anthropologie*, 21, pp. 107-121.

2009, "La part anthropologique du symbolisme religieux », *Archives de sciences sociales des religions*, 148, pp. 33-43.

OFFICE OF UNITED STATE GLOBAL AIDS COORDINATOR, (ou OGAC)

2005, *Emergency Plan For Aids Relief Fiscal Year 2005 Operational Plan*, June update.

2007, *The U.S. President's Emergency Plan For Aids Relief Fiscal Year 2007, Operational Plan*, June Update,

2008, *The U.S. President's Emergency Plan For Aids Relief Fiscal Year 2008 : PEPFAR Operational Plan*, January Update.

OKUBAGZHI G., SINGH S., 2002, "Establishing an HIV/AIDS programme in developing countries: the Ethiopian experience ", *AIDS*, 16, pp.1575-1586.

OLASKI M.,

1992, *The Tragedy of American Compassion*, Crossway Book, Wheaton, Illinois.

2000, *Compassionate Conservatism. What it is, What it does, and How it can transform America*, (Foreword by George W. Bush), The Free Press, Simon & Schuster Inc., New York.

OLIVIER DE SARDAN J.-P.,

1994, "Possession, affliction et folie : les ruses de la thérapisation", *L'Homme* 131, pp. 7-27.

1995, "La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie", *Enquête*, 1, pp.71-109

1998, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Karthala, Paris.

2000, "Le 'je' méthodologique : implication et explicitation dans l'enquête de terrain", *Revue française de sociologie*, 41(2), pp. 417-445.

2001, "Populisme méthodologique et populisme idéologique en anthropologie", in FABIANI J.-L. (eds), *Le goût de l'enquête. Pour Jean-Claude Passeron*, L'Harmattan, Paris, pp. 195-246.

2006, "Anthropologie de la santé", in MESURE S., SAVIDAN P., (eds), *Le dictionnaire des sciences humaines*, PUF, Paris.

OLIVIER de SARDAN J.-P., JAFFRE Y., 1999, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, PUF, Paris.

OOMAN N., BERNSTEIN M., ROSENWEIG S., 2008, *The Numbers Behind the Stories. PEPFAR Funding for Fiscal Years 2004 to 2006*, Center for Global Development, Washington.

- OUADRAOGO J.-M., 1993, “La Réception de la sociologie du charisme de Max Weber” *Archives des sciences sociales des religions*, 83, pp. 141-157.
- OUATTARA F., 2002, “Les associations de personnes séropositives et la gestion du risque de stigmatisation à Bobo Dioulassou (Burkina Faso)” in, *VIH/SIDA Stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique*, Actes de la table ronde organisé le 29 novembre 2002 à l’UNESCO, Paris, pp. 21-37.
- OUATTARA F., GRUNEAIS M.-E., HUYGENS P., TRAORE A., 2004, *Sida, Stigmatisation et exclusion. Etude anthropologie au Burkina-Faso (Bobo-Dioulasso, Banfora, Niangoloko, Orodara)*, Rapport final d’activité, ANRS, Marseille, Bobo Dioulasso.
- OUESLATI S., 2006, “Exclusion et processus politique : le cas des populations pauvres aux États Unis”, *Cahiers du Mimmoc*, 1, pp. 2-22.
- OUVRIER A.-M., 2011, *Anthropologie de la recherche médicale en milieu rural sénégalais*, Thèse de doctorat d’Anthropologie, Université Paul Cézanne, Aix-Marseille III.

P

- PAGE E., 2010, “Charisme”, in AZRIA R., HERVIEU-LEGER D., (eds), *Dictionnaire des faits religieux*, PUF, Paris, pp. 124-132
- PAJON C., SAWICKI P., 2004, *Les fondements de la politique étrangère américaine*, Association Thucydide, (Dossier Septembre).
<http://www.thucydide.com/realisations/comprendre/usa/usa1.htm>
- PANCENKO A. A., 2005, “Ivan et Iakov – Deux saints étranges de la région des marais (Novgorod)”, *Archives des sciences sociales des religions*, 130, pp. 55-79. URL : <http://assr.revues.org/2797>
- PANKHURST R.,
 1974, “History of Prostitution in Ethiopia”, *Journal of Ethiopian Studies*, 2, pp. 159-178.
 1990, *An Introduction to The Medical History of Ethiopia*, Red Sea Press, Trenton, New Jersey.
 2001, *The Ethiopians : A History (Peoples of Africa)*, Wiley-Blackwell, Oxford.
- PAPERMAN P.,
 ligne le 01 octobre 2010
<http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=727>
- PARKER R., AGGLETON P., 2003, “HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action”, *Social, Science & Medicine*, 57(1), pp.13–24.
- PARKYNS, M., 1966, *Life in Absyssinia*, Frank Cass & Co, London.
- PARSONS T., 1951, “Social Structure and Dynamic Process : the Case of Modern Medical Practice” in *The Social System*, The Free Press, Glencoe, Illinois.

2010, Actes
 URL

- PATHFINDER INTERNATIONAL, 2006, *Report on the cause and consequence of early marriage in Amhara Region*, Addis Ababa.
- PATTERSON A.,
2005, *The African State and the AIDS Crisis*, Ashgate, Aldershot.
2006, *The Politics of AIDS in Africa*, Lynne Rienner Publishers, Boulder.
- PELLETIER D., 2011, "Histoire et sociologie du catholicisme contemporain", *Annuaire de l'École pratique des hautes études (EPHE), Section des sciences religieuses*, 117, [En ligne], mis en ligne le 19 janvier 2011. URL : <http://asr.revues.org/index868.html>.
- PEPFAR ETHIOPIA, 2008, *Fiscal Year 2008, Country Operational Plan*, May, Addis Ababa.
- PERETTI-WATEL P., SPIRE B., GROUPE ANRS-VESPA, 2008, *SIDA, une maladie chronique passée au crible*, Presses de l'EHESP, Rennes.
- PERETTI-WATEL, P., 2010, *La société du risque*, La Découverte, Paris.
- PERETTI-WATEL, P., MOATTI, J.-P., 2009, *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Seuil, Paris.
- PERREAU B., 2010, "Tronto Joan, Un monde vulnérable. Pour une politique du care ", *Genre, sexualité & société* [En ligne], 4, Automne, mis en ligne le 05 décembre 2010, URL : <http://gss.revues.org/index1699.html>
- PETERS, A., JANSEN, W., VAN DRIE, F., 2010, "The female condom: the international denial of a strong potential", *Reproductive Health Matters*, 18(35), pp. 119-128.
- PETITAT A., 1998, *Secret et formes sociales*, PUF, Paris.
- PFEIFFER, J.,
2002, "African Independent Churches in Mozambique: Healing the Afflictions of Inequality", *Medical Anthropology Quarterly*, 16 (2), pp. 179-199.
2004, "Condom Social Marketing, Pentecostalism, and Structural Adjustment in Mozambique: A clash of Aids Prevention Message", *Medical Anthropology Quarterly*, 18(1), pp. 77-103.
- PHARO, P., 2004, *Morale et sociologie*, Gallimard, Paris.
- PHETERSON G., 2001[1996], *Le prisme de la prostitution*, L'Harmattan, Paris.
- PIAULT C., (eds), 1975, *Prophétisme et thérapeutique, Albert Atcho et la communauté de Bregbo*, Hermann, Paris.
- PIERRET J.,
1997, "Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : la situation de séropositivité au VIH ?", *Sciences sociales et santé*, 15(4), pp. 97-120
2006, *Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès des personnes infectées*, PUF, Paris.
- PIETTE A.,
1999, *La religion de près. L'activité religieuse en train de se faire*, Métailié, Paris.

- 2003, *Le fait religieux. Une théorie de la religion ordinaire*, Economic, Paris.
- 2010, "Croyance", in AZRIA R., HERVIEU-LEGER D., (eds), *Dictionnaire des faits religieux*, PUF, Paris, pp. 209-213.
- PIOVANELLI P., "Les controverses théologiques sous le roi Zar'a Ya'qob (1434-1468) et la mise en place du monophysisme éthiopien", in Le BOULUEC A., (eds), *La controverse religieuse et ses formes*, Cerf, Paris, pp. 189-228.
- PILLON V., 2003, *Normes et déviations*, Bréal, Paris.
- PILLONEL J., 2007, "Surveillance de l'infection à VIH/sida en France, 2006", *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, thématique 46-47 / novembre, pp. 386-393.
- PINELL P.,
 1992, *Naissance d'un fléau : histoire de la lutte contre le cancer en France, 1890-1940*, Métaillié, Paris.
 1995, "Une médecine scientifique et charitable : la Ligue contre le cancer et la question des cancéreux incurables", in LAUTMAN F., MAITRE J., *Gestions religieuses de la santé*, L'Harmattan, Paris, pp. 25-38.
 2002, *Entretien avec P. Pinell, Juin 2002, Interviewers : S. Mouchet, J.F. Picard*
[http://infodoc.inserm.fr/histoire/Histoire.nsf/\(\\$All\)/3F1E1BB94D38E10880256CA8005551F4?OpenDocument](http://infodoc.inserm.fr/histoire/Histoire.nsf/($All)/3F1E1BB94D38E10880256CA8005551F4?OpenDocument)
- PIPES P.F., EBAUGH H.R., 2002, "Faith-Based Coalitions, Social Services, and Government Funding", *Sociology of Religion*, 63(1), pp. 49-68.
- PIRAS M., 2004, "Les fondements sociaux de l'agir normatif chez Durkheim et Weber : le rôle du sacré", *Archives des Sciences Sociales des Religions*, 127, pp. 139-166.
- POLGAR S., 1962, "Health and Human Behavior: Areas of Interest Common to the Social and Medical Sciences.", *Current Anthropology* 3, pp. 159-205.
- POLLAK M., 1998, *Les Homosexuels et le Sida : sociologie d'une épidémie*, Métaillié, Paris.
- POUCHELLE M.C., 1995, "Transports hospitaliers, extra-vagances de l'âme", in LAUTMAN F., MAITRE J., (eds), *Gestions Religieuses de la santé*, l'Harmattan, Paris, pp. 247-300.
- POUILLON J.,
 1979, "Remarques sur le verbe « croire »", in IZARD M., SMITH P., (eds), *La fonction symbolique*, Gallimard, Paris.
 1993, *Le cru et le su*, Paris, Seuil.
- POUJEAU A.,
 2008, *l'Eglise, le monachisme et la sainteté. Construction de la communauté chrétienne en Syrie*, Thèse de doctorat en Ethnologie, Université de Paris X Nanterre.
 2010, "Renouveau monastique et historiographie chrétienne en Syrie", *Archives de sciences sociales des religions*, 151, pp. 129-147.
- POULAT E., 1982, *Modernistica, Horizons, Physionomies, Débats*, Nouvelles Editions Latines, Paris.

PRINCE R., DENIS P., VAN DIJK R., 2009, "Introduction to special issue — Engaging Christianities: negotiating HIV/AIDS, health, and social relations in East and southern Africa", *Africa Today*, 56(1), pp. v–xvii.

PRUNIER G., 2006, "Liaisons dangereuses Washington et Somalie", *Le Monde Diplomatique*, septembre.

PUBLIC LAW 108-25, 108TH CONGRESS, *United States Leadership against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Act of 2003*, May 27, 2003.

R

RAMEAU, J.P., (1683-1764), *Traité de l'Harmonie*, Paris, 1722.

RAYNAUT C., 1997, "L'Afrique et le sida : questions à l'anthropologie, l'anthropologie en question", *Sciences sociales et santé*, 15(4), pp. 9-38.

REGIS P. S.J., 1948, "Confession et direction dans l'Eglise Orientale", *L'Eglise et le Pécheur. La Pénitence*, Cahier de la vie Spirituelle, Cerf, Paris, pp. 132-150.

REMIEN R.H., HIRKY E.A., JOHNSON M.O., WEINHARDT L.S., WHITIER D., GIANG MINH LE, 2003, "Adherence to medication treatment : a qualitative study of facilitators and barriers among a diverse sample of HIV+ men and women in four U.S. citites", *AIDS and Behavior*, 7(1), pp. 61-72.

REMINICK R. A.,

1973, "The structure and funcitons of religious belief among the Amhara of Ethiopia", in MARCUS H. (eds), *Proceeding of the firts Unted States Conference of Ethiopian Studies*, Michigan State University, 2-5 May, pp. 25-42.

2003(2006), "Prostitution in Ethiopia", in UHLIG S., (eds), *Proceeding of the XVth International Conference of Ethiopia Studies*, Hamburg, 2003, Harrassowitz Verlag, Wiesbaden, pp. 177-183

RENIERS G., 2008, "Marital Strategies for Regulating Exposure to HIV", *Demography*, 45(2), pp. 417-438

RETEL-LAURENTIN A. (eds), 1987, *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, L'Harmattan, Paris.

REVEL J., (eds.), 1996, *Jeux d'échelles, la micro-analyse à l'expérience*, Seuil/Gallimard/Ed.de l'EHESS, Paris.

RICHET I.,

2001, *La religion aux Etats-Unis*, PUF, Que sais-je ?, Paris.

2002, "Religion et politique aux États-Unis : une pas si sainte alliance", *Hérodote*, 3 (106), pp. 151-166.

2003, "Quand la religion s'engage en politique", *Mouvements*, 5(30,) pp. 13-20.

RIUTORT P., 2004, *Précis de Sociologie*, PUF, Paris.

RIVERS W. H. R., 1924, *Medicine, Magic, and Religion*, Harcourt Brace, New York.

- RIVIERE C., 2003 [1997], *Socio-anthropologie des religions*, Armand Colin, Paris.
- ROGALSKI M., 2009, "Afrique/Etats-Unis : une relation singulière", *Recherches internationales*, 85, janvier-mars, pp. 89-101
- ROMAN YISENI, 2006, *Survival strategy of people living with HIV/AIDS in anda round Entoto*, Master Degree of Arts in Social Anthropology, advisor, Melese Getu, Addis Ababa University.
- ROSE N., 1999 [1989], *Governing the Soul. The Shaping of the private self*, Free Association Books, London, New York.
- ROUDOMETOF V., AGADJANIAN A., PANKHURST J., (eds), 2005, *Eastern Orthodoxy in a Global Age : tradition faces the twenty-first century*, AltaMira Press, Rowmand & Littlefield Publishers, Inc. Walnut Creek, Oxford, USA, UK.
- ROUSSELET K.,
1994, "Anomie, recherche identitaire et religion en Russie", *Social Compass*, 1, pp. 137-150.
2000, "L'église orthodoxe russe entre patriotisme et individualisme", *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 66 (2), pp. 13-24.
- ROUSSELLE A.,
1976, "Du sanctuaire au thaumaturge : la guérison en Gaule au IVe siècle", *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 6, pp. 1085-1107.
1990, *Croire et guérir. La foi en Gaule dans l'Antiquité tardive*, Fayard, Paris.
- RUSSELL J., 2005, *Funding the Culture Wars: Philanthropy, Church, and State*, National Committee Responsive Philanthropy, February.
- RUTTAN V., 1996, *United States Development Assistance Policy : The domestic Politics of Foreign Economic Aid*, John Hopkins University, USA.

S

- SABATIER, R., 1989, *Sida, l'épidémie raciste*, PANOS-L'Harmattan, Paris.
- SAHLU TEFERA, ELIAS KASSA, TSEHAY AGONAFER, ASTER TSEGAYE, RINKE DE WIT T., HIRUY GEBREMARIAM, DOORLY R., SPIJKERMAN I., HAILU YENENEH, COUTINHO R. A., FONTANET A. L., 1999, "Sexual behaviours, perception of risk of HIV infection, and factors associated with attending HIV post-test counselling in Ethiopia", *Ethiopian Medical Journal*, 37(1), pp. 53-64.
- SAILLANT F., 1988, *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*, Editions Saint-Martin, Montréal.
- SAILLANT F., GENEST S., 2005, *Anthropologie médicale. Ancrages Locaux, défis globaux*, Presses Universitaire de Laval, Economica, Anthropolos, Montréal, Québec.
- SALLNOW M., 1981, "Comunitas reconsidered : the Sociology of Andean Pilgrimage", *Man*, 16 (32), pp. 163-182.

- SAMUEL V.C., 1997, “ The Faith of the Church”, EOC, *The Church of Ethiopia. A panorama of history and spiritual life*, EOC publication, Addis Ababa, september.
- SANDERS E., 1997, “New insights and interventions: Churches uniting to reach the African American community with health information”, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 8, pp. 373–376.
- SPIRA R., LAGARDE E., BOUYER J., SECK K., ENEL C., KANE N.T., PIAUJ.-P., NODYE I., PISON G., MECORA Groupe d'étude Multisite des Comportements et MST en zone Rurale d'Afrique, 2000, “Preventive attitudes towards the threat of AIDS: process and determinant in rural Senegal”, *AIDS Education and Prevention*, 12(6), pp. 544-556.
- SARRADON-ECK A., 2005, “Narratives of treatment and recovery, Overview”, *Conference on Cancer Narratives in Global Perspectives*, November 15-16, New-Orlean, USA.
- SBALCHIERO P., 2007, *L'Eglise face aux miracles. De l'Evangile à nos jours*, Fayard, Paris.
- SCHMITT C., 1988[1924], *Théologie Politique 1922*, 1969, Gallimard, Paris.
- SCHMITT J.C.,
 1982, “Assistance et charité”, *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 53 (2), pp. 235-236.
 1984, “La fabrique des saints”, *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 2, pp. 286- 300.
- SCOTCH N., 1963, “Medical Anthropology”, in *Biennial Review of Anthropology*, B. J. Siegel/Stanford University Press, Stanford.
- SEGUY J., 1984, “Charisme, prophétie, religion populaire”, *Archives des sciences sociales des religions*, 57(2), pp. 153-168.
- SEBEHAT GUÄBRE-EGZIABEHER, 2004, *Les nuit d'Addis Abeba*, Acte Sud, Paris.
- SEIDEL G., 1993, “The discourses of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa : discourses of rights/empowerment vs discourses of control/exclusion”, *Social, Science & Medicine*, 36 (3), pp. 175-94.
- SEIDEL G., CAPITAN C., 1996, “La représentation des femmes dans le discours sur le sida en Afrique sub-saharienne”, *Mots. Les langages du politique*, 49, pp. 48-70.
- SEIDEL G., VIDAL L., 1997, “The implications of ‘medical’, ‘gender in development’ and ‘culturalist’ discourses for HIV/AIDS policy in Africa“, in SHORE C. & WRIGHT S. (eds), *Anthropology of policy. Critical perspectives on governance and power*, Routledge, London & New York, pp. 59-87.
- SEME A., WIRTU D., 2008, “Premarital sexual practice among school adolescents in Nekemte Town, East Wollega”, *Ethiopian Journal of Health Development*, 22(2), pp. 167-173.
- SERVANT, J.-C., 2003, “Offensive sur l’or noir africain”, *Le Monde diplomatique*, janvier.
- SETBON M., 2000, “La normalisation paradoxale du sida”, *Revue française de sociologie*, 41(1), pp. 61-78.

- SFEZ L.,
1995, *La santé parfaite, critique d'une nouvelle utopie*, Seuil, Paris.
2007, "Une nouvelle idée du sacré : le désir de la santé parfaite", in CHAMPION F., NIZARD S., ZAWADZKI P., *Le sacré hors religions*, L'Harmattan/AFRS, Paris, pp. 211-226.
- SHANTI, A. P., 2007, "The Political Economy of Marriage and HIV: The ABC Approach, "Safe" Infidelity, and Managing Moral Risk in Uganda", *American Journal of Public Health*, 97(7), pp. 1198-1210.
- SHAPIN, S., 1988, "Understanding the Merton Thesis", *Isis*, 79, pp. 594-605.
- SHELEMAY K.K., 1992, "The Musician and Transmission of Religious Tradition: The Multiple Roles of the Ethiopian Däbtära", *Journal of Religion in Africa*, 22(3), pp. 242-260.
- SHINN D.H., 2001, *HIV/AIDS in Ethiopia : the silence is broken, the stigma is not*, document non publié, AIDS Resource Center, Addis Ababa, Ethiopia.
- SIGAL P.-A.,
1969, "Maladie, pèlerinage et guérison au XIIe siècle. Les miracles de saint Gibrien à Reims", *Annales*, 24(6), pp. 1522-1539.
1985, *L'Homme et le miracle dans la France médiévale (XIe-XIIe siècle)*, Éditions du Cerf, Paris.
- SILVESTRE D., Leguil F., Linard F., 1989, "Le SIDA, une rupture pour le sujet", *Sciences sociales et santé*, 7(1), pp. 81-93.
- SIMMEL, G.,
1998[1912], *La religion*, Circé, Paris.
1999[1908], *Sociologies. Etudes sur les formes de la socialisation*, PUF, Paris.
2009[1900], *La Philosophie de l'argent*, Flammarion, Paris.
- SINDING, S., SINGH, A., GREEN, E., ONABA, S.P., 2004, "CNN vs. ABC", *15th International AIDS Conference; Bangkok, Thailand; July 12.*
http://www.kaisernet.org/health_cast/hcast_index.cfm?display=detail&hc=1196
- SINDZINGRE N. A.,
1983a, "L'interprétation de l'infortune : un itinéraire Senufo (Côte d'Ivoire)", *Sciences sociales et santé*, 1 (3-4), pp. 7-36.
1983b, "La loi, le corps et la causalité anthropologique (Commentaire)", *Sciences sociales et santé*, 1(2), pp. 141-146.
- Social Compass* 1982, 29(1)
- SONTAG S. 2005, *Le sida et ses métaphores*, Christian Bourgeois Editeur, Paris.
- SPERBER D., 1982, *Le savoir des anthropologues*, Hermann, Paris.

- STAHL V., 1992, "S. J. Tambiah : The Buddhist Saints of the Forest and the Cult of Amulets. A Study in Charisma, Hagiography, Sectarianism and Millenium Buddhism", *Bulletin de l'Ecole française d'Extrême-Orient*, 79(1), pp. 303-304.
- STEIN K. W, 2002, "The Bush Doctrine: Selective Engagement in the Middle East", *Middle East Review of International Affairs*, 6(2), juin, pp. 52-61.
- STEVENSON, Jr. H.C., 1994, "The Psychology of Sexual Racism and AIDS: An Ongoing Saga of Distrust and the « Sexual Other »", *Journal of Black Studies*, 25(1), pp. 62-80.
- STOFFRENGEN-PEDERSEN K., 1990, *Les Éthiopiens*, Brepols, Belgique.
- STOMMES E., SISAYE S., 1980, "The Development and Distribution of Health Care Services in Ethiopia: A Preliminary Review", *Canadian Journal of African Studies / Revue Canadienne des Études Africaines*, 13 (3), pp. 487-495.
- SYLVESTRE D., LEGUIL F., LINARD F., 1989, "Le SIDA, une rupture pour le sujet", *Sciences sociales et santé*, 7(1), pp. 81-93.

T

- TABET P.,
1987, "Du don au tarif, Les relations sexuelles impliquant une compensation ", *Les Temps Modernes*, 490, mai, pp. 1-53.
1998, *La construction sociale des inégalités de sexes, suivie de Des outils et des corps*, L'Harmattan, Paris.
2004, *La Grande Arnaque. Sexualité des femmes et échange économique-sexuel*, L'Harmattan, Paris.
- TADELE G., 2006, *Bleak prospects. Young men, sexuality and HIV/AIDS in an Ethiopian Town*, African Studies Center, Leiden.
- TADIOS Y., DAVEY G., 2006, "Antiretroviral treatment adherence and its correlates in Addis Ababa, Ethiopia", *Ethiopian Medical Journal* 44(3), pp. 237-244.
- TAKIY B., 2003, "Religion and women's health in Ghana: insights into HIV/AIDS preventive and protective behaviour", *Social, Science & Medicine*, 56, pp. 1221-1234.
- TAMBIAH S.J., 1984, *The Buddhist Saints of the Forest and the Cult of Amulets. A Study in Charisma, Hagiography, Sectarianism and Millenium Buddhism*, Cambridge University Press, Cambridge, New York.
- TAMRAT TADDESSE, 1972, *Church and State in Ethiopia, 1270-1527*, Clarendon Press, Oxford.
- TAMRU BEZUNESH, 2007, "Les villes dans l'espace Ethiopeen", in PRUNIER G. (eds), *L'Ethiopie contemporaine*, Khartala/CFEE, Paris, Addis Ababa, pp. 209-228.
- TAPPOLET C., 2000, *Emotions et valeurs*, PUF, Paris.

- TARAVELLA S., 2005, *Driving HIV Away, helping taxis drivers protects themselves and others*, FHI, USAID.
- TAROT C., 2008, *Le symbolique et le sacré : théories de la religion*, La Découverte, Paris.
- TARTARI M., 2002, “Compte rendu de lecture, Roberto Beneduce et René Collignon (eds), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Naples, Liguori Editore (« Anthropos » 28), 1995”, in BENOIST J., *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie vol. I*, pp. 88- 97.
- TAVERNE B.,
 1996, “La construction sociale de l'efficacité thérapeutique, l'exemple guyanais.” in BENOIST J., (eds), *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*, Karthala, Paris, pp. 19-36.
 1999 “Valeurs morales et messages de prévention : la "fidélité" contre le sida au Burkina Faso.” in BECKER C., DOZON J.-P., OBBO C., TOURE M., (eds), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Karthala/CODESRIA/IRD, Paris, Dakar, pp. 508-525.
- TAYE GARI, DEREJE HABTE, ENDRIAS MARKOS, 2010, “HIV positive status disclosure to sexual partner among women attending ART clinic at Hawassa University Referral Hospital, SNNPR, Ethiopia”, *Ethiopian Journal of Health Development*, 24(1), pp. 9-14.
- TEDBABA TEHLAHOUN, 2009, *Le Cantique des cantiques de Casantchis. Le roman d'un débauché*, (traduit de l'amharique par Brook Beyene Tesfatsion et J.P. Thorens), Archange Minotaure, Paris.
- TEKLE-TSADIK MEKOURIA, 1962, *Le portrait de l'Ethiopie Chrétienne*, Jérusalem, Septembre.
- TEKLU D., 2006, “Country at war with somali Jihadist : MoND”, *The Daily Monitor*, Addis Ababa.
- TERTRAIS B., 2004, “Que reste-t-il du « néoconservatisme » ?”, *Critique internationale*, 4 (25), pp. 9-18.
- TESSEMA B., BIADGLENE F., MULU A., GETACHEW A., EMMRICH F., SACK U., 2010, “Magnitude and determinants of nonadherence and nonreadiness to highly active antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in Northwest Ethiopia: a cross - sectional study”, *AIDS Research and Therapy*, 7, article en ligne : <http://www.aidsrestherapy.com/content/7/1/2>
- TESSEMA NS., 2009, *Men's attitude towards contraceptive use in Ethiopia: A multilevel analysis of the 2000 Ethiopia demographic and health survey*. MA Thesis: Department of Population Studies, Addis Ababa University.
- TESTART A., 1993, *Des dons et des dieux. Anthropologie religieuse et sociologie comparatives*, Armand Colin, Paris.
- TETARD, F., 1993, “Sauver notre jeunesse, soigner nos adolescents...Développement des politiques de moralisation et de pédagogie curative dans les années 1950” in TURSZA A., SOUTEYRAND, Y., ET SALMI, L.R., *Adolescence et risque*, Syros, Paris, pp. 203-213.

THE REVISITED FAMILY CODE PROCLAMATION OF 2000, Federal Negarit Gazetta Extraordinary Issue N°1/2000, Addis Ababa, 95 p.

THERIAULT B., DUHAIME J., 2009, “Le Charisme comme énigme”, *Théologiques*, 17(1), pp. 5-14.

THERY, I., 1999, “Une femme comme les autres. Séropositivité, sexualité et féminité”, in LERT F., SOUEYRAND Y., (eds), *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*, ANRS, Paris, pp. 113-136.

THOMAS L.-V., GUTWIRTH J., MAITRE J., GODIN A., SEGUY J., 1982, “Colloque du Groupe de Sociologie des Religions, (avril)”, *Archives des sciences sociales des religions*, 53(2), pp. 167-192.

TONDA J.,

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

2005, *Le Souverain moderne. Le corps du pouvoir en Afrique centrale (Congo, Gabon)*, Karthala, Paris.

TORREY E. F., 1967, “Health Services in Ethiopia”, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 45(3), pp. 275-285

TRONTO J., 2009, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, La Découverte, Paris.

TURNER V. W.,

1968, *The Drums of Affliction*, Oxford, Clarendon Press

1990, *Le phénomène rituel. Structure contre-structure*, PUF, traduit de l’anglais par Gérard Guillet, Paris.

1992, *Blazing the Trail : Way Marks in the Exploration of Symbols*, University of Arizona Press, Tuscon.

TURNER V., TURNER E., 1978, *Image and Pilgrimage in Christian Culture*, Columbia University Press, New York City.

U- V

ULLENDORFF E.,

1965, *The Ethiopians*, Oxford University Press, London.

1968, *Ethiopia and the Bible*, London.

ULYSSE P.-J., LESEMANN F., 1997, “Pauvreté, citoyenneté et marché aux Etats-Unis”, *Cahier de recherche sociologique*, 29, pp 137-152.

UNITED STATES GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE, 2006, “Report to Congressional Committees : GLOBAL HEALTH Spending Requirement Presents Challenges for Allocating Prevention Funding under the President’s Emergency Plan for AIDS Relief”, *Government Accountability Office -06-395*.

UNAIDS (ONUSIDA), 2010, *UNAIDS report on the global pandemic*.

- VAÏSSE J.,
2008, *Histoire du néoconservatisme aux Etats-Unis : Le triomphe de l'idéologie*, Odile Jacob, Paris.
- 2009, "Les trois âges du conservatisme américain", *Les grands dossiers des Sciences Humaines*, 3(14), pp. 20-26.
- VAN DER GEEST S.,
1994, "Christ as a pharmacist: medical symbols in German devotion", *Social, Science & Medicine*, 39 (5), pp. 727-732.
- 2005, "'Sacraments' in the Hospital: Exploring the Magic and Religion of Recovery", *Anthropology & Medicine*, 12(2), pp. 135-150
- VAN DER GEEST S., FINKLER, K., (eds), 2004, "Hospital Ethnography", special issue of *Social Science & Medicine*, 59(10), pp. 1995-2108.
- VAN GENNEP A., 1981[1909], *Les rites de passage*, Picard, Paris.
- VASSILIADIS P., PASSAKOS D., 2004, "The Sacrement of Repentance in the Orthodox Tradition : A theological and Cultural-Anthropological Approach", in DESTRO A., PESCE M., (eds), *Rituals and Ethics. Patterns of Repentance Judaism, Christianity, Islam*, Second International Conference of Mediterranean, Peeters, Paris-Louvain, pp. 71-81.
- VAUCHEZ, A.,
1981, *La Sainteté en Occident aux derniers siècles du Moyen Age après les procès de canonisation et les documents hagiographiques*, Ecole française de Rome, Rome.
- 1994, *La spiritualité du Moyen Age occidental, VIIIe-XIIIe siècle*, Seuil, Paris.
- 1999, *Saints, prophètes et visionnaires. Le pouvoir surnaturel au Moyen Age*, Albin Michel, Paris.
- VELAT B., 1954, "Chantres, poètes, professeurs : Les Dabtara éthiopiens", *Cahiers coptes*, 5, pp. 21-29.
- VIDAL L.,
1990, "« L'ombre fragile ». Maladie et rituel de possession au Niger (exemple peul)", *Sciences sociales et santé*, 8 (1), pp. 21-46.
- 1992, "La Possession par les génies chez les Peuls (Niger). De la parole à l'invention du rituel", *Archives des sciences sociales des religions*, 79, pp. 69-85.
- 1995, "L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d'une rencontre", *Sciences sociales et santé*, 13(2), pp. 5-27.
- 1996, "Le sida en Côte-d'Ivoire la situation et prise en charge des malades", *Afrique contemporaine*, 178, pp. 18-29.
- 1999, "Anthropologie d'une distance. Le sida, de réalités multiples en discours uniformes", *Autrepart*, 12, pp.19-36. OU "La transmission. Le sida et ses savoirs", *L'Homme*, 150, pp. 59-84.
- 2000, *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*, PUF, Paris.
- 2003, "De l'universalisme au relativisme en éthique : échanges autour de l'exemple du sida en Côte d'Ivoire", *Autrepart*, 28, pp.55-69.
- 2004, "Salut et sida", *Sciences sociales et santé*, 22(2), pp.61-67.
- 2004, *Ritualités, santé et sida en Afrique. Pour une anthropologie du singulier*, Karthala-IRD, Paris.

2011, "Rendre compte. La restitution comme lieu de refondation des sciences sociales en contexte de développement", *Cahiers d'Etudes Africaines*, 51 (2-3), 202-203, pp. 591-607.

VIGNES M., SCHMITZ O., 2008, *La séropositivité : un regard des sciences sociales*, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles.

VINCENT G., REMY, J., et al. , 1985, *Les nouveaux clercs. Prêtres, pasteurs et les spécialistes des relations humaines et de la santé*, Labor et Fides/CNRS, Genève.

VO VAN D., 2005, *Le voyage en Ethiopie au temps du négus Téwodros II (1855-1868)*, (texte choisis et présentés par), Le Marchand de Tyr, Saint-Pierre Lafeuille, France.

VOGEL C.,

1966, *Le pécheur et la pénitence dans l'Eglise ancienne*, Le Cerf, Paris.

1982[1969], *Le pécheur et la pénitence au Moyen Age*, Le Cerf, Paris.

VOGEL C., (textes édités par) FAIBRE A., 1994, *En rémission des péchés: recherches sur les SYSTEMES pénitentiels dans l'Église latine*, Variorum, Aldershot, Hampshire, Grande Brety.

VORNAX N., 2012, *Le Vodou haïtien. Entre médecine, magie et religion*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes.

W

WARD B., 1982, *Miracles and the Medieval Mind. Theory, Record and Event 1000-1215*, Scholar Press, Londres.

WATIER P., 2008, *Eloge de la confiance*, Belin, Paris.

WEBER M.,

1964, *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Plon, Paris.

1995 [1956/1967], *Economie et société, t.1 & t.2*, Plon, Paris.

1996, *Sociologie des religions*, Gallimard, Paris.

2003, *Le savant et le politique*, La Découverte, Paris.

WEBER M., FRITSCH P., 1986, "Parenthèse théorique : le refus religieux du monde, ses orientations et ses degrés / Religious Rejections of the World and their Directions", *Archives des sciences sociales des religions*, 61, Société moderne et religion : autour de Max Weber, pp. 7-34.

WHITFIELD S., 2011, "The Reverend Billy Graham: The Preacher in American Politics", *Revue LISA/LISA e-journal* [Online], 9(1), pp. 96-118.

WILLAIME J. P.,

1993, "Le croire, l'acteur et le chercheur. Introduction au dossier « Croire et modernité", *Archives des sciences sociales des religions*, 81, pp. 7-16.

1995, *Sociologie des religions*, PUF, Paris.

2005, *Sociologie du protestantisme*, PUF, Paris.

2006, “« La sécularisation : une exception européenne ? » Retour sur un concept et sa discussion en sociologie des religions”, *Revue française de sociologie*, 4(47), pp. 755-783.

2011, “Quelques réflexions sur la compréhension sociologique de la religion”, *31^{ème} conférence de la SISR/ISSR, 30 juin-4 juillet, Aix-en-Provence (France)*

WILLIAMS, B., 1994, *La fortune morale. Moralité et autres essais*. Presses Universitaires de France, Paris.

WOLDE-MARIAM MESFIN, 1991, *Suffering under God's environment : A vertical study of the predicament of peasants in North-Central Ethiopia*, African Mountains Association and Geographica Bernensia, Berne.

WONDALE Y, MERDASSA G, ABAYNEH T, et al. , 2009, “Male partner testing at maternity wards: A window of opportunity for strengthening men's participation in PMTCT, experience from a regional hospital”, *Abstracts of the 2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting, Windhoek, Namibia, Abstract no. 962*.

WONMAGEGNEHU AYMRO, MOTOVU JOACHIM, 1970, *The Ethiopian Church*, Addis Abeba, a publication of the EOC.

WRIGHT M. C., 2002, “At the limits of sexuality: the femininity of Ethiopian Orthodox Nuns”, *Journal of Ethiopian Studies*, 34(1), pp. 27-42.

WRIGHT M.T,

2000, “The old problem of adherence : research on treatment adherence and its relevance for HIV/AIDS”, *AIDS Care*, 12 (6), pp. 703-710,

Y- Z

YACOB BEYENE, 1994, “I tabu alimentari e il cristianesimo etiopico”, *Rassegna Di Studi Etiopici*, 38, (Roma Napoli), pp. 209-232.

YIMER SOLOMON, HOLM-HANSEN, C., TILAHUN YIMALDU AND BJUNE GUNNAR, 2009, “Health care seeking among pulmonary tuberculosis suspects and patients in rural Ethiopia: a community-based study”, *BMC Public Health*, 9, pp.454-463.

YIMER SOLOMON, BJUNE GUNNAR, ALENE GETU, 2005, “Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study.” *BMC Infectious Diseases*, 12, pp. 112-119.

YOUNG A., 1982, “The anthropologies of illness and sickness”, *Annual Review of Anthropology*, 11, pp. 257-285.

YSENI ROMAN, 2006, *Survival Strategies of People Living with HIV/AIDS in and around Intoto*, Master Degree of Arts in Social Anthropology, Advisor Melese Getu, Addis Ababa University, Addis Ababa, June.

- ZENA BERHANU BERHANU, 2006, *Care and support people living with HIV/AIDS at Holy water : An assessment at four selected sites in Addis Ababa*, Master Degree in Social Work, Addis Ababa, June.
- ZABOROWSKI M., 2008, “Affaires étrangères : l'héritage de la révolution Bush”, *Politique étrangère*, 3, Automne, pp. 519-531.
- ZEMPLÉNI A.,
 1982, “Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique”, *Archives des sciences sociales des religions*, 56(1), pp. 5-19.
 1985, “La maladie et ses causes”, *L'Ethnographie*, numéro spécial, 2-3, (96-97), pp. 13-44.
 1992, “Où en est l'anthropologie médicale appliquée ?”, *AMADES*, pp. 22-28.
- ZEMPLÉNI A., SINDZINGRE N., 1981, “Modèles et pragmatique, activation et répétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les Sénoufo de Côte d'Ivoire”, *Social, Science & Medecine*, 15(3), pp. 279-293.
- ZEWDE B., 2002[1991], *A History of Modern Ethiopia 1855-1991*, James Currey, Ohio University Press, Addis Ababa University Press, Oxford, Addis Ababa.
- ZEWDE B., PAUSEWANG S., 2002, *Ethiopia: the challenge of democracy from below*, Stockholm, Elanders Gotab, Sweden.
- ZIGON, J.,
 2007, “Moral breakdown and the ethical demand. A theoretical framework for an anthropology of moralities”, *Anthropological Theory*, 7(2), pp.131-150.
 2008, “Aleksandra Vladimirovna : Moral Narratives of a Russian Orthodox Woman”, in STEINBERG M.D., WANNER C., (eds), *Religion, Morality, and Community in Post-Soviet Societies*, Woodrow Wilson Press, Washington, DC, pp. 58-79.
 2009, “Developing the Moral Person : the Concept of Human, Godmanhood, and Feelings in Some Russian Articulations of Morality”, *Anthropology of Consciousness*, 20(1), pp. 1-26.
 2011, « *HIV is God's blessing* ». *Rehabilitating Morality in Neoliberal Russia*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, Oxford.

SITES INTERNET

Anthropologie

<http://www.univie.ac.at/ethnomedicine/PDF/Medical%20Anthropologie.pdf>

<http://assr.revues.org/2802>

Banque mondiale

<http://search.worldbank.org/research?qterm=HIV%20FAIDS+in+Ethiopia%3A+An+epidemiological+synthesis.%09>

Dictionnaires

<http://www.cnrtl.fr/definition/abstinence>
<http://www.cnrtl.fr/etymologie/fidélité>
<http://www.cnrtl.fr/etymologie/prescription>
<http://www.cnrtl.fr/etymologie/observance>
<http://www.cnrtl.fr/definition/academie9/observance>
<http://www.cnrtl.fr/etymologie/observance>

Eglise catholique

<http://fr.lourdes-france.org/approfondir/les-signes/le-signe-de-l'eau>.
<http://www.eglise.catholique.fr/benoit-xvi-en-france/actualites/textes-et-discours/homelie-du-pape-benoit-xvi-lors-de-la-messe-pour-les-malades-a-lesplanade-du-rosaie-a-lourdes.html>

EIFDDA et WFDD

<http://www.eifdda.org/index.php?MI=1&AI=60>

EOC-DICAC

<http://eotcdicac.org/index.php/dicac/historical-background>.

HAPCO/ ETHARC

<http://betengna.etharc.org/>

Histoire des Etats-Unis

<http://www.thucydide.com/realisations/comprendre/usa/usa2.htm>

Histoire des Nations unies

<http://www.un.org/fr/aboutun/history/>

Histoire du système de santé éthiopien

http://cnhde.ei.columbia.edu/healthsystem/facilities_capacity.html

IOCC

<http://www.iocc.org/>
http://www.iocc.org/aboutiocc_aboutscoba.aspx
http://www.iocc.org/aboutiocc_mission.aspx
<http://www.iocc.org/news/10-16-07.aspx>
http://www.iocc.org/aboutiocc_financial.aspx

Maison Blanche

<http://www.whitehouse.gov/news/releases/2003/05/20030527-7.html>
<http://www.hhs.gov/fbci/about/index.html>
<http://www.hhs.gov/fbci/about/index.html>

PEPFAR/OGAC

<http://www.hhs.gov/fbci/about/index.html>
http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/africa/ethiopia.html
<http://www.pepfar.gov/countries/angola/index.htm>
<http://www.pepfar.gov/countries/zimbabwe/index.htm>
<http://www.pepfar.gov/press/81352.htm>

USAID

http://www.usaid.gov/about_usaid/presidential_initiative/faithbased.html

[http://www.usaid.gov/our_work/cross-](http://www.usaid.gov/our_work/cross-cutting_programs/private_voluntary_cooperation/pvoconf03_faithbasedslides.pdf)

[cutting_programs/private_voluntary_cooperation/pvoconf03_faithbasedslides.pdf](http://www.usaid.gov/our_work/cross-cutting_programs/private_voluntary_cooperation/pvoconf03_faithbasedslides.pdf)

http://www.usaid.gov/press/frontlines/Feb04_FrontLines.pdf

http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/africa/ethiopia.html

ONUSIDA

<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/tools/aidsinfo/countryfactsheets/>

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/brochurepamphlet/2009/20090401_prevention_fast_facts_fr.pdf

Partenaires du PEPFAR

<http://www.genevaglobal.com/about-history.php>

http://www.sovereignglobal.com/2_0en.asp?cid=7

TABLE DES MATIERES

Résumé	3
Remerciements	4
Sommaire	7
Liste des acronymes	8
Translittérations amharique-français	10
Précisions avant la lecture	12

INTRODUCTION

D'observations en questionnements : le christianisme éthiopien engagé contre l'épidémie au VIH	14
<i>Un christianisme éthiopien impliqué dans la lutte contre le sida</i>	15
<i>Les sites d'eau bénite et les ARV</i>	16
<i>Une implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida qui interroge</i>	18
Une anthropologie du sida entre religion et santé	21
Appréhender les « guérisons miraculeuses » du sida	21
Structuration de la réflexion	23

PREMIÈRE PARTIE

Des textes aux contextes de l'implication du christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida	26
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

CHAPITRE I

Au croisement de l'anthropologie de la santé et du fait religieux	28
I. Sociologie et anthropologie religieuses, de l'histoire aux croisements de champs	29
I.1 Aux origines à sa définition : quelques jalons historiques	29
I.2 Des premiers travaux	31
I.3 Une deuxième vague d'études sur la santé	32
I.4 De « tentatives » en croisements	34
II. La sociologie puis l'anthropologie de la santé	36
II.1 La sociologie de la santé	36
II.2 De l'anthropologie médicale à l'anthropologie de la santé ... en passant par la maladie	37
I.2.a. La naissance de l'anthropologie médicale	38
• <i>De Rivers à Scotch (1924-1963)</i>	38
• <i>Les années 1960-1980</i>	39
I.2.b. L'anthropologie de la maladie et l'anthropologie médicale en France	39
I.2.c. Le milieu des années 1990 : le temps des remises en cause	40

I.2.d. La fin des années 1990 : naissance de l'anthropologie de la santé, un champ en pleine évolution	41
I.2.e. L'anthropologie de la santé : une crise de la culture ?	44
I.2.f. Médecines alternatives et thérapies religieuses en Suisse : l'amorce d'une réactualisation d'anciennes thématiques	45
III. Le sida et les religions : un nouvel objet à croiser ?	47
III.1 Les premières études sur l'implication des religions : une « religion néfaste ou bénéfique ? »	48
III.2 De nouvelles approches en cours d'élaboration	49
IV. Proposition épistémologique pour l'étude de la réponse du christianisme éthiopien au sida	53
IV.1 Une approche classique pour un nouvel objet : retour sur l'anthropologie de la maladie et du fait religieux	55
IV.2 La sociologie formelle de Simmel : le sida comme substance appréhendée par les religions comme par les sciences médicales	56
IV.3 Le symbole comme trait d'union entre les sciences sociales de la santé et du fait religieux	55
IV.4 Un objet approché par deux perspectives ou démarches anthropologiques	57
Conclusion	59
CHAPITRE II	
Les acteurs de la lutte contre le sida en Ethiopie	60
I. L'Ethiopie, un Etat : portrait historique	60
II. La structure de l'Etat Ethiopien d'après la constitution de 1994	63
III. Le système de santé biomédical éthiopien	64
III.1 Les premiers établissements de Ménélik à Hailé Selassié (1885-1940)	65
III.2 Les débuts du système de santé sous Hailé Selassié	66
III.3 Le système de santé sous le <i>därg</i> (1974-1991)	67
III.4 La période contemporaine	68
IV. L'histoire de la lutte contre le sida	70
IV.1 Des premières actions du <i>därg</i> à l'oubli	70
IV.2 Le premier plan multi-sectoriel et les suivants	73
IV.2.a. Les premiers plans de lutte contre le sida : prévention et prise en charge des personnes infectées et affectées (dont les orphelins et enfants vulnérables – OEV)	73
IV.2.b. Les ARV en Ethiopie	76
IV.3 La place des congrégations religieuses ou « FBO » éthiopiennes	78
V. L'EOTC s'investit dans la lutte contre le sida : la Commission pour le développement de l'EOTC (EOTC- DICAC)	80
V.1 Un détour par l'histoire de la Commission	81
V.2 Les branches de l'EOC-DICAC et une lutte contre le sida richement dotée	80
V.3 L'EOC-DICAC : une implication de l'EOTC dans le développement international	83
VI. Les organismes internationaux et les américains	84
VI.1 L'Ethiopie et les instances internationales	84
VI.1.a. Des institutions récentes	84

VI.1.b. L'implication des congrégations confessionnelles dans la lutte contre le sida vue par les instances internationales	85
VI.2 Une histoire des relations éthio-américaines avant l'aire G. W. Bush	87
Conclusion	88
CHAPITRE III	
Le christianisme éthiopien : l'Eglise Ethiopienne Orthodoxe ou EOTC (<i>Ethiopian Tāwahedo Orthodox Church</i>) et l'eau bénite ou <i>tsäbäl</i>	90
I. Prolégomènes conceptuels à l'analyse du christianisme éthiopien	90
II. Le christianisme éthiopien	92
II.1 L'Ethiopian Orthodox <i>Tāwahedo</i> Church (EOTC) : une terminologie signifiante	93
II.2. Une ou des autorités religieuses chrétiennes	94
II.3. Histoire de l'EOTC : des moines et un évêque	95
II.3.a. Une christianisation précoce de l'Ethiopie	95
II.3.b. Des moines et des rois aux fondements du christianisme éthiopien	96
II.3.c. Une caste de prêtres peu instruits et en arrière plan religieux	98
II.4. L'Eglise et la modernité	99
II.4.a. Hailé Selassié, vers l'autocéphalie et la nouvelle administration ecclésiale	100
II.4.b. La séparation Eglise-Etat et l'expropriation foncière de l'Eglise : fin de la modernité religieuse	101
II.4.c. L'établissement des conseils de paroisses et gestion financière de l'Eglise : une entrée dans l'ère contemporaine	102
II.4.d. Une Eglise contemporaine	102
III. Les principaux dogmes et doctrines de l'église : quelques aspects de la religiosité des fidèles	103
III.1. Dieu, le Christ et le monde	103
III.2. Des temps de carême nombreux	106
III.3. Des sacrements rares et « précieux »	106
III.4. L'église et ses espaces : une organisation du sacré	107
IV. L'eau bénite ou <i>tsäbäl</i>	109
IV. 1. <i>Le tsäbäl</i> : un terme pour plusieurs "eau bénite"	110
IV. 2. <i>Le tsäbäl</i> jaillissant déjà béni mais encadré par l'Eglise	112
IV. 2.a. La « découverte » de la source	113
IV. 2. b. L'encadrement religieux de l' <i>energeia</i>	114
IV.3. Le(s) rituel(s) du <i>tsäbäl</i> jaillissant	115
Conclusion	117

CHAPITRE IV	
Contexte et émotions : le sida, la foi et les Américains en Ethiopie	119
I. L'élaboration de l'objet d'étude	119
I.1. Religion et sida en Ethiopie : un objet en évolution	118
I.2. Des terrains et des sites d'eau bénite	121
I.3. Prolégomènes sur la posture quant au christianisme éthiopien et au VIH	122
I.3.a. Des réflexivités différentielles selon le domaine d'étude	123
I.3.b. Une position de métissage religieux	124
II. Les techniques d'enquêtes	127
II.1. Des sites d'eau bénite à la vie courante : immersion et/ou observation participante ?	127
II.2. Enquêtes sur les sites d'eau bénite	129
II.2.a. Des observations participantes et parfois non participantes	129
• <i>Les observations participantes</i>	129
• <i>Les observations simples</i>	130
II.2.b. Des entretiens informels aux entretiens semi-directifs	130
II.2.c. Des questionnaires soumis par des assistants de recherche	133
II.3. Enquêter en ville et auprès des institutions : une démarche classique	135
II.3.a. La sexualité : une question inabordable de front !	135
II.3.b. Les institutions : entretiens et documents	136
III. De dilemmes éthiques en décalages émotionnels : des apports heuristiques ?	138
III.1. D'expériences en déconvenues : l'émotivité du chercheur	139
III.2. L'émotion : un révélateur de valeur, de norme et de jugement	143
III.2.a. La confrontation des valeurs : jeu de miroir et recul émotionnel	144
III.2.b. L'émotion comme levier pour appréhender les normes des « autres »	145

DEUXIÈME PARTIE

Morale religieuse, morale sanitaire

CHAPITRE V	
La sexualité et les règles de comportements religieuses maritales	153
I. Sexualité et normes : cadre théorique	154
I.1 La sexualité : un domaine socialement normé en Europe, mais difficilement « modélisable »	154
I.2 Les normes : l'écriture pour l'intériorisation ou l'imprégnation par le social ?	157
II. Les normes écrites religieuses	158
II.1 L'ascèse extra-mondaine comme idéal de la vie sexuelle	160
II.2 La vie sexuelle maritale très encadrée religieusement	160

III. Les normes sexuelles traditionnelles non écrites	163
III.1 Les règles coutumières priment en matière de mariage et de sexualité	163
III.2 Un témoin de la hiérarchisation des normes : la domination masculine dans le cadre du mariage, du code civil aux pratiques réelles	166
III.3 Des normes écrites inconnues et des normes communautaires prégnantes	169
III.4 Des règles explicites aux conventions tacites : le <i>wushema</i> et le <i>qemet'</i>	170
IV. Les pratiques modernes et les normes actuelles en matière de sexualité	173
IV.1 Des signes d'évolution discrets	173
IV.2 Les jeunes femmes en milieu urbain de la virginité à la prostitution : entre réalité et discours	176
IV.2.a. La virginité, une valeur encore prégnante d'après les études quantitatives	176
IV.2.b. Des discours stigmatisant	177
IV.3 Les jeunes et l'occidentalisation : un groupe en but à la critique	179
IV.4 Entre transparence et tabou : des normes actuelles peu éloignées des normes traditionnelles	180
V. Pour quelles raisons les normes sexuelles religieuses ne sont pas celles en vigueur dans la société ? Quelques hypothèses	182
Conclusion : Une Eglise peu normative en matière de comportement marital et sexuel	187
CHAPITRE VI	
De la notion risque aux normes nationales éthiopiennes	188
I. Les usages moralo-sociaux du sida par les instances internationales	189
• <i>Une histoire de mot ou un « archéologisme »</i>	190
• <i>Une histoire de technique et de science</i>	191
• <i>Du risque à la réflexivité : une inscription culturelle spécifique</i>	191
II. La prévention des nouvelles infections aux VIH : des normes internationales	193
II.1 L' 'ABC' en prévention : la « fortune morale » d'un acronyme de santé publique	193
II.2 Des jeunesses sous contrôle	197
III. Les enquêtes épidémiologiques sur le VIH : un reflet des normes morales éthiopiennes ?	198
III.1 Les « catégories » personnes les plus infectées en Ethiopie : un état des lieux dissonant	199
III.2 Une analyse des thèmes des études épidémiologiques : les jeunes et les femmes deux catégories à risque	200
III.2.a Analyse de la biographie : des groupes et des pratiques à risques	200
III.2.b Primauté de l'encadrement moral	203
III.2.c Les femmes : la prostituée, la jeune femme et la femme enceinte	203
III.2.d Les jeunes : de l'encadrement religieux non institutionnel au valeurs sociétales	205
III.3 Des études épidémiologiques moralisantes	209
IV. Les programmes de prévention au VIH : une adaptation normative locale	210
V. De l'usage social de la maladie à l'usage social du risque	215

CHAPITRE VII	
Les représentations du sida sur les sites d'eau bénite : anthropologie des normes afférentes au VIH et confiance	219
I. VIH avant la séropositivité : un mal à distance	221
I.1 Une épidémie silencieuse	222
I.2 Le temps de la parole : les campagnes de prévention	223
I.3 La contamination dans le cadre des soins : une forme atténuée de stigmatisation ?	225
II. Les circonstances de l'infection au VIH : une relecture par les PVVIH	226
II.1 Les questions de « sexe » et de « genre »	227
II.2 Les femmes, la sexualité et le sida	227
II.2.a Les femmes contaminées par leurs époux et leurs petits amis	228
• <i>Les femmes mariées</i>	228
• <i>Les femmes se disant infectées par leurs petits amis</i>	230
II.2.b. Les femmes infectées suite à un viol	231
II.2.c Les femmes et les relations « pré-maritale » et « extra-maritales »	232
• <i>Les femmes ne sachant pas identifier l'origine de leur infection</i>	232
• <i>Les femmes situant leur contamination dans leurs activités de « travailleuses du sexe »</i>	233
II.2.d. Les femmes et la sexualité en Ethiopie sous le prisme de l'infection au VIH	235
II.3 Les hommes vivant sur les sites d'eau bénite et l'infection au VIH	237
II.3.a. Les hommes mariés	238
II.3.b. Les hommes célibataires	239
II.4 Des messages de prévention aux représentations des circonstances de l'infection au VIH : les sites d'eau bénite et la sexualité « profane »	241
II.4.a. La construction sociale de l'infection au VIH, des populations à risques aux populations désignées	241
II.4.b. Les comportements sexuels encadrés par les normes religieuses ou les normes profanes ?	243
II.4.c. « J'ai eu trop confiance » en mon mari versus « les femmes trichent » : évolution des rapports de genre en Ethiopie sur fond d'épidémie au VIH	244
III. La confiance, le secret et la discrétion : des notions simmeliennes pour analyser les représentations du sida	249

TROISIÈME PARTIE

La cure du VIH par l'eau bénite et les communautés de malades

L'eau bénite : une introduction à l'étude du rituel	256
------------------------------------------------------------	------------

CHAPITRE VIII

De l'infection au VIH à la cure par l'eau bénite : d'une liminalité à l'autre	258
--------------------------------------------------------------------------------------	------------

I. La connaissance du statut de PVVIH : une première liminalité	259
------------------------------------------------------------------------	------------

I.1 Les circonstances de l'apprentissage de la séropositivité	259
I.1.a. Le gouvernement éthiopien et le dépistage : état des lieux	260
I.1.b. Les circonstances d'apprentissage de la séropositivité vue des sites d'eau bénite	260
I.1.c. Le dépistage suite à un épisode de maladie : une spécificité masculine ?	263
I.1.d. Le dépistage dans le cadre de la relation à l'autre : une particularité féminine ?	265

I.2 De l'annonce de la séropositivité à la liminalité induite par l'infection au VIH : un autre visage de la stigmatisation	266
I.3 Du choix du départ au choix du site d'eau bénite : une sortie du monde ritualisée	270
I.3.a. De la stigmatisation à la liminalité : le vécu des PVVIH devenant <i>tsäbältägna</i>	270
I.3.b. Le choix du départ	272
I.3.c. Le choix du site (réputation, « loterie », « songe » ou entourage)	275
I.3.d. La liminalité : retour et croisements conceptuels	276
II. L'entrée sur un site d'eau bénite pour devenir <i>tsäbältägna</i> : un rite de passage ?	278
II.1 Le changement de statut, devenir <i>tsäbältägna</i> : une première incorporation par la communauté	279
II.1.a. Des règles préalables à l'acquisition du statut de <i>tsäbältägna</i> nombreuses	279
II.1.b. Une communauté aux aguets et qui intronise le « curiste »	280
II.2 Le pécheur, le sida et l'infection au VIH : une relation ambiguë	283
II.2.a. Les représentations de l'infection au VIH et du sida vues des sites d'eau bénite	284
• <i>Les représentations du sida évoluant avec le temps et le degré de politisation de l'épidémie</i>	284
• <i>Du centre à la périphérie : une géographie de l'association sida-punition divine</i>	287
• <i>Du moine au prêtre : variations sur le mode de la punition divine</i>	288
II.2.b. La faute « sexuelle » sociale et le statut de pécheur	289
• <i>Etat des lieux général sur les sites d'eau bénite</i>	289
• <i>Faute, responsabilité et péché : une triangulation variable selon les christianismes</i>	289
• <i>Le sida, le péché et la faute sociale vue par les PVVIH vivant sur les sites d'eau bénite</i>	291
II.3 La confession des péchés sur les sites	294
II.3.a. Retour sur la notion de péché et sur la confession dans le christianisme éthiopien	294
II.3.b. Sur les sites d'eau bénite : se confesser ou ne pas se confesser ?	296
II.4. Le péché et le pécheur : des notions complexes	298
II.4.a. Retour sur la notion de pécheur et de loi	299
II.4.b. La maladie comme conséquence d'une faute, d'une transgression	300
II.4.c. Une multiplicité de règles inobservables qui interroge	301
II.4.d. Trouver une faute pour réparer	302
II.4.e. Le pécheur ontologique comme mode d'action dans et sur le monde	303
Conclusion : liminalité sanitaire, liminalité religieuse	306

CHAPITRE IX

Des communautés de malades et des communautés de PVVIH : pour une anthropologie de la guérison **307**

I. Les communautés de malades et les associations de PVVIH sur les sites d'eau bénite	307
I.1 Définitions des notions et cadre d'analyse	308
I.1.a. Les sites d'eau bénite : rituel, église et communauté	308
I.1.b. Perspectives et points de départ analytiques	309
I.1.c. La sortie du monde comme fondation de l'identité des communautés des sites d'eau bénite	310
I.2 La structure des communautés et visibilité du VIH : variation selon les types de sites	311
I.2.a. Des charismes, des institutions religieuses et l'eau bénite	312
I.2.b. Les monastères	314
I.2.c. Les personnages charismatiques : les <i>bahetawis</i> ou les découvreurs de sources	317
I.2.d. Les églises simples	320

I.2.e. Articulation charisme personne:/charisme institutionnel/ <i>energeai</i> de l'eau bénite : les conditions de prise en charge du VIH	322
I.3 Le VIH au sein des communautés de <i>tsäbältägna</i>	322
I.3.a. Une détermination géographique et territoriale de l'entraide et de la solidarité sur tous les sites	323
I.3.b. La solidarité sur les sites d'eau bénite : la spécificité de Ent'ot'o Maryam	325
I.3.c. Des associations de PVVIH sur les sites d'eau bénite ?	327
I.3.d. Conclusion : des facteurs favorisant la visibilité du VIH sur un site d'eau bénite	331
II. Guérir du sida, la construction sociale et symbolique du miracle pour sortir de la maladie	332
II.1 Les technologies de soi religieuses : la purification et le contrôle de soi	333
II.1.a. La cure par l'eau bénite : aspersion et absorption	334
II.1.b. Le carême, la prière, la liturgie : un agenda religieux	335
II.2 La construction du miracle	335
II.2.a. Du miracle à la construction de l'efficacité	336
II.2.b. La foi dans le miracle : tout est possible à Dieu	337
II.2.c. Des signes physiques de la guérison à l'ombre de la mort	339
II.2.d. Les témoignages de miracles	341
II.2.e. La guérison par la cure d'eau bénite ou la sortie de la maladie	343
II.3 Le rapport à la foi : du croire à la confiance	345
III. La guérison et la sortie de la maladie : jalon pour une anthropologie de la guérison	347
III.1 La sortie de la maladie en Ethiopie : la fin de la liminalité	348
III.2 La sortie de la maladie : processus miroir de l'entrée dans la maladie	348
III.2.a. L'entrée dans la maladie, l'« infection au VIH » en quatre étapes	348
III.2.b. La cure	349
III.2.c. La sortie de la maladie : reflet inversé de l'entrée dans la maladie	350
III.3 Le détour par le cancer en Europe : de l'incurable à la rémission	351
III.3.a. Nommer « cinq années après le cancer » : rémission, guérison ou maladie chronique ?	352
III.3.b. Evolution de la prise en charge du cancer en France : de l'incurable à la rémission	353
III.4 L'anthropologie de la guérison/rémission : pour une nouvelle approche de la santé ?	354
<i>Interroger les sciences de la « santé » ?</i>	355
Conclusion de partie : retour sur la notion de risque	356

QUATRIÈME PARTIE

Du ministère des âmes aux ministères des corps : rencontre entre deux christianismes autour du VIH

Introduction	358
--------------	-----

CHAPITRE X	
Le PEPFAR, USAID, G.W. Bush : ‘Abstinence et fidélité’	360
I. Les grandes lignes du programme PEPFAR	360
I.1 Le plan de lutte	361
I.2 Des aspects controversés visibles dès les premières enquêtes	362
II. La politique étrangère de G.W Bush : contexte d’apparition du PEPFAR	364
II.1 Eléments sur la religion et l’Etat aux Etats-Unis	364
II.1.a. Le calvinisme puritain au fondement de l’apparition des Etats-Unis	364
II.1.b. Le rapport fondateur à l’Europe: la politique du <i>non-entanglement</i>	365
II.1.c. La politique extérieure américaine : le <i>manifest destiny</i> (“Destinée manifeste”)	366
II.2 Le 11 septembre 2001 : événement déclencheur du PEPFAR ?	368
II.3 Les néo-conservateurs : vers l’unilatéralisme	370
III. L’éthos religieux américain : la droite chrétienne et le <i>compassionate conservatism</i>	372
III.1 La droite chrétienne pour des vertus et une morale puritaines	371
III.1.a. Les années 1960 : terreau fertile pour le développement de la droite chrétienne	373
III.1.b. Une idéologie morale puritaine ultraconservatrice	374
III.1.c. Le pro-life et l’abstinence : les marques d’une supériorité morale	375
III.2 Le <i>compassionate conservatism</i> et les Faith Based Organizations (FBO)	377
IV. Des intérêts politiques, économiques et religieux mêlés	381
IV.1 Une dérive du système démocratique américain : les lobbies et les “contre-dons”	381
IV.2 Le choix des pays : des facteurs et des intérêts variés	384
CHAPITRE XI	
PEPFAR-USAID face au Gouvernement Ethiopien et à l’EOTC contre le sida	388
I. Le PEPFAR en Ethiopie : une arrivée progressive ou en trompe l’œil ?	389
II. Le PEPFAR, le Gouvernement Ethiopien et les ARV : un multilatéralisme de fait	391
II.1. La distribution des ARV en Ethiopie : un franc succès	391
II.2. Du succès aux intérêts économiques américains	392
II.2.a. Des partenaires du PEPFAR... majoritairement américains	393
II.2.b. Une focale sur les partenaires	393
II.3. Le PEPFAR et la prévention des nouvelles infections en Ethiopie	396
II.3. a. Les actions de prévention du PEPFAR : AB pour les jeunes, ABC pour les populations à risques et les PVVIH	397
II.3.b. Les travailleuses du sexe oubliées ?	401
II.3.c. Une séroprévalence nationale qui continue d’interroger	403
III. Les instances américaines et IOCC	406
III.1 L’implication croissante des ONG religieuses dans le développement : globalisation du religieux et « réenchantement de la Providence »	406
III.2 La qualification des FBO internationales par et pour USAID	407
III.3 IOCC et USAID : l’orthodoxie qualifiée pour le développement international	409
III.3.a. IOCC : l’orthodoxie sur la scène du développement international ?	410
III.3.b. La qualification de IOCC pour recevoir des fonds gouvernementaux américains : un processus flou ?	411

III.3.c. Le recours aux ONG confessionnelles par USAID-PEPFAR en question	412
IV. L'EOTC, la lutte contre le sida et USAID : un partenariat à contre-emploi ?	414
IV.1 Le changement religieux : cadrage théorique et conceptuel pour l'analyse de l'engagement de l'EOTC contre le sida	415
IV.1.a. Retour sur les valeurs traditionnelles de l'Eglise quant à l'abstinence et la fidélité	416
IV.1.b. L'éthicisation	417
IV.2 L'EOTC-HAPCO et la lutte contre le sida : un département, des noms et des orientations	419
IV.3 L'EOTC et la prévention des nouvelles infections au VIH avant les subventions américaines	420
IV.3.a. Retour sur les valeurs traditionnelles de l'Eglise quant à l'abstinence et la fidélité	421
IV.3.b. Les premières actions de lutte contre le sida de 2000 à 2005	422
• <i>La formation du clergé à la lutte contre le sida : une nouveauté</i>	422
• <i>L'« enseignement » aux fidèles et une Eglise peu encline à structurer l'aide au PVVIH</i>	423
• <i>La fidélité et l'abstinence</i>	424
• <i>Le préservatif et le sida comme punition divine</i>	425
• <i>Les premières actions de lutte contre le sida adossée à une mondanisation préalable</i>	425
IV.4 L'EOTC et l'arrivée des subventions américaines	426
IV.4.a. L'EOTC et le Gouvernement Ethiope dans le cadre de la lutte contre le sida : une relation difficile	426
IV.4.b. L'arrivée des subventions américaines pour lutter contre l'infection au VIH	427
• <i>Les raisons de USAID pour financer l'EOTC : de discours en contradiction</i>	428
IV.5 USAID/IOCC/EOTC : un partenariat aux conséquences importantes ?	430
IV.5.a. Les fonds contre sida : une transparence opaque	430
IV.5.b. L'EOTC, IOCC et la charité religieuse	431
IV.5.c. Le nouvel encadrement de la sexualité	432
• <i>Des sanctions de péché moins lourdes</i>	433
• <i>Un manuel qui explicite des pratiques jusque là tues</i>	434
• <i>Une mise à contribution de tous</i>	435
• <i>Des paroles pour éthiciser et pour connaître ?</i>	435
• <i>La contribution de tous : signes de rationalisation et d'éthicisation ?</i>	437
• <i>Le préservatif : un objet limite et une ressemblance avec les valeurs américaines</i>	438
IV.5.d. Des évolutions en demies-teintes : un Episcopat peu informé de la problématique VIH	439
IV.5.e. Une impossible éthicisation (ou rationalisation éthique) de la foi chrétienne éthiopienne ?	441
V. De la droite chrétienne américaine versus l'EOTC : la justice et la morale versus le pardon	443
CHAPITRE XII	
Les ARV et les sites d'eau bénite : de tensions en combinaisons ?	448
I. Les ARV et l'eau bénite : de la rencontre à la mise en présence	450
I.1 Les ARV, l'EOTC et le PEPFAR : l'intervention de l'Abuna Pawlos à Ent'ot'o Maryam	451
I.2 L'intervention de l'Abuna Pawlos : incorporer les ARV à la cure par l'eau bénite	453
I.2.a. Intégrer les ARV à l'infrastructure symbolique	454
I.2.b. Les ARV et l'ascèse extramondaine : de réajustement en adaptation	455

II. Des conséquences à Ent’ot’o Maryam multiples et antagonistes	457
II.1 Le <i>bahetawi</i> et les ARV : une opposition massive et concrète	457
II.2 Des dissensions internes au sein de l’association de PVVIH de Ent’ot’o Maryam : une remise en cause de l’autorité du <i>bahetawi</i> ?	459
II.3 Les ARV et le <i>tsäbäl</i> à Ent’ot’o Maryam : compatibles mais ...	461
III. Shenquru Mikaél : un site en pleine croissance	466
III.1 Shenquru Mikaél, un récit d’apparition original	466
III.2 Une renommée croissante en regard avec la perte d’aura de Ent’ot’o Maryam	467
III.3 Shenquru Mikaél et les ARV : une posture dissidente ?	468
III.4 Le Mahebärä Mikaél : une association aux activités similaires à celle du site de Ent’ot’o Maryam ?	471
IV. Des sites d’eau bénite et des compatibilités ARV/eau bénite	473
IV.1 Les positions des clercs face à la compatibilité ARV/eau bénite	474
IV.2 Des fidèles et des ARV : une vue d’ensemble	476
IV.2.a. L’abandon des traitements : une situation peu fréquente	476
IV.2.b. Des fidèles vivant avec le VIH qui combinent les traitements	476
IV.3 Des fidèles et des ARV : des déterminants multiples	480
IV.3.a La proximité de la mort déterminante	480
IV.3.b. Les <i>täbältägna</i> et les ARV : une information qui circule et une foi adaptée	482
IV.4 Vers un pluralisme religio-médical ?	483
V. Et pour conclure : la combinaison des traitements vers une rationalisation éthique de l’Eglise ou pragmatisme des fidèles ?	485
V.1 Un Abuna et un prêtre pour la sacralisation des ARV	486
V.2 Des fidèles pragmatiques et pieux ?	487
V.3 Vers une nouvelle « biosociabilité » ou liminalité religieuse ?	487
CHAPITRE XIII	
Christianisme et sida	489
I. La place du christianisme éthiopien dans la chrétienté : une Eglise définitivement Orthodoxe et une Orthodoxie en question	489
II. Le christianisme éthiopien : une religiosité laïque extra-mondaine en pointillé	491
III. L’implication des congrégations religieuses à la lutte contre le sida : pour la sacralisation de la « vie nue »	494
IV. Des thérapies biomédicale et spirituelle en questions et en parallèles	496
IV.1 D’observance en observances	496
IV.2 Des technologies de soi, le rapport au corps	500
IV.3 Liminalité extra-mondaine, liminalité intramondaine	502
CONCLUSION GENERALE	506

ANNEXES

1. Carte d’Ethiopie	513
1.1. Carte d’Ethiopie	514
1.2. Carte administrative avant 1974	515
1.3. Carte administrative sous le <i>därg</i> ,	516
1.4. Carte administrative actuelle	517
2. Organisation de la lutte contre le sida sous le <i>därg</i>	518
2.1. Le Ministère de la santé sous le <i>därg</i> et l’OMS contre le sida	515
2.2. Les premiers chiffres autour de l’infection (chiffres de 1989):	516
2.2.1. Distribution des personnes séropositives par métier	516
2.2.2. Distribution des personnes séropositives par âge et sexe	516
3. Des sites d’eau bénite	517
3.1. Schéma de la sacralité des sites d’eau bénite	517
3.2. Schéma de la sacralité des églises	518
3.3. Les fidèles entre l’église et les sites d’eau bénite	519
4. Récits d’apparitions des six sites d’eau bénite	520
5. Les sites d’eau bénite distribution géographique	524
5.1. Carte d’Ethiopie avec les sites d’eau bénite visités	523
5.2. Les sites ruraux/urbains	524
5.3. Les sites les plus important en taille	524
6. Des photos de sites	525
6.1. Ent’ot’o Maryam	525
6.2. Wänqeshét Gabréel	526
6.3. Zeq ^w ala	527
7. Des guides d’entretien	529
8Un guide d’entretien aux <i>tsäbältägnas</i>	528
7.1. Un guide d’entretien aux clercs	530
7.2. Un guide d’entretien aux commerçants	533
8. Des miracles, des tests de dépistages	536
8.1. Une première série de tests de dépistage utilisés à Ent’ot’o Maryam	536
8.2. Un autre test	537
8.3. Une dernière série	538
9. Photos d’un rally d’Archevêque à Däbrä Marqos	539
10. La venue de l’Abuna Pawlos à Ent’ot’o Maryam en photo	540
Bibliographie	542
Table des matières	591