

Institut d'ethnologie

Faculté des lettres et des sciences humaines

- Rue Saint-Nicolas 4
- CH-2000 Neuchâtel
- <http://www.unine.ch/ethno>

Laetitia KRUMMENACHER
Chemin Champ-d'Anier, 26
1209 Genève
079.573.93.36
krummen0@etu.unige.ch
laetitia.krummenacher@gmail.com

Laetitia KRUMMENACHER

« Le Seigneur m'a guéri » : Analyse de récits de guérisons divines en milieu
évangélique charismatique. Le cas de la Chambre de guérison de Genève
(AIMG)

Mémoire de licence en ethnologie

12 septembre 2007

directeur du mémoire : prof. Christian Ghasarian (Unine)

co-directeur du mémoire : prof. Ilario Rossi (Unil)

Remerciements :

Je tiens à remercier les membres de la Chambre de guérison de Genève, pour le temps qu'ils m'ont accordé et pour avoir répondu à toutes mes questions. Je remercie particulièrement les responsables de la Chambre, pour m'avoir accordé un entretien et mise en contact avec mes futurs interlocuteurs. Un grand merci à toutes les personnes qui m'ont accordé un entretien, acceptant de me consacrer du temps et de discuter d'événements parfois douloureux.

Merci à Ilario Rossi et à Christian Ghasarian, mes directeurs de mémoire, pour leurs conseils éclairés. Je remercie Michela Canevascini et François Kaech pour leur patience et leurs encouragements durant le séminaire des mémorants. Merci aussi à Christophe Monnot, pour ses conseils, ses suggestions de lectures et pour avoir facilité mon accès au terrain.

Merci à Elsa et à Myriam pour leurs relectures attentives et leur soutien.

Merci à Virginie pour les séances de travail sur nos mémoires respectifs, et pour les encouragements mutuels.

Introduction	5
I Le milieu évangélique charismatique et l'AIMG : repères et contexte	10
I.1 Description du milieu évangélique charismatique	10
I.1.1 Influences à l'origine de l'évangélisme en Suisse	10
I.1.2 Caractéristiques et contours de l'évangélisme	12
I.1.3 Les spécificités de l'évangélisme charismatique	13
I.2 Présentation de l'objet de recherche : L'Association internationale des ministères de guérison (AIMG) 15	15
I.2.1 Origines, vision et buts de l'AIMG	15
I.2.2 Qui sont les « thérapeutes » ?	18
I.2.3 Notions de corps, santé, maladie et guérison	20
I.2.4 Actions menées dans une Chambre de guérison	25
II La guérison divine dans une perspective sociale et individuelle	30
II.1 Inscription de la pratique de la guérison divine au sein des rapports entre santé et salut	30
II.1.1 Le religieux individualisé dans un contexte médical et religieux pluriel	30
II.1.2 Quête de sens et quête de soins	32
II.1.3 Détour comparatif du côté des religions de guérison	35
II.2 Interprétation de la guérison divine à partir de l'expérience et des discours	41
II.2.1 L' « histoire naturelle de la maladie » au sein des « secteurs de soins »	41
II.2.2 Où situer la Chambre de guérison au sein de secteurs de soins de santé ?	42
II.2.3 La maladie comme expérience interprétative	44
III Travail de terrain en lien avec la Chambre de guérison de Genève	47
III.1 Déroutement du terrain	47
III.1.1 Choix de l'objet d'enquête et prise de contact avec la Chambre de guérison de Genève	47
III.1.2 Dispositif, interactions et enjeux de l'enquête de terrain	48
III.1.3 Au sujet de l'accès aux informateurs	51
III.1.4 Observations à la Chambre de guérison de Genève	52
III.2 Analyse des données ethnographiques	55
III.2.1 Méthodologie de recueil des données et d'analyse	55
III.2.2 Présentation des interlocuteurs	56
III.2.3 La phase de prédisposition	60
III.2.4 La phase d'empowerment	64
III.2.5 La phase de transformation	68
III.2.6 L'étiologie des maladies	71
III.2.7 Les rapports entre guérison divine et biomédecine	77
III.2.8 Les rapports entre guérison divine et médecines complémentaires	79
III.2.9 La construction du récit d'un miracle	81
CONCLUSION	87

BIBLIOGRAPHIE.....91

ANNEXES96



Faire face à la maladie et à la mort constitue un point commun à l'humanité entière et ce quel que soit le milieu culturel et social dans lequel s'inscrit l'individu. Une pluralité de thérapeutes, de pratiques, de discours et de comportements sont requis par les humains pour donner sens aux malheurs et apporter une réponse à la question « Pourquoi? ». Le pluralisme médical est un constat de faits qu'il n'est plus possible de remettre en cause et l'anthropologie tente de le comprendre en interrogeant plus particulièrement les discours et les pratiques des patients (Rossi, 1995:27). En effet, comme le souligne Jean Benoist (1997:339), ce sont les patients qui nomadisent d'un thérapeute à un autre, tissant ainsi des liens entre des thérapies diverses dont les pratiques répondent parfois à des logiques contradictoires¹. En Suisse romande, les soins prodigués dans les hôpitaux et dans les cabinets par des médecins généralistes ou spécialistes sont *un* des recours possibles pour les patients, puisque les médecines complémentaires ont toujours existé en Occident et suscitent un engouement particulier depuis quelques décennies (Rossi, 1996:17).

Dans les voies possibles menant à la guérison en Suisse romande, certains malades font appel aux Eglises évangéliques, en particulier charismatiques (ou pentecôtistes). En effet, la prise en charge de la santé au sein de communautés chrétiennes s'est développée et ne se retrouve pas uniquement dans les pays en voie de développement, comme le laissent à penser les images véhiculées par le sens commun. Les Eglises évangéliques sont « clairement en croissance par rapport à l'Eglise réformée », elles comptaient en Suisse en l'an 2000 « 2,2% de membres, soit 161'000 personnes sur 7'288'000 habitants » (Stolz et Favre, 2005:36). Certaines Eglises évangéliques, à tendance plus charismatique, mettent en avant la possibilité d'être guéri grâce à l'intervention divine. L'attrait que suscite les guérisons divines² nous interroge sur les carences du système sanitaire, qui amènent les individus à recourir à plusieurs thérapies en parallèle ou successivement, ainsi que sur les rapports entre le salut et la santé (Laplantine, 1999:113; Pédrón, 1995:78-79; Rossi, 1995). Les rapports entre religion et santé seront ici abordés sous l'angle des trajectoires de vie de personnes souffrantes et de

¹ Le recours aux faiseurs de secret dans les hôpitaux romands, afin de soulager les patients souffrant de brûlures, est un exemple de la cohabitation de pratiques répondant à des logiques contradictoires. La biomédecine relève de pratiques scientifiques et empiriques, alors que la pratique du secret s'appuie sur la croyance et la foi en le divin, ainsi que sur l'intention et l'intuition.

² L'expression « guérison divine » est un terme émiq que j'emploierai dans ce travail. Ce terme n'est évidemment pas équivalent à la définition qu'en donne la biomédecine. Un des enjeux de ce mémoire sera de comprendre ce que recouvre ce terme dans sa conception évangélique (c'est-à-dire d'un point de vue émiq).

la nécessité d'adopter des stratégies de gestion du malheur. « Nécessité qui s'impose d'autant plus si l'on considère, a contrario, qu'un être humain immortel et imperméable à la douleur ne serait sans doute ni médicalisé ni croyant » (Rossi, 2002:195). Pour faire face au malheur, Ilario Rossi parle de « besoin de sacré » des individus afin de « donner sens aux limites de l'existence » (2002:194-195). Ce besoin ne semble guère pris en compte par la biomédecine, puisqu'en se proclamant laïque « elle s'écarte radicalement des réponses qu'espèrent nombre de ceux qui expriment une souffrance » (Rossi, 2002:198).

Biomédecine et médecines complémentaires partagent un objectif commun qui est de soigner les êtres humains. Toutefois, ces pratiques œuvrent selon des logiques fortement diversifiées, qui sont toutes le fruit d'une histoire et d'un contexte socioculturel uniques. Tous les systèmes médicaux sont envisagés par l'anthropologie sur un pied d'égalité, en tant que pratiques sociales particulières et « formes caractéristiques d'appropriation de l'être humain » (Rossi, 1995:25). « La culture médicale – d'une société, d'un groupe, d'une congrégation professionnelle, d'un savoir ou d'un individu - se définit par rapport à toute pratique porteuse de sens dans le soulagement de la souffrance humaine et dans l'obtention de la guérison ». Afin de comprendre le contexte du pluralisme médical, il s'agit de ne plus envisager les médecines complémentaires du seul point de vue de la biomédecine, car trop réducteur, mais de prêter attention aux choix des acteurs ainsi qu'aux dynamiques de cohabitation entre les médecines (Rossi, 1996:20-21). En effet, la biomédecine a une conception particulière de la maladie, qui est une représentation possible parmi d'autres. Elle ne reflète que pour un moment donné, dans une société donnée, « les rapports entre normal et pathologique » (Pierret, 1984:218). Elle ne peut être l'aune à partir de laquelle mesurer l'efficacité des ethnomédecines ou des médecines complémentaires, puisque toutes trois opèrent selon des logiques différentes.

La médecine, telle qu'elle s'est développée dans la société occidentale, plonge ses racines dans les Lumières et dans la constitution d'un savoir anatomique grâce à la pratique de la dissection. La dichotomie entre soma et psyché, qui marque encore actuellement la discipline, trouve son origine dans une conception particulière du corps héritée de cette époque. La médecine occidentale « se situe de façon très volontaire et systématique, au sein de la démarche des sciences de la nature et de la vie. C'est pourquoi d'ailleurs les anthropologues, afin de la situer sans confusion au sein de

son cadre de référence, la dénomment couramment « biomédecine » » (Benoist, 2002:478). Cette dernière considère que l'origine des troubles est à chercher dans des processus biologiques universels. Les mêmes symptômes renvoient toujours selon elle aux mêmes maladies et elle établit des diagnostics à partir de signes et de symptômes strictement physiques. Ces faits ne sont pas communs à la pluralité des médecines étudiées entre autres par l'anthropologie. La maladie est donc, selon l'approche biomédicale, uniquement localisée dans le corps d'un individu, ce qui implique que les représentations, les expériences et le vécu du malade n'ont pas besoin d'être pris en considération. La biomédecine propose une définition de la maladie qui est indépendante du contexte dans lequel la maladie est vécue (Massé, 1995:185).

En revanche, l'anthropologie de la santé étudie la biomédecine et les médecines complémentaires comme des pratiques enchâssées dans le social. Le recours à la guérison divine fait partie du pluralisme médical romand, puisque présente dans les itinéraires thérapeutiques de certains malades et qualifiée de « médecine complémentaire » (Favre, 2006:97). Les approches thérapeutiques complémentaires sont formées des médecines parallèles, populaires et traditionnelles. Les premières sont issues de la civilisation occidentale, en réaction à la biomédecine, comme par exemple l'homéopathie, la naturopathie ou l'ostéopathie. Les deuxièmes « ne reposent sur aucune élaboration théorique » et « s'appuient essentiellement sur la croyance et la foi en le « divin » ». Cette catégorie regroupe entre autres les faiseurs de secret et les magnétiseurs. Quant aux médecines traditionnelles, issues de traditions extra-européennes, elles ont des objectifs plus larges que la seule guérison et ont donc une « portée philosophique, religieuse et sociale », comme par exemple les médecines chinoise et ayurvédique (typologie tirée de Rossi, 1995:26). Néanmoins il reste à discuter de la place des guérisons divines au sein de la typologie des médecines complémentaires car, bien que partageant des traits communs avec ces trois catégories, il semble difficile de les faire coïncider avec l'une de ces trois cases. Cette discussion prendra place dans un premier temps de ma recherche qui se concentrera sur le contexte historique d'émergence de cette pratique et sur l'offre de soin en milieu évangélique charismatique. En me basant sur différentes sources, écrites et orales, je tenterai ensuite de comprendre qui pratique les guérisons, dans quels cadres et me pencherai plus particulièrement sur les représentations de la maladie, du malheur, de la guérison et de la santé qui sous-tendent cette pratique.

Dans un deuxième temps, j'aborderai la demande concernant les guérisons divines. Après avoir défini qui a recours à cette pratique, je m'attacherai à croiser une approche d'anthropologie du fait religieux avec une approche d'anthropologie de la santé. La maladie est le point central de cette recherche. Il s'agit ici de maladies graves pour lesquelles la biomédecine a déclaré son impuissance à guérir. La maladie est envisagée comme un événement biographique clef au sein des parcours individuels et comme un élément de rupture. En effet, une fois le diagnostic posé, le malade doit envisager son futur avec sa maladie, reconstruire son monde vécu et donner sens à cet événement (Good, 1998:273). Une fois de plus, des chercheurs en sciences humaines ont noté que les institutions biomédicales sont faiblement en mesure d'aider les patients à répondre à la question « Pourquoi? » ou, comme le dit Ménoret, à « recoller les morceaux d'une identité brisée après l'épreuve thérapeutique » (1999:156; propos similaires dans Good, 1998:267). La science explique le comment mais ne dit rien du pourquoi de la maladie et est encore plus silencieuse au sujet du sens de la vie (Gonzalez, 2002a:43-44). Ceci éclaire le fait qu'en Suisse deux tiers des patients atteints de maladies graves ont recours à la « quête simultanée de plusieurs méthodes de prises en charge » (Rossi, 2002:197). Il s'agit dès lors de comprendre comment il est possible de donner sens à la maladie alors que l'institution biomédicale en est incapable et que l'arsenal thérapeutique qu'elle déploie ne garantit pas toujours une guérison. Je souhaite comprendre comment les guérisons divines constituent une ressource, tant au niveau du sens que de la gestion de la maladie, pour les personnes atteintes d'une maladie grave et qui y ont recours. Je m'intéresserai en particulier aux représentations et aux récits autobiographiques des histoires de maladie, puisque « la conduite thérapeutique est fonction de la logique interprétative » à laquelle adhère un individu souffrant (Rossi, 2002:198).

Ce travail est séparé en trois parties: La première concerne la description du milieu évangélique et fait le point sur les théories auxquelles il sera fait recours dans ce travail afin de cerner l'évangélisme, les guérisons divines et les problématiques liées à la compréhension du fait religieux ainsi que de l'histoire de la maladie. Nous nous intéresserons à comprendre la maladie d'un point de vue anthropologique, afin de saisir ses multiples dimensions ainsi que le déroulement de la maladie en tant que processus. Les deux premiers chapitres traitent du contexte diachronique d'émergence de l'évangélisme et décrivent brièvement sa forme contemporaine. La seconde partie définit plus précisément l'approche anthropologique théorique qui est employée dans ce travail. Le

troisième et le quatrième chapitre présentent la problématique adoptée dans cette recherche, en mettant l'accent sur les rapports entre santé et salut dans notre société. La troisième partie s'attache à décrire le terrain ainsi que la méthodologie employée pour l'analyse et le recueil des données, tout en tâchant de souligner les limites de l'approche. La dernière partie est consacrée à l'analyse des données, afin de comprendre l'offre et la demande autour des guérisons divines. En conclusion, je reviendrai sur les implications des résultats, leur validité ainsi que sur les limites de cette recherche.

L'évangélisme revêt des formes diverses et variées (Willaime, 2001:74), néanmoins les chercheurs ont « identifié certaines caractéristiques récurrentes » (Favre, 2006:129). Revenons sur ces caractéristiques afin d'en mesurer la pertinence au sein d'une étude employant des méthodes et concepts anthropologiques. Avant de commencer, soulignons que le qualificatif « évangélique » s'emploie pour désigner « des protestants se voulant particulièrement pieux, orthodoxes et prosélytes, l'un ou l'autre de ces différents éléments étant plus ou moins accentué selon les sensibilités » (Willaime, 2005:29). Les évangéliques ou l'évangélisme (pratiqué par les évangéliques) ne doivent pas être confondus avec les évangélistes, ces derniers étant les rédacteurs des quatre Evangiles (Matthieu, Marc, Luc et Jean) (Stolz et Favre, 2005:36).

I.1 Description du milieu évangélique charismatique

I.1.1 Influences à l'origine de l'évangélisme en Suisse

D'un point de vue historique, l'évangélisme en Suisse compte plusieurs origines dans lesquelles il plonge ses racines. Il y a tout d'abord les mouvements anabaptistes et piétistes³ qui se sont développés sur le territoire helvétique respectivement aux XVI^e et XVIII^e siècles (Favre, 2002 :130-131 ; Streiff, 2002 :22). Une troisième origine de l'évangélisme, plus proche de nous et significative pour notre étude, est constituée par la période dite de *Réveil*⁴ au début du XIX^e siècle. À Genève, diverses institutions sont directement issues du Réveil. La première Eglise indépendante du canton est l'Eglise du Bourg de Four (1817), devenue la Pélisserie suite à un déménagement. Quelques années plus tard, après le second Réveil de 1830, la Société évangélique⁵ fonde l'Ecole de

³ « Le mouvement anabaptiste est né à Zurich parmi les chrétiens qui, gagnés à la Réforme introduite par Zwingli, estimèrent que celle-ci n'allait pas assez loin. (...) On les appela anabaptistes (c'est-à-dire « rebaptiseurs ») parce que, estimant que le baptême des enfants est la « plus haute et principale abomination du pape », ils rebaptisèrent les adultes reconnus dignes de faire partie de la communauté chrétienne » (Willaime, 2005:20-21). Le piétisme est un « grand mouvement de réveil né à la fin du XVII^e siècle dans l'Allemagne luthérienne, le piétisme a mis l'accent sur la conversion, la « nouvelle naissance », la piété biblique, et l'importance des petits groupes d'édification et de prière » (Fath, 2002 :339).

⁴ En italique dans l'article d'Olivier Favre (2002:131). Il s'agit d'un mouvement de remobilisation militante des Eglises et des individus, qui se traduit par des conversions et la création de nouvelles assemblées, organisations, institutions. Le Réveil de Genève est un des plus connus. En tant que christianisme de conversion, le protestantisme évangélique se réclame particulièrement du revivalisme (Fath, 2002:340).

⁵ Société fondée en 1831, dont le but est de travailler à l'avancement du règne de Dieu par divers moyens. Elle se défend d'être une Eglise néanmoins elle organise des cultes, des rencontres et ouvre plusieurs écoles (Lüthi, 2002:12).

théologie⁶ et fait construire le Temple de l'Oratoire inauguré en 1834⁷. Ce dernier prend le nom d'Eglise évangélique libre de Genève en 1883 (Lüthi, 2002:9-11, 13-14).

Une quatrième influence de l'évangélisme en Suisse est à chercher du côté du mouvement de sanctification qui, parti des Etats-Unis, atteint l'Europe dans le milieu des années 1870. Les Etats-Unis stimulent alors l'évangélisme européen « autant à travers des histoires de succès dans l'évangélisation que de quelques évangélistes⁸ qui venaient personnellement sur le vieux continent » (Streiff, 2002:24)⁹. Le mouvement ne se préoccupe pas seulement de la conversion mais aussi de la sanctification et « insiste sur le fait qu'une œuvre distincte de la grâce n'intervient pas seulement au début de la vie chrétienne¹⁰, mais également au courant de la vie chrétienne » (Streiff, 2002:24). La sanctification est alors appelée « une deuxième bénédiction » et revêt dans ce mouvement la même importance que l'évangélisation des croyants (Streiff, 2002:25). Le mouvement de sanctification « met l'accent sur une meilleure méthode, plus rapide » pour obtenir la « deuxième bénédiction » qui peut s'exprimer à travers une guérison. A ce propos, Streiff note que « des guérisons interviennent et des maisons de retraites spirituelles se créent où des gens vivent de telles guérisons » (Streiff, 2002:25). La guérison divine est perçue comme un don instantané, obtenu par les hommes qui se consacrent entièrement à Dieu. L'accent est mis sur la possibilité d'obtenir immédiatement, ici-bas, les promesses contenues dans la Bible. Ce mouvement influence les Eglises évangéliques européennes, notamment celles qui sont proches du Réveil comme c'est le cas à Genève. Le mouvement de sanctification met l'accent sur des méthodes d'évangélisation innovantes qui se répandent en Europe, parmi lesquelles des semaines entières d'évangélisation ou des réunions dans lesquelles les laïcs aident à la cure d'âme. Streiff souligne que « cette méthode sera connue est utilisée par la suite tout au long du XX^e siècle » (2002:25). La guérison est donc présente dans certains courants évangéliques depuis les origines de cette dénomination et n'est pas un phénomène singulier à l'évangélisme charismatique en Suisse, tout comme le phénomène des réunions de laïcs qui prient pour la guérison¹¹.

⁶ L'école compte parmi ses professeurs Merle d'Aubigné, Adolphe Monod et Alexandre Vinet (Lüthi, 2002:12).

⁷ Le célèbre Henri Dunant, qui est à l'origine du Comité pour les blessés ainsi que de la fondation de la Croix-Rouge était membre de la Société évangélique (Lüthi, 2002:18-19).

⁸ Comprendre ici « quelques évangéliques », et non « évangélistes ».

⁹ « [...] la dimension transcontinentale ne s'oriente actuellement plus uniquement vers une influence anglo-saxonne, bien qu'elle reste prioritaire, mais vers une dimension globale » (Streiff, 2002:30). La « dimension globale » dont parle Streiff souligne que le contexte des migrations internationales et généralisées tend à favoriser ces multiples influences.

¹⁰ C'est la conversion qui intervient au début de la vie chrétienne, et la (ou les) sanctification(s) intervient (interviennent) ensuite d'après les tenants du mouvement de sanctification.

¹¹ Depuis les années 1980, certains auteurs parlent d'une « troisième vague » ou de « néo-pentecôtisme », afin de mettre

I.1.2 Caractéristiques et contours de l'évangélisme

Les caractéristiques que nous allons définir vont nous permettre de situer le phénomène étudié et de le typologiser. Il s'agit de catégories qui servent à penser un objet et qui m'ont éclairée au début de ma recherche afin de comprendre les particularités du milieu évangélique. Selon Favre, l'évangélisme se partage en Suisse entre trois tendances: modérée, pentecôtiste et fondamentaliste. Ces trois tendances sont issues de différentes périodes d'implantation et représentent des logiques spécifiques de rapport au monde. En ce qui concerne l'AIMG et les Chambres de guérison, elles appartiennent à la deuxième tendance. La première tendance est la plus ancienne, la deuxième date du XX^e siècle et concerne toutes les Eglises charismatiques¹² actuelles (2006:13). Le troisième courant est le plus proche des Ecrits bibliques et refuse toute collaboration avec les Eglises multitudinistes liées à l'Etat (au contraire des deux autres, en particulier le courant modéré qui est le plus proche des Réformés). Voici les quatre critères communs de l'évangélisme d'après Favre et Stolz (2005:36):

1. « Premièrement, tous les évangéliques ont une lecture très littérale de la Bible, au pied de la lettre,
2. Deuxièmement, tous estiment que la conversion personnelle est un moment cruciale dans la vie d'un chrétien, le moment où il décide de consacrer sa vie à Jésus-Christ. C'est l'idée d'une renaissance, du « born again »,
3. Troisièmement, un évangélique entend répandre sa foi et la bonne nouvelle autour de lui.
4. Enfin tous se définissent comme chrétiens par-delà leur Eglise. Il existe ainsi un sentiment d'appartenance commun entre les membres des différentes Eglises évangéliques, un « milieu évangélique » ».

Les Ecritures font autorité et sont infaillibles pour les évangéliques, dont la conversion a lieu à l'âge adulte. Cette dernière est définie par Favre comme « une expérience personnelle d'appropriation du salut ». Une des tâches de ce travail consistera à comprendre comment fonctionne la référence exclusive à la Bible¹³ et ce que signifie la conversion dans les trajectoires individuelles. Favre souligne qu'« être évangélique c'est faire sienne la Bonne Nouvelle que Dieu a envoyé un Sauveur parmi nous » (2006 :35). Cette figure d'un Jésus-Christ qui sauve les humains par sa mort sur la croix est

en avant « les signes puissants et les guérisons comme témoignages de l'œuvre de l'Esprit » (Streiff, 2002:26). Dans ce travail, je n'emploierai pas le terme de « néo-pentecôtisme » pour qualifier le phénomène étudié, tout en gardant à l'esprit que ce phénomène a évolué depuis le milieu du XX^e siècle et que ce terme ne recouvre désormais plus la même réalité, ni la même logique de rapport au monde.

¹² Dans le contexte helvétique, Olivier Favre préfère parler de tendance charismatique plutôt que pentecôtiste, car celle-ci évoque plus l'évangélisme tel qu'il est pratiqué dans les Assemblées de Dieu nord-américaines, dans les formes africaines ou sud-américaines (2006:106).

¹³ Au contraire des religions de guérison, qui intègrent dans leur système de référence les écrits des religiothérapeutes fondateurs, tels Ron Hubbard (Scientologie) ou Mary Baker Eddy (Science chrétienne).

centrale dans la perception évangélique de la réalité. Enfin, l'existence d'un « milieu évangélique » souligne le fait que les organisations religieuses qui « prétendent à l'exclusivité ecclésiologique » ne sont pas comprises dans celui-ci. Olivier Favre précise que même les Eglises les plus fondamentalistes qu'il a étudiées admettent l'existence d'autres Eglises. Ainsi deux traits (le caractère interdénominationnel et le fait de ne pas assimiler d'autres textes sacrés) sont déterminants pour Favre et cela permet de ne pas assimiler les Eglises qu'il a étudiées à des phénomènes sectaires¹⁴ (Favre, 2006:41-42).

Afin d'éclairer le quatrième point, notons qu'une partie des individus se considérant comme évangéliques font partie uniquement d'Eglises historiques (parfois catholiques), que certains ont une double appartenance et que d'autres enfin ne sont membres que d'une Eglise de type libre (Streiff, 2002:27). Ce constat est valable pour la Suisse alémanique, comme le montre une étude menée par Jörg Stolz auprès des lecteurs d'un journal évangélique. Parmi ces derniers, 66% se disant convertis affirment maintenir une double appartenance (à la fois à une Eglise évangélique et à une Eglise réformée cantonale) (Stolz cité par Favre, 2006:20-21). Ainsi les contours du milieu évangélique ne recouvrent pas simplement ceux des Eglises de type évangélique. « Les Eglises de type évangélique sont interconnectées dans un réseau, formé par des liens personnels plutôt que structurels » (Streiff, 2002:30). Retenons que les termes « réseau » et « milieu » sont ceux retenus par les spécialistes afin de qualifier l'évangélisme et que cela implique un lien d'appartenance particulier. Nous venons de voir quelles sont les caractéristiques peu ethnologiques définissant l'évangélisme. Mon travail de terrain s'est déroulé plus précisément en milieu évangélique charismatique. Avant de continuer, il me semble nécessaire de définir ce dernier afin de cerner ce qui le différencie de l'évangélisme en général.

I.1.3 Les spécificités de l'évangélisme charismatique

Une femme s'étant mise à parler en langues après qu'un prédicateur évangélique lui ait imposé les mains, ceux qui allaient devenir les pentecôtistes y ont vu le signe du baptême du Saint-

¹⁴ Les groupes se démarquant des Eglises établies tendent à se voir attribuer l'étiquette de secte, or ce terme est démenti du côté des Eglises nouvelles (Rivière, 1993:154) et notamment par les Eglises évangéliques charismatiques. Actuellement, le terme secte stigmatise plus qu'il ne qualifie réellement un phénomène, pour cette raison je ne l'emploierai pas dans ce travail. A ce sujet, notons que le Centre d'information et d'avis sur les organisations sectaires nuisibles de Bruxelles (C.I.A.O.S.N.), dans son rapport de 2003-2004, met en avant le danger de certains mouvements pentecôtistes qui « recommandent la prière de guérison plutôt que le recours à la médecine ». En Suisse, il n'y a pas, sur le site internet de Relinfo ou d'Infosekta, de témoignages concernant l'AIMG, même si des articles sur le pentecôtisme y sont accessibles (dossier du CIC n° 2902 sur l'AIMG, p.9). De plus, dans les données que j'ai recueillies, le recours à la biomédecine est conseillé et les Chambres de guérison ne prétendent pas se substituer aux traitements médicaux.

Esprit. Ce nom vient de la Bible et de ce qui y est dit à propos du jour de Pentecôte, au chapitre 2, verset 2 du livre des Actes des Apôtres: « Ils furent tous remplis du Saint-Esprit et se mirent à parler en langues, selon ce que l'Esprit leur donnait d'exprimer » (Willaime, 2005:26). Le « parler en langues », qui est aussi parfois désigné glossolalie, est « l'aptitude, dans le cadre d'un culte, à parler ou chanter (en prière) dans des langues inconnues. Cette pratique religieuse (...) constitue le signe de ralliement des pentecôtistes et de beaucoup de charismatiques, qui l'interprètent comme un signe du « baptême de l'Esprit » » (Fath, 2002 :334). Le pentecôtisme concerne des personnes qui désirent avancer dans la sanctification¹⁵, en mettant l'accent sur l'expérience de l'Esprit. Dans le pentecôtisme, un fort accent est mis sur l'expérience individuelle du divin, sur la prise en charge des émotions et sur la prise en charge holistique de l'humain (notamment par la guérison) (Favre, 2006:30). Selon Willaime, la théologie pentecôtiste évoque la figure d'un Jésus qui sauve, qui guérit et qui revient (2005:27). Afin de qualifier une organisation religieuse de pentecôtiste, il faut qu'elle rassemble, selon Favre, les trois caractéristiques suivantes:

1. l'expérience émotionnelle de la présence divine et de son efficacité à travers la glossolalie, la guérison et la prophétie;
2. la référence privilégiée à la Bible;
3. le caractère professant du groupement religieux qui n'admet que des convertis comme membres et attend de chacun qu'il soit un « évangéliste » (Favre, 2006:54).

Le premier point est celui qui marque une distinction entre l'évangélisme charismatique et les deux autres tendances. L'expérience des dons spirituels (la glossolalie, les miracles, la prophétie et la guérison) doit être vécue afin que le fidèle soit pleinement sanctifié et puisse rendre témoignage (Willaime, 2005:27). Favre souligne que tout le monde est « appelé et exhorté à découvrir la plénitude de l'esprit » et qu'il n'y a pas d'intermédiaire obligé (2006:30)¹⁶. Le pentecôtisme donne le privilège à l'oralité, aux chants, ainsi qu'aux témoignages et aux récits de conversion (Willaime, 2005:27).

Enfin, je souhaite noter que les caractéristiques décrites dans le point I.1 sont des outils sociologiques voire théologiques, définissant l'objet « évangélisme charismatique » du point de vue de la sociologie du fait religieux. Ces outils sont fort utiles afin de définir l'objet d'étude, de permettre des comparaisons et de s'entendre entre chercheurs. Ils m'ont permise de mieux cibler ma recherche et ses particularités, pour ces raisons j'ai jugé pertinent d'y faire référence au début de

¹⁵ Ceci nous rappelle l'influence du mouvement de sanctification issu des Etats-Unis sur l'évangélisme européen.

¹⁶ Favre nomme aussi cela la « démocratisation de l'expérimentation du divin » (2005:30).

ce travail. Mon approche, comme mentionné dans l'introduction, est de considérer les guérisons divines comme un secteur particulier au sein des médecines complémentaires telles que typologisées par Rossi. Ainsi, mes outils méthodologiques et analytiques sont issus de l'anthropologie de la santé et en particulier de l'approche interprétative. Dans cette perspective, je me pencherai sur la construction du sens par les acteurs eux-mêmes de leur événement maladie. Afin de contextualiser cette construction du sens, je souhaite analyser les textes présents sur le site de l'AIMG qui nous permettront de mieux cerner la logique du rapport au monde de cette association, en particulier ce qui concerne le corps, la maladie et la guérison. Définir cette matrice de sens qui guide les individus dans leur interprétation de la maladie nous permettra dans un deuxième temps de saisir la marge de manœuvre des individus au sein de la représentation de la santé propre à l'AIMG. J'ai en effet, lors de mon terrain, repéré à des degrés divers une tension entre d'un côté les normes écrites et véhiculées par les pasteurs, les prédicateurs, etc. et de l'autre le discours et le vécu des chrétiens évangéliques atteints de divers maux.

I.2 Présentation de l'objet de recherche : L'Association internationale des ministères de guérison (AIMG)

Afin de décrire l'Association internationale des ministères de guérison, je me réfère au dossier fourni par le CIC (réf. 2902/BK)¹⁷, au site internet de l'AIMG, à la revue intitulée *Guérison pour les nations* (diffusée depuis février 2004¹⁸) et à l'entretien que j'ai eu avec les deux dirigeantes de la Chambre de guérison de Genève. Je renomme ces dernières Valérie et Catherine afin de conserver une certaine confidentialité¹⁹ (j'ai employé une police différente pour les extraits de textes et pour les extraits d'entretiens afin qu'il n'y ait aucune confusion).

I.2.1 Origines, vision et buts de l'AIMG

Sur le site de l'AIMG se trouvent des textes qui nous serviront à comprendre les buts poursuivis par cette association, la représentation qu'elle donne de sa mission ainsi que de la mission des Chambres de guérison. De plus, dans ces textes, nous trouvons des informations sur la

¹⁷ Centre intercantonal d'information sur les croyances et sur les activités des groupements à caractère spirituel, religieux ou ésotérique. Je me suis rendue dans ce centre lors de ma recherche afin de recueillir des informations. Pour plus de détails, voir la description du déroulement de ma recherche dans la partie III.

¹⁸ J'ai consulté les numéros 1 à 9.

¹⁹ Je renomme certaines personnes uniquement avec un prénom ou alors avec un nom de famille, en fonction de la manière dont je me suis adressée à ces individus. Si je les tutoyais, il apparaît leur prénom dans le texte, si je les ai vouvoyées il apparaît un nom complet dans le texte.

conception du corps, de la maladie et de la guérison (divine) propre à cette association et que les individus qui ont (eu) recours à la Chambre se réapproprient afin de donner sens à leur événement maladie²⁰. Je me base sur des textes produits par l'AIMG plutôt que sur des extraits de la Bible afin d'éclairer les représentations liées à la pratique de la guérison divine. En effet, ces textes nous montrent comment les extraits de la Bible sont choisis et interprétés. J'emploie le terme « choisir » car, même si le choix est implicite, tous les passages ne sont pas convoqués afin d'expliquer et de comprendre ce qu'est la guérison divine. Bien que les évangéliques aient « une lecture littérale de la Bible », ils n'en donnent pas moins *une* interprétation possible parmi d'autres. De plus, l'interprétation et l'utilisation des passages bibliques nous donnent des indications sur les logiques qui sous-tendent la perception du monde parmi les tenants de l'AIMG. Les textes s'intitulent : « Origine des Chambres de guérison » (a), « Confession de foi » (b), « La vision de l'association AIMG » (c) et « Comment porter la guérison ? » (d), « Où trouver les Chambres de guérison » (e) et « Vous souhaitez ouvrir une Chambre de guérison » (f). Je les ai consultés le 19 février (a-d) et le 14 mars (e, f) 2007 et ils portent tous cette mention : © 2007 Tous droits réservés IAHM – <http://www.laguerison.org/> - Article téléchargé le [date]]. Afin d'alléger la suite du texte, j'ai numéroté les documents et mentionnerai le numéro correspondant à la provenance de l'extrait cité (les extraits seront en *italique*).

L'association AIMG est inscrite au registre du commerce du canton de Vaud depuis octobre 2002 et son siège est à Oron-la-ville. Son président est le prédicateur suisse Jean-Luc Trachsel (qui est le président de l'AIMG pour l'Europe et les pays francophones), et l'association est composée d'un comité de douze membres. Dans le dossier du CIC²¹ figurent les buts poursuivis par l'AIMG, qui apparaissent également dans l'extrait du registre du commerce: « *Apporter le message de l'Évangile; maintenir un standard élevé d'éthique biblique dans le ministère de la délivrance, la guérison et la santé; apporter l'enseignement et l'exemple des pères dans la foi; susciter l'intérêt de nouvelles personnes, les équiper et les envoyer dans un ministère qui porte du fruit; développer le ministère de guérison dans l'église locale; ouvrir des instituts de guérison; promouvoir l'organisation de conférences au sujet de la guérison; fournir des références aux églises locales grâce aux ministères de guérison crédibles; publier un magazine* » (dossier du CIC n° 2902 sur l'AIMG, p.2). Sur son site,

²⁰ Les représentations véhiculées par l'AIMG sont une source du savoir des individus parmi d'autres (Massé, 1997 :249-251)

²¹ Pour une définition du CIC ainsi que pour comprendre comment j'ai eu recours à ce centre lors de mon travail de terrain, voir point III.1.

l'AIMG se décrit comme faisant « *partie de réseaux apostoliques qui sont indépendants d'une dénomination particulière. Elle a pour vocation de rassembler ceux qui sont engagés activement dans le ministère de l'évangile de Jésus-Christ et qui sont oints dans le ministère de guérison* » (c). En 2005, comme le souligne le CIC, l'AIMG ne faisait partie d'aucune fédération d'Eglises en Suisse (ni la FEPS²², ni l'Alliance évangélique) (dossier du CIC n°2902 sur l'AIMG, p.2). Cette association revendique son statut « indépendant d'une dénomination particulière » qui lui permet de toucher le plus d'individus possible et de rassembler des chrétiens provenant de divers horizons.

Un texte revient plus précisément sur l'origine de l'AIMG (a). Cal et Michelle Pierce sont les fondateurs de l'IAHR²³ (qui date de 1999) et ils vivent actuellement aux Etats-Unis. Le fondateur, Cal Pierce, se convertit en 1996 suite à la mort de son fils qui avait, lui, une foi vibrante. Ensuite, Pierce explique que Jésus lui demande de rouvrir les Chambres de guérison qui avaient été fondées au début du XX^e siècle par John G. Lake à Spokane aux Etats-Unis. L'AIMG (qui date de 2002 d'après le registre du commerce) est la filiale européenne de l'association américaine fondée en 1999. Un peu plus tard, une prophétie annonça à Pierce que ce mouvement aurait rapidement une dimension mondiale²⁴. Ainsi, dès le début l'association agit selon une logique d'expansion mondiale qui va de paire avec la logique d'évangélisation propre à la dénomination dont fait partie l'association. Tout au long de l'entreprise, Pierce dut lutter contre des « forces démoniaques » qui voulaient l'empêcher de mener à bien sa mission. Le diable, d'un point de vue évangélique charismatique, attaque souvent lorsque les chrétiens se rassemblent afin de mettre en œuvre la Parole, car il souhaite détruire la puissance de Dieu. Toutefois, les évangéliques charismatiques savent que Dieu a déjà vaincu le diable, par sa mort sur la croix et son sang versé²⁵. Le diable étant vaincu, les maladies et les souffrances le sont du même coup²⁶. L'AIMG a été créée fin 2002 (Stolz, 2007:70), bien que la tradition de la guérison en milieu évangélique soit bien antérieure (voir point I.1). Malgré le fait que le phénomène des guérisons divines ne soit pas nouveau, l'AIMG interprète la naissance de son association comme un renouveau, un réveil, une diffusion des miracles qui correspond à la venue d'une nouvelle ère marquant le retour de Dieu sur terre.

²² Fédération des Eglises protestantes de Suisse (FEPS).

²³ *International association of Healing Rooms* (IAHR), dont le nom "AIMG" est la version en français. Les initiales AIMG signifient : Association internationale des ministères de guérison.

²⁴ La dimension internationale se retrouve dans le texte concernant « la vision de l'association » (c) qui, dans les buts, mentionne vouloir « *favoriser un sens des responsabilités, y compris au sein de l'église locale (...) (et) des réseaux internationaux* », « *apporter le message de l'Evangile accompagné de signes, jusqu'aux extrémités de la terre (...)* », etc.

²⁵ Ce point est très important et figure comme emblème de l'AIMG. En effet, le logo de cette association est une représentation de la couronne portée par Jésus sur la croix de laquelle tombent des gouttes de sang.

²⁶ Singleton fait cette observation durant une étude d'une communauté évangélique (2001a :178-180).

1.2.2 Qui sont les « thérapeutes » ?

A la question « *Qu'est-ce qu'une Chambre de guérison* », le premier texte (a) répond qu'il s'agit d'« *un lieu où des personnes formées prient pour les malades. Notre désir est d'apporter le salut et la guérison en Jésus-Christ. Nous nous engageons à suivre les personnes qui le désirent et à prier pour elles en vue de leur guérison* ». D'emblée, le texte met l'accent sur la légitimité des Chambres et leur sérieux en précisant que les personnes sont formées. Les formations sont données à l'Institut de guérison situé au siège de l'AIMG, à Oron-la-ville. Il s'agit d'un samedi par mois durant une dizaine de mois et les formations sont ouvertes à toutes personnes engagées, converties et qui ont à cœur de se former dans la prière pour les malades²⁷. La formation peut aussi passer « *par les cassettes audio ou dvd, en suivant les séminaires et conférences de guérisons, en lisant divers ouvrages sur le sujet* » (f). Afin de porter la guérison, l'AIMG tient à ouvrir le plus de Chambres de guérison possible. A l'heure actuelle, la Suisse romande compte neuf Chambres de guérison:

1. A Oron-la-ville (VD): Eglise évangélique d'Oron (Les Pralets),
2. à Delémont (JU): Eglise La Source,
3. à Lausanne (VD): Espace Vie,
4. à Genève (GE): Chambre de guérison de Genève,
5. à Neuchâtel (NE): Centre de Vie de Vauseyon,
6. à Avenches (VD): Eglise Apostolique,
7. à Bevilard (BE): Association O'zones,
8. à Bussigny (VD): Eglise de Lazare
9. à Gland : Eglise évangélique Arc-en-ciel (e)²⁸.

D'après le texte intitulé « vous souhaitez ouvrir une Chambre de guérison ? » (f), la Chambre doit être dirigée de préférence par un mari et sa femme. En ce qui concerne la Chambre de Genève, elle est dirigée par une femme (qui est médecin de profession) qui est épaulée par l'épouse d'un pasteur d'une paroisse évangélique de Genève. Les dirigeants (ici dirigeantes) doivent former une équipe d'intercesseurs provenant d'autant d'églises que possible, toutefois, dans notre cas, la majorité de l'équipe de la Chambre de Genève se rend régulièrement dans une des paroisses de l'EELG. Les individus priant pour la guérison dans les Chambres doivent être « *baptisés dans le Saint Esprit avec l'évidence du parler en langues* » (f). Cette information m'a été confirmée lors de l'entretien que j'ai eu avec les responsables de la Chambre de Genève :

²⁷ Cela figure sur la lettre d'information distribuée avec le programme de la *Conférence internationale de la guérison 2007 en Europe*, qui a eu lieu du 16 au 20 mai 2007 à la patinoire de Malley (Vaud). Il y a aussi un samedi par mois une soirée de guérison, ouverte à tous et gratuite, se déroulant dans l'Eglise évangélique d'Oron.

²⁸ Cette liste (état au 31 mai 2007), complétée des adresses et numéros de téléphone, est accessible sur le site de l'AIMG, www.laguerison.org.

Laetitia: « alors les personnes qui viennent ici, pour prier, ne viennent pas forcément au nom de l'Eglise qu'ils... ? »

Valérie : « (...) le groupe ici se sont des gens qui sont engagés dans leur Eglise respective. »

Catherine : « et c'est une condition pour pouvoir fonctionner dans une Chambre de guérison en tant que participant²⁹ : il faut que la personne soit convertie, il faut qu'elle soit baptisée du Saint Esprit, il faut qu'elle soit participante dans une Eglise régulière ».

Ainsi, même s'il est conseillé que les intercesseurs proviennent de différentes dénominations ou confessions, ils doivent néanmoins être convertis et avoir bénéficié de dons spirituels. Le caractère interdénominationnel est donc relativement limité et auto-limitatif.

Avoir recours à une Chambre de guérison, c'est demander l'intervention d'individus particuliers qui ont certaines qualités ou caractéristiques que d'autres n'ont pas :

Laetitia : « Je me demandais s'il y avait un vécu, au-delà de la conversion, plus propre à la guérison pour les gens qui participent (qui sont engagés dans la Chambre de guérison) ? »

Valérie: « Je crois qu'il faut être honnête : toutes les personnes qui sont ici, je pense, ont quand même quelque chose dans le cœur qui les amène. »

Catherine : « Qui ont à cœur de prier pour les gens. »

Valérie : « Soit pour des problèmes physiques, soit sur des problèmes même spirituels, soit sur des problèmes émotionnels. Mais très souvent tout est mélangé. Je crois que parmi les gens qui sont ici, ce sont des gens qui ont beaucoup d'expériences dans ce domaine-là. La plupart je crois que c'est des gens qui sont connus, qui ne sont pas des novices. Mais je crois qu'au-delà du don c'est un cœur, une vision, et je crois aussi un engagement. Je crois qu'une Chambre de guérison ne peut pas exister sans quelque chose qui est très très basique et qui est pas du tout spectaculaire : je dirais c'est l'engagement des personnes. Et je crois que c'est ces personnes-là qui ont chacun leur don, qui ne sont pas forcément explosifs, qui font que il y a un travail qui se fait. Il y a une base qui s'établit et qui permet, je dirais, à l'Esprit de Dieu et à la guérison de jaillir ».

La question de l'engagement est donc primordiale. Les membres de la Chambre se réunissent régulièrement afin de développer leur connaissance et leur expérience. Il peut être dit des participants à la Chambre de guérison qu'ils « ont à cœur la guérison » ou qu'ils « ont reçu un appel sur leur vie ». Dans une perspective charismatique, cela signifie qu'ils doivent accomplir une action particulière qui leur a été attribuée par Dieu. Au début de ma recherche, je comprenais la notion de don spirituel (en particulier celui de guérison) comme une capacité donnée aux humains par Dieu. Ainsi pour moi, un individu ayant reçu le don de guérison était quelqu'un en mesure de guérir autrui. Or ma compréhension s'est heurtée aux propos des dirigeantes de la Chambre de Genève. Dans l'extrait précédent, Valérie fait appel à la notion de don dans le sens d'une capacité humaine, qui n'est pas celle de guérir, mais qui permet que la guérison ait lieu. Dans l'extrait suivant, nous

²⁹ Par « participants » j'entends les individus qui sont engagés dans le fonctionnement de la Chambre de guérison et qui prennent part régulièrement aux séances de prières tout au long de l'année. Quant aux « malades », c'est ainsi que sont qualifiées les personnes qui ont recours à la Chambre de guérison et qui demandent la prière.

comprenons que les participants à la Chambre de guérison n'ont pas forcément reçu un don de guérison au sens d'avoir été eux-mêmes guéris d'une maladie :

Valérie : « (...) (les participants à la Chambre de guérison sont) *des personnes qui viennent de différentes Eglises mais avec un credo qui est, je dirais, commun parce que sinon ce serait difficile. Il faut savoir dans quel sens on prie, qui on prie, comment on prie et dans le temps ces personnes ont besoin d'être engagées. Alors est-ce que ces personnes ont chacune un don de guérison ? Je crois que chacune est habituée à prier pour des malades, pour des personnes qui sont dans le besoin, et je crois qu'on fonctionne comme ça. On s'est pas tellement posé la question de don particulier de guérison ou de chose comme ça.* »

Expérimenter la guérison ne fait donc pas partie d'un parcours initiatique obligatoire pour les participants à la Chambre. Les participants à la Chambre n'ont pas de dons de guérir autrui. En effet, dans la conception charismatique, il n'y a que Dieu qui guérit. Je ne vais donc pas appeler les participants à la Chambre de guérison des « guérisseurs » mais plutôt des intercesseurs ou simplement les participants de la Chambre (à ne pas confondre avec les malades/patients).

1.2.3 Notions de corps, santé, maladie et guérison

L'extrait suivant est intéressant car il va nous permettre de cerner une partie des conceptions étiologiques de la maladie ainsi que des techniques employées par les intercesseurs en vue de comprendre la cause du problème:

Laetitia: « *Et quand une personne vient vers vous et qu'elle n'a pas péché, mais qu'elle est quand même malade ?* »

Valérie : « *Là, ça touche le domaine de ce que Dieu peut révéler par son Esprit. Dieu choisit ce qu'il peut révéler, on n'est pas des appareils de radio. Parfois tu pries pour quelqu'un, tu as une révélation que Dieu te révèle par son Esprit. Il faut pas croire non plus que nous on sait tout. On peut connaître un aspect pour connaître la personne, mais c'est pour la construire, pas pour la détruire, jamais. Mais je crois que quand tu as appris à travailler avec les humains, il y a des choses que tu comprends de manière intuitive. Mais tu peux savoir certaines choses, mais l'objectif c'est de poser la question : est-ce que c'est le moment ? Parce que t'es pas là pour démolir, t'es aussi là pour construire. Alors ça veut pas dire que tu peux pas dire la vérité, mais tu dois avoir une gestion de la vérité.* »

Catherine : « *Dieu n'est jamais là pour démolir une personne. Par le saint Esprit il y a toujours cette huile de guérison sur cette âme. Satan vient là pour démolir, ça c'est la grande différence. On va pas chez le chirurgien pour qu'il nous achève.* »

A la Chambre de guérison, les individus engagés ont pour vocation de venir en aide et ont développé de l'intuition ainsi qu'une gestion de la vérité. Ces capacités permettent de comprendre dans quel domaine le malade a péché, de le soutenir en utilisant aussi les révélations faites par Dieu. Il semble sous-entendu que la cause de la maladie soit toujours un péché, même si le malade ne le révèle pas (consciemment ou non) et que les intercesseurs ne savent pas toujours duquel il s'agit.

Il y a divers types de révélations ou plus précisément de formes rhétoriques définies comme les fruits de dons spirituels. Premièrement la parole de connaissance, il s'agit d'un fait révélé concernant la vie du malade, fait auparavant inconnu de l'intercesseur. Deuxièmement la prophétie, qui peut prendre la forme d'un message direct de Dieu au malade, exprimant par exemple un encouragement ou une exhortation. Troisièmement, le discernement est une sorte de « sixième sens spirituel » (Csordas, 2002:33) permettant de trouver la racine du problème. Le don de guérison, au sens de don octroyé par Dieu à un humain afin qu'il guérisse, englobe tout ces dons³⁰. Ces techniques, alliées au fait que les intercesseurs aient une grande expérience des relations humaines, permettent de cerner la cause d'un problème et d'adopter une stratégie particulière. Revenons à l'étiologie de la maladie et à ce qu'en disent les responsables de la Chambre de guérison.

Laetitia: « et quelles sont les causes des maladies ? Il y a les attaques du malin ... mais est-ce qu'il y a d'autres causes ? »

Valérie : *« Nos choix... Et puis l'être humain... Je crois qu'on est quand même tributaire : il y a les conséquences sur l'être humain du péché au départ (le péché originel), hein, puisqu'au départ il y avait cette relation parfaite avec Dieu. Et c'est vrai qu'on sait pas comment ça se passait dans le jardin d'Eden, mais visiblement je crois qu'avec la désobéissance, ça a amené le péché et la destruction. Si tu veux on peut, au niveau santé, tu peux recouvrer la santé spirituelle puisqu'en te réconciliant avec Dieu, au travers de Jésus-Christ, tu retrouves cette relation de l'homme avec Dieu qui était au départ. Mais au niveau physique, si tu veux, il y a quelque chose qui, à cause de la transgression initiale de l'homme, à cause de cette volonté de connaître le bien et le mal - qui est en fait destructrice pour l'homme - si tu veux, il y a comme une malédiction physique si tu veux, que l'homme vit un certain temps. Si tu veux génétiquement, on est programmé pour vivre un certain temps, et au bout de ce temps-là, tu meurs. Donc si tu veux, il y a quelque chose de naturel qui est une dégradation. Et si tu veux ça, ça fait aussi partie des causes de la maladie. Ensuite il y a nos choix. Il y a comme cause de la maladie les choix que nous faisons pour nous. Il y a les choix, par exemple, ben tu peux aussi connecter ça avec les choix par rapport à l'environnement, tu vois. Il y a des choix qu'on fait d'utiliser l'environnement aussi, de mauvaise manière tu vois. Et puis de plus en plus, maintenant, ils font de plus en plus d'études avec les pesticides en ville, les produits cancérigènes, et ainsi de suite. Mais le non respect aussi de ton environnement, qui est un choix, t'amène si tu veux à la maladie. Alors je suis pas en train de dire... tu vois... je suis pas écolo mais tu vois, la santé, telle qu'elle est planifiée de Dieu, est quelque chose qui est très très large. Il y a une certaine gestion de l'être humain, de tes relations, de ton environnement, de ton monde spirituel. »*

Cet extrait nous permet de cerner la perspective étiologique des responsables de la Chambre de guérison et de mieux comprendre dans quel réseau de sens est comprise et interprétée la maladie. Il y a un premier niveau physique, dimension qui subit les conséquences du péché originel. Il y a ensuite les choix (les choix de vie qui peuvent être considérés comme des péchés), propres à chacun, l'influence du réseau social sur la santé, de l'environnement ainsi que le développement spirituel de

³⁰ J'emprunte ces définitions à Csordas (2002) qui parle de plus de « parole de sagesse ». Il a défini ces notions en milieu pentecôtiste catholique, mais qui sont tout à fait pertinentes et opérantes pour le milieu charismatique protestant.

la personne. Cette conception étiologique implique une représentation du corps tripartite selon les écrits bibliques. Chaque personne est en effet constituée du corps, de l'âme et de l'esprit.

Laetitia: « Si j'ai bien compris il a plusieurs niveaux de guérison, entre une guérison du corps, une guérison spirituelle, émotionnelle ? »

Valérie : « Alors écoute, je sais pas si on peut être aussi clair que ça dans le sens que tu as le corps, tu as l'âme, tu as l'esprit. Bon... je crois qu'il faut repartir de ce qu'est l'être humain, et en fait il y a une intrication des différents éléments. Ben... j'sais pas tu peux avoir quelqu'un qui en veut terriblement à son beau-frère, ou quelque chose comme ça et, si tu veux, qui est plein de colère. Si tu veux la colère va amener, si tu veux, au niveau musculaire, des tensions qui peuvent amener des phénomènes d'usure et, si tu veux, tant que cette personne-là n'accepte pas de pardonner, si c'est un chrétien, ben il pèche donc contre Dieu. Donc il y a une notion spirituelle de pécher contre son prochain, et de pécher contre Dieu, puisque quand tu pêches envers ton prochain, tu pêches aussi contre Dieu. Donc tu vois, il y a besoin d'une guérison spirituelle euh... guérison émotionnelle, hein : le fait d'en vouloir à l'autre ça amène la colère, la vengeance, tout ce que tu veux. Donc émotionnellement, la personne a besoin de guérir et très souvent, (dans) la personne, il va y avoir une réaction en chaîne : au niveau du corps les tensions vont diminuer. La personne qui vient pour un mal au dos ou des choses comme ça, ben elle va venir pour un mal au dos et pi parfois tu remontes là, et tu arrives à trouver un nœud. Et si tu arrives à dénouer, le nœud, tu dénoues les choses comme ça. Alors tu vois, c'est pas aussi clair. Il y a le relationnel, il y a le social, tu as le professionnel, tu as la volonté aussi qui entre en ligne de compte. Tu as des choix de vie aussi, tu as des choix de vie qui te rendent malade. »

Même si la guérison a une place prépondérante en milieu charismatique, il n'en reste pas moins que tout le processus de guérison est entièrement subordonné au développement spirituel de l'individu (Csordas, 2002:26). Ce développement permet en effet à l'individu d'atteindre en retour un bon état de santé (Csordas, 1988:123). L'AIMG prend en charge des souffrances actuelles, propres au domaine temporel, ce fait rappelle selon elle les actions du Jésus biblique qui employait son pouvoir afin de soulager les hommes en même temps qu'il préparait l'entrée de sa communauté dans le Royaume (Csordas, 2002:26).

Cette brève description des conceptions étiologiques ainsi que de la représentation du corps en milieu charismatique nous amène à considérer les types de guérisons vécus par les malades ou employés par les intercesseurs. Selon Csordas, les guérisons font partie d'un processus transformatif que les malades expérimentent. Le système de soin charismatique est holiste, puisqu'il vise à intégrer tous les aspects de la personne. J'ai recours aux définitions données par Csordas pour le milieu catholique (2002:14).

- a) Il y a la **guérison physique** : elle consiste en l'imposition des mains, accompagnée de prière et parfois de l'onction d'huile. Un ministère de guérison peut prier pour la guérison d'une maladie, pour le succès d'un traitement biomédical ou pour atténuer les effets secondaires d'un traitement.

- b) Il y a la **guérison intérieure (ou émotionnelle)** : il s'agit de réinterpréter les biographies individuelles à la lumière de la présence soignante de Dieu. Le malade peut par exemple se demander s'il doit encore pardonner à quelqu'un. Parfois des images accompagnent cette guérison, comme confirmation de la guérison ou comme révélation d'une expérience réprimée.
- c) Il y a la **délivrance** : les démons ont un effet négatif sur la personne, sur son comportement ou son développement spirituel par exemple. Les démons sont identifiés (par un discernement par exemple) puis expulsés par une prière autoritaire récitée au nom de Jésus-Christ.

La guérison physique ne se retrouve quasiment jamais seule dans les entretiens que j'ai menés. Plus précisément, la guérison physique était subordonnée pour mes interlocuteurs à une quête plus générale. Les deux autres sont beaucoup plus intéressantes et complexes. Nous verrons comment mes interlocuteurs se positionnent entre ces trois types de guérison ou la manière dont ils manipulent ces catégories afin d'entreprendre et de mener à bien un processus thérapeutique.

La guérison divine obtenue ou souhaitée par mes interlocuteurs est le fruit d'un processus dont l'issue n'est pas toujours la plus heureuse. Dieu n'est pas le seul à agir pour une guérison, le malade lui-même doit avoir la foi, ne pas douter et avoir donné sa vie à Dieu. Selon les textes de l'AIMG, la foi et la Parole de Dieu « s'enracinent » dans le corps qui peut, dans ce cas, être l'objet d'une guérison : « *Chacun de nous doit comprendre comment recevoir la guérison et la garder. Quand nous comprenons la parole de Dieu sur la guérison et que nous agissons en accord avec elle, cela déclenche la manifestation de la guérison dans nos corps physiques* » (d). Catherine ajoute à ce propos que :

« (...) quelqu'un qui vit dans l'amertume, la rancœur, ou quelqu'un qui continue de vivre dans l'adultère, ça peut avoir une incidence sur un non-exaucement de la prière de guérison pour la personne. (...) Parce que Dieu est un Dieu saint, et il ne faut pas se moquer de Dieu : on peut pas demander la prière, et après pas suivre les commandements divins ! Il faut qu'il y ait un changement, et on revient toujours aux choix de la personne. »

Divers passages font penser que la Parole doit être « enracinée » en chacun de nous, dans notre corps compris dans sa totalité et non uniquement dans le corps physique. Dans le même sens, les « vrais chrétiens » peuvent voir leur corps être le moyen employé par Dieu pour guérir autrui : « *Ce qui est merveilleux c'est que la Puissance de Dieu est à l'œuvre au travers de gens ordinaires pour accomplir des choses extraordinaires. Notre désir est de laisser Dieu nous transformer, d'avoir soif de tout ce qu'il fait et de tout ce qu'il est. On se tient sur la brèche et on dit : utilise-moi* » (a). Il est donc possible, en milieu évangélique charismatique, de se voir « utiliser » par Dieu et ainsi donner une

nouvelle mission à son existence, un nouveau sens en portant la guérison. L'expression « laisser Dieu nous transformer » renvoie à une modification du rapport au corps (au sens holiste) des chrétiens qui ont soumis leur vie à Dieu et qui lui obéissent.

Pour recevoir la guérison divine, il faut avoir confiance en Dieu, ne pas douter. *« L'endroit le plus mauvais pour essayer de déterminer si vous êtes guéri ou non est votre corps. Vous ne pouvez regarder à votre corps pour avoir la foi pour la guérison parce que la foi pour la guérison ne vient pas de ce que l'on voit mais de ce que l'on entend. Si vous ne marchez pas par ce que vous entendez vous marchez par ce que vous voyez et vous ne pouvez produire la foi. Vous devez avoir confiance en Celui qui guérit »* (a). Il ne faut pas se fier à la vue qui trompe, car parfois il est impossible de voir la guérison. Il faut par contre se fier à l'ouïe et entendre les Paroles de Dieu et, peut-être, celles de ceux qui ont reçu le Saint-Esprit et ont confiance en Dieu³¹. La Parole de Dieu passe par l'écrit, la Bible, pourtant c'est elle qu'il s'agit d'« écouter », tout comme il s'agit d'écouter les « paroles de connaissances » ou les prophéties données par Dieu à ses fidèles.

Pour en revenir au corps, il est le lieu de la guérison mais aussi le lieu de l'œuvre du diable qui peut réenclencher une douleur afin d'introduire le doute : *« Si le diable peut nous pousser à regarder aux symptômes, plutôt que sur la promesse de Dieu, il peut nous convaincre de croire son mensonge. Quand nous focalisons sur les symptômes, la douleur ou quoi que ce soit, le doute et l'incrédulité surgissent dans notre esprit et cela donne une entrée à la crainte pour ré-établir la maladie. Nous devons garder notre intelligence fixée sur Dieu et sa promesse »* (d). Le corps est ambivalent, à la fois porteur du signe de la gloire et de la puissance de Dieu (dans le cas d'une guérison), il peut aussi insinuer le doute dans l'âme et l'esprit des personnes. Il s'agit de se méfier du corps et en même temps d'en prendre soin, car Dieu a créé les humains à son image et ces derniers se doivent de respecter l'individu dans toutes ses dimensions. Le corps est central dans la représentation de l'AIMG du bien et du mal. Il reçoit la guérison, il est le lieu où s'enracine la foi, parfois la maladie, et la victime des attaques du diable. Le corps est le lieu d'un corps-à-corps entre le diable et l'œuvre de Dieu, cette dernière ayant la puissance de vaincre le diable, pour autant que le chrétien ait confiance, agisse en accord avec la Parole, prie et soumette sa vie à Dieu.

³¹ Ceci rappelle le fait que Dieu est invisible, sans pour autant que cela empêche les chrétiens de savoir qu'il existe. Il ne faut donc pas non plus se fier à la vue quand il s'agit de savoir si Dieu existe ou non. D'ailleurs « *La Bible dit d'appeler les choses qui ne sont pas comme si elles étaient (c'est la foi)* » (1, parenthèse présente dans le texte).

D'une manière générale, nous pouvons dire que dans les représentations des tenants de l'AIMG, il y a d'un côté le bien, Dieu, et de l'autre le mal, le diable. Dieu a fait des promesses aux humains (santé, salut) qu'il tient, il accomplit des dons et des miracles (il guérit), est juste et fidèle. Pour le chrétien, il s'agit de mener sa vie en conformité avec La Parole, de soumettre sa vie à Dieu, de lui faire confiance, de prier, etc. Quant au diable (surnommé fréquemment l'ennemi), il ment, veut faire douter, n'aime pas « *quand la Parole de Dieu apporte la guérison et détruit son œuvre* » (d), veut « *voler la guérison avant qu'elle puisse être fermement enracinée* » (d). Il afflige les humains et souhaite leur chute. Ces deux entités sont invisibles mais se manifestent par des signes tangibles.

Selon l'expression de Piette (2002), Dieu et diable sont ici des interactants et il y a entre eux et les humains une situation de coprésence constituante, chacun modèle l'autre tout en étant modelé lui-même par cet autre. Les membres de la communauté charismatique modèlent leur vie selon les valeurs bibliques et Dieu est rendu présent (dans un culte, dans la Chambre de guérison, etc.) selon des modalités d'interaction particulières. Les symptômes sont les signes du diable et la guérison est le signe de Dieu. Comme le souligne Claverie, la foi est un régime d'adhésion qui n'a pas besoin de preuve, c'est une « position de compréhension qui se constitue dans et par la relation d'incertitude » (1990:8), or le désordre est ici introduit par le fait que Dieu donne des signes. Dieu et le diable se mettent en position de preuve en donnant des signes. Ce fait devient problématique pour ceux qui n'ont pas reçus ou directement constatés de signes. Dans ce manichéisme bien dépeint par les textes de l'AIMG, où se situent les malades ? Comment y inscrivent-ils leur événement maladie ? Quelle est leur marge de manœuvre lors du recours à cette représentation du monde afin de donner sens à la maladie ? Quel rôle joue la foi ? Comment mes interlocuteurs perçoivent-ils la présence de Dieu et ses interventions ? Un des objets de cette étude est bien la description d'une réalité telle que je l'ai appréhendée lors de mon terrain et particulièrement au cours des entretiens.

1.2.4 Actions menées dans une Chambre de guérison

Il est expliqué dans le dernier texte comment les intercesseurs doivent le prendre en charge le malade. Ces éléments donneront un éclairage supplémentaire utile pour la compréhension de la maladie et de la guérison que véhicule l'AIMG. Il est très clairement écrit que l'intercesseur n'est pas docteur, qu'il ne peut pas « *recommander aux gens d'arrêter leur médication* » (f).

Tout d'abord, il s'agit de demander à la personne quel est son problème et ceci dans deux buts : « *avoir un souvenir de la guérison* » et « *essayer de trouver le problème, plutôt que ses symptômes. Nous ne voulons pas aider les symptômes* » (f). Le premier permettra de rendre gloire à Dieu et de garder une trace des « signes ». Le deuxième semble s'inscrire dans la logique de ne pas se laisser envahir par le doute, car cela constituerait une opportunité pour le diable : « *Si le doute a le droit d'exister, cela ouvrira la porte pour que la manifestation de la maladie revienne* » (f). Les intercesseurs ne doivent pas se laisser décourager par la « *difficulté dont la maladie semble être porteuse* » (f), car Dieu peut tout et cela est facile pour lui. De plus, le découragement ne doit pas prendre place si la guérison est longue à venir car « *cela peut prendre des jours, des semaines ou des mois* » (f), il s'agit d'une « bataille » pour la guérison des malades³². Dans le même sens, il est écrit « *apprenez à regarder ceux qui sont guéris. Ne focalisez pas sur ceux qui ne le sont pas, vous ne savez pas dans quel processus leur guérison se trouve* » (f) et, en cas de guérison partielle, « *Si nous regardons à la partie que Dieu est en train de guérir, cela grandira, si nous regardons à la partie qui n'est pas guérie, l'ennemi l'utilisera pour voler la guérison que nous avons déjà* » (f). Dans la compréhension de la guérison divine, nous voyons que celle-ci peut être « partielle », « inscrite dans un processus », « longue à venir », « instantanée ou prendre du temps ». Ces qualificatifs nous informent plus précisément de la représentation de la guérison pour les tenants de l'AIMG. Ceci vient nuancer et contrebalancer l'aspect spectaculaire qui est donné à la guérison lors des soirées de guérison et, de plus, donne une plus grande marge de manœuvre pour les malades afin qu'ils s'inscrivent du côté des « guéris », de ceux qui ont bénéficié d'un don de Dieu.

La guérison peut prendre du temps et l'AIMG explique cela du fait qu'il faut laisser « *la Parole commencer à s'installer en eux (les malades) et à produire la foi pour la guérison* » (f). En effet, si le malade n'est pas sauvé, l'intercesseur doit lui proposer le salut. Donc bien que des individus de divers horizons puissent être admis, ils doivent néanmoins effectuer un acte de foi à l'intérieur de la Chambre. Ceci est confirmé par les responsables de la Chambre de Genève pendant l'entretien, lorsque je demande ce qu'il se passe si une personne demande la prière alors qu'elle est non croyante :

Valérie : « *Non croyante ? Pas de problème. Si la personne vient, et qu'elle veut qu'on prie pour elle, on lui donne sur quelle base on prie à savoir : Jésus-Christ, Jésus-Christ est mort et ressuscité. Donc on lui expose ces bases-là. On peut lui poser la question si elle veut adhérer ou pas adhérer, parce que, tu vois, c'est aussi un moyen de communiquer en fait, je dirais, la guérison* »

³² A ce propos, les emprunts au vocabulaire lié à la guerre est récurrent : bataille, combat, être hardi, engagé, délivrer, etc.

spirituelle. Et puis on prie aussi pour sa santé physique, tu vois, c'est pas parce que quelqu'un n'est pas converti, qu'on ne peut pas prier pour lui, parce que en fait il est créé par Dieu et Dieu peut le bénir. »

Au moment de la prière pour la guérison, l'intercesseur doit « *placer ses mains aussi près du problème que possible. Le pouvoir du Saint Esprit sort de lui (l'intercesseur) et il veut que ce pouvoir soit aussi près que possible de l'infirmité pour la détruire* » (f). On voit ici à nouveau la relation de coprésence constituante dans laquelle se trouvent humains et divin. Il faut prier pour un problème à la fois car « *chaque esprit d'infirmité a besoin d'être géré individuellement* » (f). Quand la prière est effectuée, l'intercesseur demande au malade de mettre sa foi « en action » et il doit « *vérifier la région dont le problème est issu* », il doit « *chercher l'absence de douleur, pas la douleur ! Chercher la guérison, pas la maladie* » (f). Le malade doit exprimer sa reconnaissance et dire « merci Jésus », et l'intercesseur peut lui recommander de vérifier la guérison avec son docteur (dans le cas où le malade a reçu une manifestation de guérison). Après une guérison, il ne faut pas laisser partir les miraculés car ils risqueraient de perdre leur guérison « *au travers du doute et de l'incrédulité* ». Il est donc nécessaire dans ce cas de « *rester avec eux jusqu'à ce qu'ils sachent vraiment qu'ils sont guéris. Le diable vient pour voler la guérison* » après qu'ils aient quitté la Chambre.

Revenons un instant sur la notion d'« esprit d'infirmité » citée dans le paragraphe précédent. Dans les textes de l'AIMG, le mal est désigné par les termes de « diable », d'« ennemi » ou simplement en disant le « mal ». Dans son travail sur le pentecôtisme catholique, Csordas note que les esprits malins sont nommés d'après des émotions ou des attitudes. Il y a par exemple l'Anxiété, la Dépression, l'Envie ou encore la Rébellion (1988:125). Cet auteur ajoute que lorsque l'intercesseur catholique établit qu'une maladie est causée par un de ces esprits, il procède alors à une délivrance. J'ai demandé aux responsables, lors de l'entretien, s'il était possible de parler d'« exorcisme » à propos des actions menées à la Chambre de guérison :

Catherine : « *C'est une réalité, c'est une réalité. Et au travers de nos choix, lorsque notre caractère, notre quotidien, n'est pas vraiment conforme à la Parole de Dieu, nous laissons la porte ouverte à l'ennemi. Et on a vu la tentation de Jésus, lorsqu'il est dans le désert : il a jeûné pendant 40 jours et ben Satan il est venu et il l'a tenté. Et qu'est-ce qu'il a dit Jésus ? Il est écrit : il a utilisé la Parole de Dieu. Mais aujourd'hui, c'est la même chose : en fait à travers de nos choix, si nous laissons la porte ouverte, par exemple à la pornographie, et ben ce sont des esprits d'impureté, d'impudicité. Toutes ces choses-là, ce sont des esprits méchants et mauvais, qui ne viennent pas du royaume de Dieu, mais du royaume des ténèbres. Et c'est à ce moment que la personne peut le dire, ou si la personne ne le dit pas, le Saint Esprit révèle ces choses-là. Et alors on prie pour la personne, et on prend autorité pour qu'elle soit délivrée de ses liens. Mais à partir de ce moment-là, et ben la personne, comme on a dit, ben faut qu'elle marche dans une guérison spirituelle. »*

Il m'est ensuite expliqué que la différence avec les catholiques, c'est qu'à la Chambre tout le monde peut réciter une prière de délivrance. Cette prière est libre et il s'agit durant celle-ci de prendre autorité au nom de Jésus afin d'ordonner à cet esprit qu'il sorte de la personne et à ce moment le malade peut réagir physiquement ou verbalement. Dans cet extrait, nous voyons comment est employée la technique du discernement ou de la révélation afin de connaître l'origine d'un problème. De plus, la guérison physique liée à l'esprit malin, s'accompagne d'une guérison spirituelle par laquelle le « malade » va désormais exercer une vie en conformité avec les valeurs chrétiennes. Sous-jacent au recours à une Chambre de guérison, il y a l'idée qu'une guérison divine peut amener un individu à devenir membre d'une communauté chrétienne. Comme dit précédemment, toutes les actions de chrétiens charismatiques sont subordonnées à un motif majeur qui est la préparation du Royaume de Dieu par une communauté de chrétiens matures spirituellement.

La Chambre doit travailler avec la ville entière et la Chambre de Genève est effectivement ouverte à des individus provenant de toute dénomination³³. Les participants à la Chambre doivent « *venir dans l'unité de foi avec le corps du Christ pour atteindre les gens perdus de nos villes* » (f). Au-delà d'un ministère de guérison, la Chambre a un devoir d'évangélisation, néanmoins ces deux missions ne sont pas complètement distinctes : « *Notre dernier but doit être d'achever la plus grande guérison de toutes et il s'agit du salut. La guérison sera un signe pour le non-croyant* » (f). Tout comme dans les textes précédents, la guérison est un « signe tangible » de la puissance de Dieu, qui servira à lui « rendre gloire ». L'AIMG inscrit son action et la légitime en indiquant qu'elle l'a reçue de Dieu, et considère que ses membres actifs ont été envoyés sur terre afin de guérir les malades. La crédibilité passe par les témoignages d'individus ayant reçu une guérison et par la légitimation du « *mandat qui nous vient de Jésus-Christ qui a premièrement commandé aux douze disciples, puis aux 70 apôtres de prêcher le Royaume de Dieu et de guérir les malades* » (c).

Précédemment, nous avons vu quelles étaient les caractéristiques du pentecôtisme définies par Favre (2006:54). Il semble évident que la confession de foi de l'AIMG ainsi que les buts que poursuit cette association correspondent aux trois caractéristiques mentionnées, bien qu'elle mette clairement l'accent sur le charisme de la guérison. Nous verrons par la suite comment les éléments de la confession de foi sont intégrés dans les discours individuels de malades ayant (eu) recours à la

³³ Je n'ai par contre pas pu vérifier cette information dans les faits car je n'ai pas eu accès à la liste des individus qui sont passés par la Chambre et les individus avec qui j'ai eu un entretien sont tous évangéliques et fréquentent l'EELG. Je reviendrai sur ce point lorsque j'aborderai le déroulement du terrain.

Chambre de guérison. Nous avons d'ores et déjà pu dégager certaines logiques sous-jacentes à la représentation du monde de l'AIMG : logique de responsabilisation individuelle, d'évangélisation, de légitimation, de rassemblement, d'attention aux signes tangibles, etc. Il est intéressant de les noter pour la suite de l'analyse, surtout afin de les comparer aux données que j'ai recueillies lors de mon terrain. Nous nous pencherons en particulier sur les conceptions étiologiques de mes interlocuteurs, sur leur narration de l'expérience du processus de guérison ainsi que sur la perception du rôle de Dieu et de la foi.

Avant d'en venir à l'analyse des discours de malades ayant (eu) recours à la Chambre de guérison, je souhaite resituer le phénomène défini dans la partie précédente au sein d'une problématique plus générale. Nous tenterons tout d'abord de comprendre la manière dont la pratique de la guérison divine s'inscrit dans les rapports entre santé et salut. Plus précisément, que recouvrent ces deux termes et est-il réellement possible de les distinguer aussi nettement que le fait l'approche rationnelle et scientifique ? Ensuite, nous contextualiserons le recours aux guérisons divines au sein des parcours individuels afin de cerner la manière dont la maladie bouleverse une vie et dont il est ensuite donné sens à cet événement.

II.1 Inscription de la pratique de la guérison divine au sein des rapports entre santé et salut

II.1.1 Le religieux individualisé dans un contexte médical et religieux pluriel

En suivant Rivière, il est certain que « le champ extensif du profane tend à limiter celui du sacré » (2003:148). Or il est absolument moins sûr que l'homme se soit complètement débarrassé du sacré au fil du développement des progrès matériels et de la rationalité scientifique. Certes, les institutions religieuses historiques ont perdu du terrain durant les XX^e et XXI^e siècles et les pratiques religieuses en Occident se sont profondément modifiées. « Mais il est faux de croire que, dans le processus de globalisation, tout soit maîtrisable et que n'existent pas de multiples échappatoires au règne envisagé de l'individualisme et de la rationalité » (Rivière, 2003:150). Force est de constater que la sécularisation prônée par la modernité n'engendre pas la totale disparition des phénomènes religieux, bien qu'ils revêtent désormais d'autres formes. Il suffit pour cela de considérer le succès et le développement de nouveaux mouvements religieux, des médecines traditionnelles, du réseau *New Age* ou des réveils évangéliques (voire point I).

Les réflexions de David Le Breton sur le corps en tant que construction sociale et culturelle sont particulièrement intéressantes afin de comprendre le vide symbolique dans lequel se trouvent les individus lorsqu'il s'agit de faire face au malheur. Cette carence ressentie peut être un moteur lors d'une quête individuelle de sens et de soins qui mène les malades à cheminer entre diverses thérapies et thérapeutes. En Occident, la conception du corps la plus couramment admise est celle

du savoir biomédical. Cette conception « fait dire à l'acteur social: « mon corps » sur le modèle de la possession » (Le Breton, 2005:14). Elle trouve son origine dans la période de la Renaissance et il s'agit d'une « structure individualiste qui fait du corps l'enceinte du sujet, le lieu de sa limite et de sa liberté, l'objet privilégié d'un façonnement et d'une volonté de maîtrise » (Le Breton, 2005:14). Or, il y a dans notre société pluralisme des savoirs sur le corps, le savoir biomédical en est un parmi d'autres et ceci dénote selon Le Breton une nouvelle étape de l'individualisme, celle « d'un repliement encore plus fort sur l'ego » (2005:14). L'individualisme est un fait de structure dans la société occidentale et la vie collective ainsi que ses références prennent un caractère pluriel. « Du fait de l'absence de réponse culturelle pour guider ses choix et ses actions, l'homme est abandonné à sa propre initiative, à sa solitude, démuné devant nombre des événements essentiels à la condition humaine: la mort, la maladie, la solitude, le chômage, le vieillissement, l'adversité... Il convient dans le doute, parfois l'angoisse, d'inventer des solutions personnelles. (...) Les solutions personnelles prolifèrent et visent à combler les carences du symbolique par des emprunts à d'autres tissus culturels ou par la création de nouvelles références » (Le Breton, 2005:15). Chaque acteur « bricole » la représentation qu'il se fait de son corps, mais aussi de la maladie, de la mort, de la souffrance, même s'il puise pour cela dans diverses sources (Le Breton, 2005:15). « Bricoler des représentations » afin de combler un vide symbolique implique de faire références aux autres ainsi qu'à d'autres conceptions de la réalité (il est fait référence aux autres lorsque sont reprises des valeurs, interprétations, etc. véhiculées par divers acteurs). Soulignons que ces emprunts peuvent entremêler des modèles qui semblent parfois être incompatibles entre eux (Le Breton, 2005:90-91), or les individus sont pragmatiques et ils ont recours à diverses méthodes parce que « ça marche »³⁴. Lors d'une quête de sens, le recours au religieux semble une ressource privilégiée, même si elle n'est pas la seule, et dans notre cas le religieux peut répondre à une quête de soins. Comme le soulignent Saillant et Gagnon, le travail de quête de sens peut aussi exprimer « la recherche d'un ailleurs ultime, d'un monde autre et surnaturel ouvrant au salut et dans ce cas se rencontrent les chemins du religieux et du thérapeutique, les soins comme réunification des dimensions de l'être » (Saillant et Gagnon, 1999:9). Ilario Rossi nomme ce phénomène le « besoin de sacré ». De plus, il ajoute que ce besoin « ne se dissocie pas de la quête d'une nouvelle relation au corps, véritable pôle de

³⁴ Je n'emploie pas le terme d'efficacité. En effet, dire que les individus ont recours à ce qui est le plus efficace, fait intervenir la notion d'un calcul coût/bénéfice. Dans cette perspective, ce dernier serait à l'origine du recours à telle ou telle pratique. Dans les faits, les itinéraires thérapeutiques sont influencés par divers facteurs, et au milieu de ceux-là il y a la visée pragmatique adoptée par les patients : obtenir un résultat, une réponse, une guérison, un mieux-être, etc. Et ce choix s'opère sur d'autres critères qu'un calcul. Bien entendu, cette considération est bien moins pertinente lorsque l'individu ne choisit pas lui-même les thérapeutes auxquels il a recours.

convergence entre soins et religion » (Rossi, 2002:194-195). Il y a en effet une certaine « consubstantialité entre les faits de médecine et les faits de religion », ces faits étant suscités par la douleur et la mort ; « les conduites de soin et celles de prières sont d'une si intime parenté qu'il est tout à fait illégitime, et profondément ethnocentrique, de les dissocier comme on le fait trop » (Benoist, 1996:13). Dans ce contexte individualisant et pluriel, le corps suscite des soins et des prières tout en permettant la construction du sens des événements jalonnant la vie des individus malades ou malheureux. Besoin de sacré et relation au corps sont deux phénomènes quelque peu éloignés des préoccupations de la biomédecine, desquels elle s'est écartée à mesure que se construisait un savoir anatomique, scientifique et rationnel³⁵. Une partie de ce travail sera donc consacrée à la manière dont l'évangélisme répond à ce besoin de sacré et instaure une nouvelle relation au corps.

La santé est de nos jours élevée au rang d'idéal, et dans ce domaine émerge la « quête du religieux et le besoin de transcendant » afin de donner sens aux limites de l'existence (Rossi, 2002:195). Ainsi, le fait que l'individu bricole son propre système de représentation pertinent en réponse à son besoin de sacré nous amène à interroger les itinéraires biographiques individuels. En effet, dans une société atomisant l'existence, l'individu devient le seul dépositaire et gestionnaire de ses repères. Se focaliser sur sa trajectoire en tant que malade et plus particulièrement sur ce qu'il en dit, sur la manière dont il agence les faits et leur donne sens nous permettra de mettre en relief le savoir populaire individuel lié à la santé. Autrement dit, il sera possible de cerner les représentations, les valeurs et les logiques des individus qui ont recours aux guérisons et aux Eglises évangéliques. Nous verrons par la suite pourquoi, en nous intéressant aux discours individuels, nous avons eu recours à une approche interprétative ainsi qu'à la technique des entretiens compréhensifs.

II.1.2 Quête de sens et quête de soins

Traisons maintenant plus spécifiquement des rapports entre la maladie et le besoin de faire sens éprouvé par les malades. Comme le souligne Claudine Herzlich, la maladie entraîne toujours des questionnements ayant trait à ses causes et à son sens. Toutefois, les causes ne se réduisent pas, pour les individus, à des germes ou des facteurs génétiques invoqués par la biomédecine. De plus, cette sociologue souligne que le besoin de sens ne s'exerce pas uniquement dans les failles laissées

³⁵ Pour un développement du passage d'une conception du corps holistique à la conception biomédicale, je renvoie à l'ouvrage de David Le Breton, 2005, *Anthropologie du corps et modernité*, en particulier les chapitres 2 et 3.

par la biomédecine. Au contraire, ce besoin de sens s'exprime au travers d'un discours incluant les phénomènes vitaux et les faits du corps, indépendants des modèles biomédicaux, explicitant les rapports entre individus et société. En d'autres termes, selon Herzlich, l'interprétation de la maladie met en cause la société ou l'ordre social, le discours sur la maladie explicite le rapport de l'individu à la société (Herzlich, 1984:201-202). Ainsi, même si pour la biomédecine des dysfonctionnements universels causent certaines maladies, les individus malades ont besoin et cherchent d'autres significations (c'est notamment à ce stade que le besoin de sacré peut s'exprimer). Dans le cas qui nous intéresse, qu'est-ce que la maladie dit du rapport entre la société et les individus ? Ce rapport aura certainement quelque chose à voir avec la relation et la place des humains au sein d'un monde dans lequel Dieu et le mal s'affrontent.

Pour le malade, son mal est présent dans son corps, mais ce mal ne se limite pas à la vision qu'en a la biomédecine. En effet, pour en revenir au corps, celui-ci est « une part essentielle du moi », « lieu de l'expérience du monde », et n'est pas uniquement l'objet d'un savoir biomédical détaché de la conscience (Good, 1998:246). Le corps n'est pas que le résultat d'une réification opérée par le savoir empirique et rationnel développé par la société moderne. Dans le cadre d'une ethnographie de l'expérience, le corps est considéré comme source créatrice d'expériences. L'hypothèse de Byron Good est que la « maladie grave (...) provoque un glissement dans le vécu corporel de l'univers qui nous entoure, conduisant à (...) la démolition du monde » (1998:249). Il examine de même « l'idée que le récit, le fait de lier par l'imaginaire les événements tels qu'ils ont été vécus, pour en tirer une histoire, une trame qui ait un sens, constitue l'une des manifestations essentielles de l'effort réciproque individuel et social de s'opposer à cette dissolution et de reconstituer le monde » (Good, 1998:249). Dans les termes de David Le Breton, l'état de santé est vécu et marqué par « ce monisme de la vie quotidienne », un sentiment d'indissociabilité entre soi et son corps³⁶ (2005:94). « Dans ces conditions, la conscience de l'enracinement corporel de la présence humaine n'est donnée que par les phases de tension que rencontre l'individu (...). Une douleur tenace, la fatigue, la maladie, un membre cassé par exemple, restreignent le champ d'action de l'homme et introduisent le sentiment pénible d'une dualité qui rompt l'unité de la présence: le sujet se sent captif d'un corps qui l'abandonne » (Le Breton, 2005:96). Cette dualité ou l'expérience de la maladie provoque une angoisse, en conséquent des spécialistes ont pour tâche de « réintroduire du sens là où celui-ci fait

36 Le Breton définit l'état de santé comme « une coïncidence harmonieuse avec soi-même qui caractérise le monisme et se marque dans la sphère occidentale par une discrétion relative des activités corporelles » (2005:97).

défaut ». Ainsi, selon Le Breton, la charge d'angoisse est alors « atténuée ou supprimée par la symbolisation opérée à l'aide du thérapeute » (2005:96-97). Or les institutions biomédicales sont en général mal formées à la reconstruction du monde vécu ou à la symbolisation ; c'est un phénomène que mettent en avant divers auteurs (Good, 1998:267; Menoret, 1999:156). Toutefois, l'univers des institutions biomédicales fait intégralement partie du vécu des malades. Néanmoins, il ne faut pas mettre de côté la visée pragmatique comme motivation pour un malade lors son recours à tel ou tel thérapeute. En effet, un spécialiste qui ne ferait que fournir du sens « en dehors de toute préoccupation opératoire » n'agirait sans doute pas selon les attentes du malade (Benoist, 1996:496). Reste à savoir à quel moment de l'histoire de maladie se construit le sens et par quel biais. Dans ce cadre, les travaux de Byron Good (1998) sur la narration sont particulièrement pertinents et utiles pour cette recherche.

S'attacher à reconstruire son monde vécu passe par le fait de nommer la maladie et par celui de mettre en récit son événement maladie. Premièrement, le diagnostic permet de trouver l'origine de la maladie et d'en objectiver la cause, « mais il cherche également à « invoquer » une réponse efficace ». Deuxièmement, quant à la mise en récit, elle permet de « situer la souffrance dans l'histoire », tout en ayant pour but d'ouvrir sur l'avenir, en imaginant un moyen de venir à bout de sa maladie (Good, 1998:269). En effet, bien plus que localisée dans le corps, la maladie intervient avant tout dans une vie, affectant une personne et l'empêchant d'accomplir ses rôles sociaux. Autrement dit, la localisation biomédicale de la maladie dans le corps, accompagnée d'un diagnostic redoutable, ne dit rien de l'interprétation individuelle de la maladie ou des causes perçues. La maladie appelle à une redéfinition de l'identité du malade suivant un processus qui peut parfois être long et douloureux. De plus, les malades ont une perception beaucoup plus fine des interactions entre les niveaux psychologique et physique durant l'histoire naturelle de la maladie. Ils perçoivent au quotidien ce que leur « coûte » cette maladie. Après la déconstruction provoquée par le diagnostic, s'ouvre une période dont l'aspect optimiste est l'horizon de reconstruction de son monde vécu, la maladie en tant que phénomène créateur de sens et d'expériences, en tant que processus dynamique impliquant le savoir populaire, l'expérience individuelle et les interactions sociales. Cet aspect de création de sens permet aux individus de prendre en main leur souffrance, de la nommer et ainsi de mieux la combattre.

En considérant le besoin de sens individuel ainsi que l'incapacité des institutions biomédicales à y répondre, force est de constater que les patients se tournent vers d'autres pratiques. La biomédecine ne se préoccupe que de la pose d'un diagnostic, elle néglige « le sujet et son histoire, son milieu social, son rapport au désir, à l'angoisse, à la mort, le sens de la maladie, pour ne considérer que le mécanisme corporel » (Le Breton, 2005:187). Ainsi résiderait dans ce phénomène une des explications du succès grandissant des thérapies complémentaires, plus aptes à prendre en considération les demandes de prise en charge holistique souhaitées par les patients. En d'autres termes, l'homme de la ville qui rencontre un guérisseur traditionnel « n'est pas seulement en quête d'une guérison que la médecine a échoué à lui donner, il trouve aussi au contact du guérisseur la révélation d'une image bien plus digne de son intérêt que celle fournie par le savoir biomédical » (Le Breton, 2005:85). Qu'en est-il des guérisons proposées par les Eglises évangéliques? Comment font-elles sens de la maladie et comment prennent-elles en compte les spécificités et les demandes individuelles? Afin de comprendre les particularités de cette pratique, penchons-nous dans un premier temps sur les « religions de guérison », étudiées principalement par Régis Dericquebourg, afin de tirer quelques enseignements utiles pour notre compréhension des guérisons évangéliques.

II.1.3 Détour comparatif du côté des religions de guérison

Dericquebourg souligne, tout comme Rossi au sujet du catholicisme (2002:192), que les Eglises chrétiennes proposent avant tout le salut de l'âme. La préoccupation de la santé y est donc périphérique, même si elle peut être très visible (Dericquebourg, 2002:40). Par contre, dans certains groupes religieux minoritaires, le traitement spirituel des malades est central dans les pratiques, ce qui les apparente à des mouvements guérisseurs (2002:40). Ces religions de guérison (principalement l'Antoinisme, la Science chrétienne et la Scientologie)³⁷ constituent, selon Dericquebourg, un sous-ensemble spécifique du champ religieux (2002:41). Voici l'idéal-type dressé par cet auteur et qu'il présente dans sa contribution à l'ouvrage *Convocations thérapeutiques du sacré* (2002). Les religions de guérison ont « une communauté de croyants, des outils mettant en relation l'homme avec une réalité supra-empirique, une cosmologie qui donne sens à l'existence ou aux événements où l'homme n'est pas limité à sa vie terrestre et une morale qui découle de leur conception du monde.

³⁷ Je fais ici nettement la distinction entre les religions de guérison étudiées par Dericquebourg et la guérison divine pratiquée dans les Chambres de guérison qui est l'objet de ce travail. Le but étant dans cette partie de comparer les deux mouvements afin de les situer l'un par rapport à l'autre et de mettre en lumière leurs différences et similitudes.

Elles proposent un salut de l'être après la mort (salut ontologique) ou l'avènement d'un monde parfait (salut collectif), mais leur spécificité réside dans le fait qu'elles s'affichent comme des mouvements ayant reçu vocation à guérir les maux physiques ou psychologiques ou de réparer la vie, c'est-à-dire à procurer les bienfaits immédiats ici-bas (salut de manipulation). Ici la santé est centrale » (2002:41-42). Reprenons les divers éléments avancé par Dericquebourg et voyons ce qu'il en est au sein de l'AIMG.

Premièrement, concernant la communauté, cet élément est présent selon une modalité particulière au sein de l'AIMG. Il est difficile de cerner la communauté de croyants, puisque le milieu évangélique n'est pas strictement défini. Plus précisément, les Chambres de guérison fonctionnent comme des prestataires mais n'entretiennent pas une communauté de croyants par des cultes, etc. (hormis bien entendu l'équipe d'intercesseurs qui se réunit hebdomadairement). Concernant la Chambre de guérison de Genève, les malades que j'ai interviewés font partie de la même paroisse, tout comme la majorité des membres de l'équipe. Prestataires de soins et usagers fréquentent les mêmes cultes, entretiennent des liens, et tous les malades que j'ai interviewés connaissaient au moins les dirigeantes avant de se rendre à la Chambre. Donc bien que l'AIMG n'organise pas des réunions à Genève (cultes, séances de louanges, etc.), le sens de la communauté s'entretient en se superposant à une communauté évangélique modérée pré-existante. Je rappelle que Favre classe l'EELG au sein de la tendance modérée bien qu'ouverte aux charismes. Je pense que ceci distingue en partie les Chambres de guérison des religions de guérison.

Deuxièmement, au sujet de la cosmologie et des outils mettant en relation humains et réalité supra-empirique, il est possible de noter des similitudes entre les religions de guérison et l'AIMG. En effet, l'homme est en relation avec Dieu grâce à diverses modalités de médiations que j'emprunte aux travaux de Piette au sein d'une communauté catholique (2002). Les membres de l'AIMG ont reçu leur mission directement de Dieu et effectuent les mêmes miracles que Jésus en son temps. Par cette légitimation de l'action de l'AIMG, Dieu est amené dans la Chambre au moment des guérisons, les membres de l'AIMG représentent ainsi Dieu sur Terre. Par l'objectivation, par une parole spécifique, une guérison divine est attribuée à l'action de Dieu et contribue à marquer la présence de Dieu, tout comme le sont le parler en langues ou les paroles de connaissances par exemple³⁸. Dieu est aussi présent sous forme de traces dans la Bible, dans les bulletins paroissiaux, etc. Les individus eux-

³⁸ Pour une définition de ces termes, voir respectivement aux pages 12 et 19 de ce travail.

mêmes peuvent être l'exemple de la présence de Dieu, en montrant comme ce dernier les a sortis d'une situation délicate ou les aide : chômage, douleurs, dépressions, solitude, maladies, etc. Là se situe l'importance du témoignage en milieu évangélique, le fait qu'il faut proclamer le bien que Dieu a fait dans sa vie dans une perspective d'évangélisation et de fortification de la foi de la communauté.

Christian : *« Je crois que toute expérience, qui est une bonne expérience, on a toujours envie de partager avec quelqu'un. Et quand on peut dire, dans une Eglise, « j'ai été guéri, Dieu m'a touché », alors qu'on voit que maintenant les gens sont de plus en plus sceptiques en ce genre de choses, ben ça peut que encourager et fortifier tout le monde. Et je crois que c'est là, que ça change quelque chose, plus que dans la relation directe avec Dieu. C'est peut-être plus une extériorisation sur l'extérieur, plus que dans la relation quelque part. »*

Laetitia : *« Comme... ouais t'as une sorte de mission quelque part. C'est dans ce sens-là ? »*

Christian : *« En quelque sorte. Je pense que le monde chrétien aujourd'hui, il - comment est-ce que je pourrais dire ça - j'ai envie de dire, il connaît Dieu, il sait ce qu'il a fait, mais j'ai envie de dire que la plupart pense que c'est du passé, c'est plus forcément actuel. »*

Les individus que j'ai interviewés ont témoigné pour la majorité à des proches eux aussi chrétiens ou envisagent de le faire lors des cultes de la paroisse qu'ils fréquentent. Uniquement deux d'entre eux (Elisabeth et Véronique) en ont témoigné auprès de non-chrétiens. De plus, cela ne s'est produit qu'une fois pour l'une. Toute deux m'ont dit que cela s'était mal passé. Cette donnée relativise l'action prosélyte des membres de la communauté évangélique dont il est ici question.

Laetitia : *« Et quand tu disais que tu voyais que l'amour de Dieu circule, est-ce que toi, par exemple, tu témoignes aussi de ta guérison ? Je sais pas auprès de proches ou... »*

Véronique : *« Ouais, tout à fait. C'est-à-dire que j'ai commencé à me sentir mieux, la joie est revenue, ça déjà ça fait un grand... ça se voit. Et pi j'ai commencé un peu à bouillir d'amour pour Dieu, et pi ça se passe par la parole. D'abord dans ma famille, et ensuite j'ai eu de multiples occasions d'échanges avec des chrétiens. Et pi maintenant, aussi, je commence aussi à témoigner euh... dans mon groupe. Mais quelque part, j'attendais un peu d'être plus affermie dans ma foi, avant de témoigner, de... ouais. Maintenant je le fais avec mes amis non croyants. C'est vrai que il y a une urgence de... et quand je pense à la mort, il y a une urgence de partager sa foi parce que... parce que les bénéfiques sont éternels. Ca c'est dur à dire à des non croyants, parce qu'il vient tout de suite la question du jugement, et les gens aiment pas entendre parler de... d'enfer ou de vide, ou de non vie après la mort. Les gens (se) sont construits toute sorte de raisons d'espérer, ou de trouver la vie moins moins creuses, des sens qui sont parfois fabriqués de tout pièce. Et pi quand on entre là-dedans, c'est un discours qui est très délicat... d'ailleurs c'est assez houleux. »*

Troisièmement, la guérison proposée par les religions de guérison repose sur une conception du salut particulière. Celui-ci comporte deux versants, d'un côté il concerne la délivrance au-delà de la mort (salut ontologique), de l'autre il vise l'obtention de bienfaits immédiats (salut de manipulation). Le salut ontologique se rapproche des représentations classiques des grandes religions. Le salut de manipulation, selon Dericquebourg, se rapproche des buts de la magie

(2002:46). Dericquebourg dissocie dans sa contribution le salut « matériel » ou « magique », qui sert de ressource aux individus dans leur vie quotidienne, du salut « ontologique », qui permet aux individus de faire sens du malheur. Reste à savoir si l'un ne va vraiment pas sans l'autre et quelle est la part de similarité entre cette conception du salut et celle qui prévaut dans les religions chrétiennes. Du point de vue de l'anthropologie de la santé, une médecine complémentaire se préoccupant uniquement du sens sans visée pratique serait aussi désarmante (pour le patient) que peut l'être la biomédecine qui ne prend en charge que les actes thérapeutiques pratiques. Le salut protestant issu du puritanisme est promis à quiconque se comporte correctement ici-bas. Il est toutefois quelque peu différent du salut calviniste, selon lequel il n'y a que Dieu qui peut élire les individus sauvés, quelles que soient les bonnes actions accomplies dans ce monde³⁹. Quant au salut évangélique charismatique, outre la promesse de délivrance après la mort et de retour de Jésus sur terre, il garantit à ses fidèles l'obtention de bienfaits ici-bas: principalement la prospérité financière et la santé; « Jésus sauve, guérit et revient » (Willaime, 2005:27). La puissance salvatrice de Dieu se trouve ici exprimée dans les dons reçus lors de sa vie terrestre. Il me semble que le salut ontologique ne va pas sans celui de manipulation et qu'il s'agit plutôt de deux pôles d'un continuum. Les grandes religions sont tant concernées par la santé (donc par les bienfaits obtenus dans ce monde), desquelles fait partie l'évangélisme (modéré, charismatique et fondamentaliste), que par le salut. Dans l'évangélisme, et surtout dans sa forme charismatique, il me semble que le salut est à la fois ontologique, collectif et de manipulation, tout comme il concerne la vie après la mort ainsi que le bien-être ici-bas. Toutefois, il convient de noter que le but principal de l'évangélisme est la vie après la mort, le retour des fidèles auprès du Créateur, et non cette vie terrestre (la guérison). Une seconde remarque peut être faite par rapport aux termes employés par Dericquebourg, qui, bien que provenant de la tradition sociologique, sont quelque peu connotés de manière négative (manipulation, magie, etc.). Ces termes sous-entendent de plus une distinction et une hiérarchie entre savoir rationnel scientifique et savoir magico-religieux (propos déjà soulignés par Augé en 1984).

39 Le puritanisme constitue une source de la spiritualité évangélique. Le puritanisme se voulait une réponse à l'anxiété suscitée par la doctrine calviniste, doctrine de l'élection qui n'offrait pas d'assurance pour le croyant d'être sauvé. En effet, selon cette doctrine, Dieu est seul souverain pour désigner les fidèles qui seront sauvés. Selon les puritains, la confirmation de l'élection existe, il s'agit de « l'expérience intérieure de la grâce salvatrice ». « Le poids fut mis sur la conversion et sur l'expérience subjective de la « nouvelle naissance ». L'assurance du salut se trouvait liée à la capacité de faire état verbalement de l'expérience de salut » (Favre, 2006:59).

Quatrièmement, dans les religions de guérison, les thérapeutes ont une place centrale et leurs fondateurs ont souvent eu une expérience de la guérison qui a été initiatique. Les thérapeutes agissent comme des médiateurs entre les malades et les forces surnaturelles, mais ils n'agissent pas sous la contrainte des Dieux ou des Esprits, ni sont uniquement des intercesseurs. Les patients sont impliqués dans la guérison « par un travail intellectuel » (Dericquebourg, 2002:42). Les thérapeutes sont choisis pour exercer une fonction au sein d'une institution selon leurs compétences, même s'ils sont parfois au bénéfice d'un charisme personnel. Selon cet auteur, ceci différencie grandement les religiothérapeutes qu'il décrit des individus impliqués dans la direction d'une organisation pentecôtiste. En effet, cette dernière est fondée sur une double hiérarchie, à la fois temporelle (ministres, prédicateurs) et spirituelle (fondée sur une accumulation de dons) (2002:43). De plus, Favre précise, en citant Saillant (Saillant et alii, 2002:437), que « le prêtre (*padre* ou *pastor*) (évangélique) (...) n'est jamais considéré comme un véritable guérisseur: c'est la foi et la relation à Dieu qui permettent la guérison, surtout chez les pentecôtistes (...) » (Favre, 2006:96). Il y a donc une différence notable entre religions de guérison et évangélisme charismatique, surtout du point de vue de la structure des organisations (quand elle survient, qui la procure et comment). Toutefois, l'AIMG n'est pas une Eglise au sens strict et, bien qu'elle soit issue du milieu évangélique charismatique, ses dirigeants sont aussi au bénéfice d'une expérience qui a été initiatique comme nous l'avons vu dans un des textes présents sur le site de l'AIMG analysés plus haut. De plus, la hiérarchie semble davantage reposer sur des dons spirituels que sur une hiérarchie temporelle puisque les dirigeantes de la Chambre de guérison de Genève n'ont pas été ordonnées. L'AIMG a estimé qu'elles avaient suffisamment d'expérience pour ne pas avoir besoin de suivre la formation de l'AIMG (qui n'est pas une école de théologie). Même si au sein de l'évangélisme charismatique les guérisons ne sont pas l'objectif principal et que les pasteurs ne sont pas des guérisseurs, il semble qu'en ce qui concerne l'AIMG les caractéristiques des dirigeants ainsi que l'objectif principal de guérison rendent ce mouvement plus proche des religions de guérison que ne le laissent penser à première vue les discours des divers acteurs.

Ilario Rossi explore les liens entre religions et guérisons et surtout entre salut et santé (2002). D'après lui, les religions de guérison proposent « à la place du salut éternel, le bien-être corporel et l'épanouissement de la personne dans ce monde » (2002:193). Les caractéristiques de ces pratiques sont: « la présence de thérapeutes dans leurs cultes, une doctrine qui légitime le soin et l'entretien du corps, une définition très extensive de la maladie et de la prévention, ainsi qu'une solide gestion

de l'échec » (2002:193-194). Il ajoute que ces mouvements sont présents, mais sous des formes adaptées, dans les grandes religions, tant la santé est devenue une valeur sociale prépondérante avec ou à côté du salut. La santé est un élément que le catholicisme s'était employé à clairement séparer du salut dans sa doctrine. En parallèle de la baisse des pratiques religieuses traditionnelles en Occident, nous assistons à un « renouvellement rituel déployé par les nouveaux marqueurs sociaux qui se multiplient pour donner sens à l'existence » (2002:194-195). Rossi explique ce phénomène par le « besoin de sacré » qui n'a pas diminué en même temps que la baisse éprouvée par les grandes religions chrétiennes. Il ajoute que « ce besoin ne se dissocie pas de la quête d'une nouvelle relation au corps, véritable pôle de convergence entre soins et religion » (2002:195). Une nouvelle relation au corps se trouve exprimée dans les guérisons divines, qui sont une expression de la puissance de l'Esprit. Cette bénédiction n'est toutefois pas dissociée du salut de l'âme dans l'au-delà. Le bien-être obtenu ici-bas ne relève pas de la magie (terme connoté et étiqueté⁴⁰), ne constitue pas uniquement une ressource « matérielle » mais permet aussi aux individus de faire sens de leur malheur. Salut matériel et salut ontologique se trouvent, selon moi, associés. Nous verrons dans les entretiens en quoi consiste la solide gestion de l'échec ainsi que la doctrine légitimant les soins et l'entretien de soi propres à l'AIMG.

Le détour comparatif par les religions de guérison nous a permis de comprendre dans quelle mesure l'AIMG est un mouvement contemporain tant il véhicule des valeurs issues de la société occidentale : bien-être, conception holiste de l'individu, responsabilisation individuelle, etc. Bien que son origine soit le berceau évangélique charismatique, l'influence des valeurs modernes et des migrations généralisées n'est pas en reste. La prise en charge holiste, en lien avec une doctrine prônant le soin et l'entretien du corps, est une perspective qui, à l'origine, provient des médecines traditionnelles (voir typologie de Rossi dans l'introduction) telles qu'elles ont été importées dans notre société (médecines chinoise, ayurvédique, etc.). Le point de vue de Dericquebourg est de considérer les religions de guérison comme un sous-ensemble du champ religieux. Pour ma part, je considère les Chambres de guérison du point de vue de l'anthropologie de la santé et interroge dans cette perspective les discours des malades afin de cerner comment les guérisons divines sont

40 Attribuer le terme de « magie » revient à dissocier d'un côté le salut magique et de l'autre le salut ontologique, ce dernier étant issu des grandes religions occidentales. Cette opposition souligne en quelque sorte une hiérarchisation entre le « bon », le « vrai » salut (ontologique) et le « faux » salut (de manipulation ou magique). De plus, cette dichotomie occulte selon moi le fait que l'obtention de bienfaits « miraculeux » dans ce monde-ci est aussi attendu par les fidèles des institutions religieuses historiques, même si cela est bien évidemment dans une autre proportion (tels les miracles de Lourdes par exemple).

expliquées, quel sens cette expérience donne à l'existence et de quelle manière cela contribue à construire une nouvelle relation au corps (« pôle de convergence entre soins et religion », Rossi, 2002 :195). Voyons à présent l'ancrage théorique de ce travail, qui a déterminé entre autre le recours à une méthodologie particulière : les entretiens compréhensifs.

II.2 Interprétation de la guérison divine à partir de l'expérience et des discours

II.2.1 L' « histoire naturelle de la maladie » au sein des « secteurs de soins »

Le modèle biomédical postule qu'un individu consulte un médecin lorsqu'il est malade. Or ce postulat ne représente qu'une partie de la réalité. « Dans les faits, plusieurs porteurs de symptômes médicalement significatifs ne consultent pas (ou consultent en dehors du système médical officiel), et, à l'inverse, une proportion notable des consultations concernent des individus sans symptômes » (Massé, 1995:314). Il s'agit de se focaliser sur « le cheminement suivi par l'individu depuis l'étape de l'apparition des symptômes jusqu'à celle de l'adhésion au traitement » (Massé, 1995:314). L'histoire naturelle de la maladie se définit « comme l'ensemble des réactions (décisions, comportements, etc.) manifestées par l'individu et les membres de son entourage face à un problème donné, à partir de l'étape de l'expérimentation initiale des premiers symptômes jusqu'à celle caractérisée par l'évaluation de l'efficacité du traitement » (Massé, 1995:352). Kleinman (1980:49-60) est le premier à contextualiser les cheminements individuels et à souligner qu'ils s'effectuent au sein de divers secteurs composant le système global des services de santé. Cet auteur distingue trois secteurs possédant chacun des pratiques et des discours qui leur sont propres: le secteur populaire, le secteur alternatif et le secteur professionnel. Précisons que le secteur populaire n'est pas équivalent aux soins populaires décrits par Rossi. Dans ce travail, j'emploierai l'expression de « secteur complémentaire » ou « médecines complémentaires » à la place de secteur alternatif. En effet, le mot « alternatif » me semble quelque peu connoté. Il qualifie les thérapies comprises dans ce secteur de concurrentes pour le secteur biomédical. Je préfère les voir comme un complément, point de vue qui est tout aussi connoté et représentatif de ma perception du système de santé. Je qualifierai de plus le dernier secteur de « biomédical » à la place de « professionnel », à la différence de Massé (1995:326-327), ceci afin de souligner que des thérapeutes complémentaires sont aussi des professionnels, des spécialistes qu'ils soient rémunérés ou non pour leur activité.

Se dire malade ne déclenche pas forcément un processus de recherche d'aide biomédicale. En effet, le recours aux biomédecins peut n'être qu'une étape du processus de soins, qui peut comprendre l'automédication, le recours à des thérapies alternatives ou la demande de conseils envers des proches. Les trois secteurs cités constituent le contexte global au sein duquel l'individu va nomadiser tout au long de son cheminement le menant à la santé (Massé, 1995:321).

Il me semblait intéressant de revenir sur cette notion de « secteur », tout en l'adaptant au sujet étudié ici. Ce découpage analytique peut être pertinent afin de penser les rapports entre ces trois secteurs, leurs logiques d'articulation et la manière dont ils sont intégrés dans les cheminements individuels. Il convient de souligner que les trois secteurs décrits ici sont « bons à penser », qu'ils ne sont pas présents tels quels dans les représentations populaires (il s'agit de catégories étiques), et qu'ils ne sont ni figés ni exclusifs. Les critères de distinction entre ces secteurs sont basés, d'une part, sur le lien qui unit le soignant au soigné (un proche dans le premier secteur et le recours à un service/un professionnel dans les deux autres) et, d'autre part, sur les logiques sous-jacentes aux pratiques thérapeutiques (logique holiste dans le premier et le deuxième, logique empiriste dans le troisième). Cette catégorisation en secteurs est à garder en mémoire afin d'analyser, dans les discours des malades, leur représentation des rapports entre les différents secteurs.

II.2.2 Où situer la Chambre de guérison au sein de secteurs de soins de santé ?

Massé propose de placer le rôle des Eglises dans le premier et le deuxième secteur. Les habitudes de vie saines prônées par les Eglises en général entrent dans la catégorie populaire, puisqu'apparemment les conseils proviennent de l'entourage et que les habitudes de vie découlent de l'adhésion à une religion (1995 :322-324). De plus, dans ce qu'il nomme le secteur alternatif, il cite les « thérapeutes spiritualistes » actifs dans les sectes et les Eglises⁴¹. Par l'étude des guérisons divines, il s'agira de déterminer si l'AIMG intervient plutôt dans le premier ou dans le second secteur. Il semble néanmoins d'ores et déjà possible de faire une distinction entre l'adhésion à une religion, transmise par les proches, qui définit certaines habitudes de vie saines et le recours aux guérisons divines dans le cadre d'un épisode maladie. De plus, il faut noter que la plupart des thérapies holistes, en particulier les thérapies traditionnelles, fournissent des conseils au sujet d'un mode de

41 Le débat reste aussi ouvert en ce qui concerne les psychologues et psychothérapeutes. Où les situer entre le deuxième et le troisième secteur? Je n'ai pas de réponse à apporter, ce n'est pas le sujet de ce travail, néanmoins je tenais à relever ce questionnement.

vie sain, afin de prévenir la maladie. Ces dernières entrent toutefois, d'après nos catégories, dans le second secteur. Comme dit précédemment, ces catégories vont nous servir à penser les relations entre divers secteurs, mais restent dans la pratique totalement perméables les unes aux autres et interconnectées. Dans le cadre de l'étude d'une histoire de maladie, nous nous intéresserons en particulier aux rapports entre biomédecine et guérisons divines.

Le pentecôtisme relève principalement de la médecine complémentaire selon Olivier Favre car son universalité est garantie par son « système théologique sous-jacent ». De ce point de vue, le pentecôtisme questionne le regard médical et son inconsidération pour l'ancrage relationnel de l'individu. « Avec l'augmentation des maladies de nature psychosomatique, le pentecôtisme rejoint l'aspiration d'un discours intégré sur la souffrance, d'une explication qui souligne l'interdépendance des dimensions organiques, spirituelles et relationnelles dans le processus de guérison » (Rossi, 1997:145 cité par Favre, 2006:97). De plus, cet auteur met en avant un trait commun entre pentecôtisme et médecines traditionnelles, qui voient tous deux dans le corps « l'instance qui relie toutes les composantes de l'être, considérant que la vie et la mort, ainsi que la santé et la maladie appartiennent à un même continuum » (Rossi, 1997:145 cité par Favre, 2006:97). Favre ajoute que dans ce contexte, « l'irrespect de certaines règles d'existence est de nature à expliquer l'origine de la souffrance ». En suivant Favre, notons que l'AIMG fait partie du secteur de soins complémentaires. Cependant il reste à savoir où la situer au sein de ce secteur, soit avec les médecines traditionnelles, alternatives ou populaires, soit dans un secteur à part entière. En effet, les guérisons divines partagent des traits communs avec les médecines traditionnelles, toutefois celles-ci trouvent leur origine hors de la société occidentale. Les médecines populaires ont une origine proche de celle des guérisons évangéliques, toutefois ces deux pratiques opèrent selon des logiques contradictoires, point sur lequel insistent les évangéliques que j'ai rencontrés. L'option de Dericquebourg est de situer les religions de guérison qu'il a étudiées (voir point précédent) comme sous-secteur des religions. Or, en accord avec l'approche d'anthropologie de la santé adoptée ici, il nous faut considérer les guérisons évangéliques au sein du système de santé global. A ce stade, mon sentiment est de situer l'évangélisme charismatique au sein d'une nouvelle catégorie des thérapies religieuses orthodoxes.

II.2.3 La maladie comme expérience interprétative

L'approche interprétative employée dans cette recherche analyse la signification que prend la souffrance dans une communauté et ne se centre plus sur la maladie en tant que réalité empirique (maladie réalité-biologique). « La signification⁴² de la maladie n'est pas qu'un simple rapport entre un objet signifiant - par exemple, les symptômes d'une maladie donnée – et un signifié – croyance, symbole, valeur. Elle se rapporte plutôt à un réseau de symboles à travers lequel l'individu interprète la réalité de sa maladie » (Massé, 1995:186). Dans ce cadre, le savoir populaire relié à la santé est une ressource dynamique dans lequel l'individu peut puiser afin d'interpréter sa maladie et sa souffrance. Chaque individu construit son savoir lié à la santé en fonction de ses expériences passées, au fil des discussions et sous l'influence des représentations circulant dans son groupe d'appartenance. « Le savoir populaire ne définit pas toujours la maladie par la simple présence de symptômes; il peut retenir divers autres éléments de définition tels que des causes perçues, des circonstances, des comportements, des conditions environnementales, des conséquences, etc. » (Massé, 1995:239). Le savoir populaire forme un système culturel, de pratiques et d'interprétations, basé sur une logique autre que celle de la rationalité scientifique. Il semble essentiel de contextualiser ce savoir afin de comprendre sa logique et sa rationalité propres. Ce savoir populaire a trois sources : professionnelle, non professionnelle et idiosyncrasique (Massé, 1995:249)⁴³.

Le rôle de la culture est fondamental dans la compréhension du processus d'interprétation. Il est donc essentiel de contextualiser (ici au sein du milieu évangélique charismatique) un savoir afin de saisir sa rationalité et sa logique. Il ne s'agit pas non plus de culturaliser notre approche qui manquerait par là même de prendre en considération la nature dynamique des processus sociaux. Dans la société occidentale, la biomédecine révèle la « réalité » des désordres mentaux, physiologiques ou hormonaux; dans certaines sociétés, la maladie révèle la « réalité » du sorcier ou du déséquilibre énergétique. Quelle « réalité » recouvre la maladie en milieu évangélique ainsi que pour les malades qui ont recours à la guérison divine?

⁴² Massé définit une signification « comme l'ensemble des concepts, des notions, des idées ou des propriétés évoqués par un terme ou une expression » (1995:239).

⁴³ Massé emploie aussi le terme de « croyance » avec ceux de « représentation », « conception » ou « modèle explicatif ». En me référant à Good (1998:chap. I), je préfère ne pas avoir recours à ce terme afin d'éviter de parler des « croyances » des patients par opposition au « savoir » du chercheur en sciences sociales ou du (bio)médecin. Bien que Massé précise que les croyances ne sont « que des connaissances jugées fausses dans le cadre d'un savoir donné » (1995:240).

Kleinman a ouvert la voie à une nouvelle approche en faisant du système médical un système culturel et donc un objet de recherche en anthropologie de la santé. Il fait partie des tenants de la théorie interprétative, qui place au centre de son analyse les rapports entre la maladie et la culture. L'idée fondamentale est que la maladie n'est pas une entité mais un modèle explicatif (Good, 1998:125-126). « Des phénomènes humains complexes sont définis comme « maladie », et par là même deviennent l'objet de pratiques médicales. [...] En fait, c'est la croyance erronée que nos catégories appartiennent à la nature, que la maladie telle que nous la connaissons est donc naturelle et se situe en conséquence au-dessus ou au-delà de la culture (ou bien plus profond), qui constitue une « erreur catégorielle » » (Kleinman cité par Good, 1998:126). La définition biomédicale de la maladie en fait un phénomène naturel, se situant au-delà de la culture. Cette conception amène à considérer la maladie comme étant unique, universelle, sans lien avec le contexte social, politique, culturel et économique dans lequel elle survient. L'approche interprétative considère que tout discours médical, sur la santé, est construit et enchâssé dans des contextes qui lui sont propres. Il s'agit là d'un argument constructiviste, « selon lequel la maladie est constituée par l'acte interprétatif et ne peut être saisie que par lui » (Good, 1998:127). La structure sémantique du discours, ainsi que l'usage interprétatif des modèles médicaux pour construire le sens, deviennent le point central de la recherche. Comme Good l'a noté, « l'expression des symptômes ne renvoie qu'indirectement au monde biologique et souvent le patient exprime des plaintes qui n'ont pas de sens apparent au plan de la construction du diagnostic » (cité par Saillant, 1990:11). Dans cette perspective, j'ai choisi de recueillir les discours d'individus ayant (eu) recours à la Chambre de guérison, que la guérison ait été obtenue ou non.

Le sens de la maladie se construit à travers « l'expérience interprétative », qui permet de faire sens d'un événement causant une rupture biographique. La construction du sens s'élabore au travers de réseaux cohérents de symboles (Delvecchio Good et Good, 1982:147). Le sens de l'expérience de maladie se construit sur deux plans: le plan individuel et le plan culturel (Saillant, 1990:10). Selon l'approche interprétative, le sens de la maladie est relié à « un syndrome d'expériences typiques, à un ensemble de mots, de sensations qui sont regroupés et forment entre eux des réseaux sémantiques qu'on ne peut saisir qu'à travers le langage d'individus en vivant l'expérience » (Saillant, 1990:9-10). Ce discours est modelé par l'univers culturel dans lequel vit l'individu. Le sens se construit au fil d'interactions incessantes et dynamiques entre le savoir populaire lié à la santé et l'expérience individuelle. L'analyse de l'expérience subjective liée à un

événement maladie est appelée « l'ethnographie de l'expérience » par Joan et Arthur Kleinman. Ces derniers considèrent le corps comme « une source créatrice d'expérience » (Kleinman et Kleinman cités par Good, 1998:249), de la même manière que la maladie est une expérience humaine créatrice de sens (ou réalité humaine signifiante) (Massé, 1995:278).

Les significations de la maladie ne sont pas indépendantes les unes des autres mais forment des réseaux de significations (ou réseaux sémantiques). « Fondamentalement personnels, ces réseaux traduisent les ponts symboliques qu'établit un individu donné entre ses diverses expériences personnelles de vie » (Massé, 1995:278). La théorie interprétative s'inspire des travaux de Geertz (1983) et en premier lieu de sa définition de la culture. D'après lui, « la culture consiste en structures socialement établies de significations selon lesquelles les individus perçoivent et interprètent leur propre comportement et celui des autres » (Geertz cité par Massé, 1995:278). Il s'agit en d'autres termes du contexte dans lequel les pratiques, les comportements et les événements prennent leur sens. La description de ces structures ainsi que la manière dont elles sont utilisées par les individus sont les aspects principaux de la recherche interprétative. Le concept de réseau sémantique se concentre quant à lui sur l'interprétation de la maladie, c'est-à-dire sur la manière de donner sens aux symptômes, aux événements, aux contextes, etc. Il fournit un cadre interprétatif pour l'individu malade. L'événement maladie est le point de départ qui déclenche une entreprise d'interprétation et le réseau sémantique prend en considération l'influence conjuguée des facteurs cognitifs, émotifs avec le vécu du malade dans son réseau social (Massé, 1995:292). Les réseaux de significations lient entre eux les métaphores associées à une maladie dans une société⁴⁴, les théories ethnomédicales, les valeurs du groupe de pairs ou encore le vécu individuel. Ils synthétisent ainsi « les dimensions étiques et émiques de la maladie » (Delvecchio Good et Good cités par Massé, 1995:279).

44 Susan Sontag traite des métaphores liées au cancer et à la tuberculose dans son ouvrage *La maladie comme métaphore*, 1993.

Revenons à l'enquête de terrain, qui est à la base des données recueillies dans le cadre de cette recherche. Dans les parties théoriques précédentes, nous avons vu quelles sont les spécificités de l'évangélisme charismatique, auquel nous pouvons rattacher l'Association internationale des Ministères de guérison. Dans ce milieu prosélyte et pieux, où la Bible et le sacrifice de Jésus ont une place centrale : quelles conceptions de la maladie, de la santé et du processus de la guérison sont véhiculées par les malades ? Comment, quand et pourquoi la guérison divine intervient-elle au sein des trajectoires individuelles ? Comment se construit le sens d'un événement maladie, et comment les malades perçoivent-ils le rôle de la foi dans la guérison ? Comment comprennent-ils et expliquent-ils la guérison ? Avant de revenir plus en profondeur sur ces questions, voyons dans un premier temps dans quel contexte s'est déroulé mon terrain et, dans un deuxième temps, la manière dont s'est effectué le recueil des données.

III.1 Déroulement du terrain

III.1.1 Choix de l'objet d'enquête et prise de contact avec la Chambre de guérison de Genève

Mes premières observations des guérisons divines ont eu lieu lors d'une soirée de guérison, organisée par l'AIMG en janvier 2007 à Oron-la-ville. J'avais déjà eu un contact téléphonique avec le premier informateur (que j'appellerai Marc afin de respecter son anonymat), avec lequel j'avais pris rendez-vous pour un entretien exploratoire. Je savais qu'il se rendrait à cette soirée et nous nous y sommes rencontrés. Peu après cette première observation, j'ai eu une discussion, ainsi que des échanges par courriel, avec une « personne bien informée » effectuant elle-même des recherches dans le milieu évangélique (que j'appellerai Jean). Après mon premier entretien exploratoire avec Marc, j'ai décidé de collaborer avec les équipes s'occupant de Chambres de guérison liée à l'AIMG afin d'aborder le thème des guérisons divines. Etant moi-même domiciliée à Genève, et afin de faciliter la mise sur pied de mon terrain, je souhaitais entrer en contact avec la Chambre de Genève. J'avais les noms des personnes responsables de cette Chambre, mais je ne savais pas comment entrer en contact avec elles. Il me restait toutefois la possibilité de téléphoner directement au numéro apparaissant sur le site internet de l'AIMG. J'allais me retrancher sur cette solution de recours, quand j'eus des nouvelles par courriel de Jean, m'informant de l'Eglise évangélique

fréquentée par ces deux responsables. Bien que la Chambre soit liée à l'AIMG et soit un lieu ouvert à des individus de toutes dénominations, elle possède des liens étroits avec une Eglise évangélique genevoise.

III.1.2 Dispositif, interactions et enjeux de l'enquête de terrain

Sachant enfin où me rendre pour rencontrer les membres de la Chambre de guérison de Genève, j'ai décidé de participer régulièrement au culte du dimanche donné dans cette paroisse, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, afin de mieux cerner ce que cela signifie de fréquenter régulièrement une paroisse évangélique, ainsi que la place que l'Eglise peut représenter dans la vie d'un fidèle. Ensuite, car j'avais le sentiment que prendre part quotidiennement au culte me permettrait « d'en être ». J'avais en mémoire entre autres l'ouvrage de Jeanne Favret-Saada, intitulé *Les mots, la mort, les sorts*, dans lequel est expliqué qu'un observateur neutre et objectif ne peut trouver sa place ou obtenir des informations. Il faut que l'observateur soit engagé. Je ne compare pas ici la sorcellerie (thème de l'ouvrage de Favret-Saada) à l'évangélisme, néanmoins je présentais que la notion d'engagement y était aussi prépondérante. En effet, il ne sera pas dit la même chose à un non-chrétien qu'à un chrétien, car il s'agit de convaincre le premier tandis qu'au deuxième (puisqu'il est déjà convaincu), il peut être fait part des doutes, des difficultés, des opinions, etc. Un article d'Elisabeth Claverie va dans le même sens en ayant recours aux notions de « régime de la foi » et de « régime de la preuve » (1999:11-15). Dans le monde de la foi, l'intercompréhension et la complicité entre les membres du groupe les amènent à discuter sur un autre mode qu'avec des individus considérés comme faisant partie du monde de la preuve (au sens de la vérification scientifique). Au cours de mes observations, que je menais en parallèle des entretiens, j'ai tenu un « journal de mémoire » dans lequel j'ai inscrit mes observations, mes réflexions, mes questionnements, etc. Je n'ai jamais pris de note pendant mes observations, mais toujours après, dans le but de prendre part à l'événement et de ne pas donner l'impression de vouloir simplement recueillir des informations. Toutefois durant les cultes, cela passait inaperçu de noter sur le vif une ou deux phrases entendues, car une partie des paroissiens prend des notes lors de la prédication. Les propos du pasteur sont notés par les fidèles directement dans leur Bible, sur un cahier ou un bloc-notes.

J'ai facilement rencontré, lors des premières fois que je me suis rendue au culte, une des deux responsables qui m'a tout de suite proposé de venir voir comment cela se passait dans la Chambre de guérison de Genève. Le rendez-vous était pris pour le vendredi suivant, dans l'après-

midi. Durant ma visite à la Chambre de guérison, les deux responsables m'ont proposé de répondre à mes questions, mais, l'heure avançant, nous avons fixé un rendez-vous pour un entretien enregistré environ 10 jours plus tard. Au cours de cet entretien à trois, j'ai explicité le but de ma recherche et la nécessité de recourir à des entretiens avec des individus ayant (eu) recours à la Chambre de guérison. Les deux responsables m'ont proposé de regarder dans leur liste afin de sélectionner des individus qu'elles estimaient susceptibles de me répondre et en mesure de discuter de leur maladie. Au début de ma recherche, je souhaitais croiser la thématique de l'oncologie à celle de la guérison divine. Or, le fait que le seul moyen d'avoir accès aux malades était d'obtenir une liste présélectionnée, m'a contrainte à élargir ma problématique en y incluant des individus ayant souffert ou souffrant de diverses affections. Ici se dégage, de plus, une limite sérieuse de ma recherche. Les individus, avec lesquels j'ai eu un entretien, sont des membres de l'Eglise que les responsables croisent régulièrement lors des cultes, et non des individus étant venus occasionnellement à la Chambre, sans avoir d'attache avec la paroisse. J'ai eu une liste de cinq noms, environ trois semaines après l'entretien avec les responsables, à laquelle j'ai pu ajouter le père d'une dame collaborant avec la Chambre, ainsi que l'épouse d'un homme dont le nom figurait sur la liste. Toutes les personnes contactées ont accepté de me rencontrer, et que l'entretien soit enregistré (il n'y a qu'une personne de la liste que je n'ai pas réussi à contacter). Deux entretiens se sont déroulés dans une cafétéria, et les autres au domicile de mes interlocuteurs. Je les ai tous enregistrés, avec l'accord de mon interlocuteur, et en lui garantissant un traitement confidentiel des données (ce qui implique qu'il s'agit à chaque fois de noms et de prénoms d'emprunt). Parmi mes informateurs ayant (eu) recours à la Chambre de guérison, figurent trois hommes et trois femmes, âgés entre 45 et 90 ans.

A plusieurs reprises, lors de discussions dans le cadre de mon terrain, lorsque je rencontrais des individus pour la première fois, ils me posaient plusieurs questions: Où j'habitais? Quelle Eglise je fréquentais? Pourquoi avais-je choisi ce sujet de mémoire? Ces questions m'ont obligée à me positionner d'entrée et j'avais d'ailleurs fait le point sur mes motivations personnelles ainsi que sur mes aprioris avant de me plonger dans mon terrain. Je me suis présentée comme étant catholique de part mes parents, et ayant fréquenté la paroisse dans laquelle j'ai effectué ma communion. De part des activités annexes, j'ai en effet des contacts réguliers avec quelques membres, dont le prêtre, de cette même paroisse. Au fil de la recherche, et lors de nouvelles rencontres, je disais fréquenter une paroisse évangélique genevoise depuis peu de temps, puisque j'y suis allée plusieurs dimanches de suite. Les personnes avec qui j'ai eu un entretien, ou que j'ai rencontrées dans le cadre de la

Chambre de guérison, savaient toutes que j'effectuais un mémoire sur le thème de la guérison. Dans ce contexte, le fait que je connaisse Jean et qu'il m'ait aiguillée était un gage positif pour ma recherche. Il était d'ailleurs souvent cité par mes informateurs quand il s'agissait de me présenter à des tiers. Lorsque les gens s'interrogeaient des raisons qui m'avaient poussée à choisir ce sujet, je répondais que j'avais souhaité, dans le cadre de ce mémoire, mêler un sujet académique à des interrogations et des intérêts personnels. J'ai, comme tout un chacun, été confrontée à la maladie et à la mort et, dans ce contexte, le thème de la religion m'intéresse. Il est vrai que me pencher sur la thématique de la guérison dans un milieu chrétien, avait tout particulièrement suscité mon intérêt, ajouté à cela qu'il s'agit d'un domaine dont les aspects à explorer sont encore nombreux. En milieu évangélique, et selon une perception du monde propre à ce milieu, le choix du thème de mon mémoire n'était évidemment pas un hasard et prenait une signification particulière, indépendante de ma volonté, mais dont je ne me suis pas défendue. J'ai plutôt considéré ceci comme une donnée et un élément particulièrement éclairant de ce monde que je cherchais à comprendre. En entreprenant ce mémoire, je me suis demandé si j'allais réussir à mettre de la distance entre le sujet et moi. Je suis partie sur le terrain avec cette question en tête, et la distance s'est installée naturellement au fil de ma recherche, et mes craintes se sont rapidement évanouies.

Un enjeu de ce travail est de comprendre comment la guérison est appréhendée dans le milieu évangélique charismatique, comprendre leur manière de voir le monde et de lire la Bible. J'ai pris le parti de traiter avec respect les informations et les discours que j'ai recueillis, afin d'en donner une compréhension émiq. De plus, je n'ai aucune compétence ni médicale ni théologique me permettant de juger de la pertinence de telle ou telle manière de faire ou de voir. Ainsi, je considère le point de vue évangélique comme un point de vue parmi tant d'autres, une manière parmi bien d'autres de percevoir la réalité et de donner sens au monde. La description émiq ne m'empêchera pas de rendre compte des tensions inhérentes à cette perception de la guérison et de la santé. Dans ce travail, je m'attache à décrire un secteur infime du pluralisme médical en portant attention aux discours des acteurs au sujet de la santé et de la maladie. Dans une optique anthropologique, je m'intéresse à comprendre une pratique « dans le respect de la perspective des autochtones devenant la raison d'être de cette discipline » (l'anthropologie) (Massé, 1995:35). « L'approche étiq est plus que l'approche émiq de l'observateur scientifique. En effet, si ce dernier fait partie d'une société et d'une culture données, il peut, grâce à l'approche étiq, prétendre à l'objectivité » (Massé, 1995:36). Cette distinction est particulièrement importante dans ce travail, car mon terrain

ne se trouve pas dans une contrée lointaine et « exotique » et il se déroule, de plus, dans un milieu chrétien qui, même si différent de celui que je connais, n'en reste pas moins relativement proche. Le deuxième enjeu de ce travail est de comprendre comment la guérison divine peut être une ressource au sein des itinéraires thérapeutiques individuels, ainsi que la manière dont l'évangélisme charismatique constitue une matrice de sens pour les malades.

III.1.3 Au sujet de l'accès aux informateurs

Comme dit précédemment, mes interlocuteurs m'ont été adressés par les responsables de la Chambre de guérison de Genève. De ce mode d'accès aux informateurs découlent des avantages et des désavantages. Un premier aspect positif concerne la facilité avec laquelle mes informateurs ont accepté de m'accorder un entretien. Je me présentais au téléphone comme ayant eu les coordonnées par Valérie et Catherine, et expliquais brièvement en quoi consistait ma recherche. Ayant déjà pu noter l'importance du témoignage dans cette communauté, je demandais en quelque sorte d'avoir la possibilité d'entendre leur témoignage. J'ai pu enregistrer tous mes entretiens et précisais que les extraits d'entretiens resteraient confidentiels. Une partie de mes interlocuteurs m'a fait comprendre que je pouvais même citer leur nom. J'ai toutefois insisté pour que cela reste anonyme. J'ai mieux compris, à cet instant, l'importance pour mes interlocuteurs de rendre témoignage à la gloire de Dieu. Du fait de leur familiarité avec l'action de témoigner, il m'est arrivé plusieurs fois de ne pas avoir besoin de poser la première question, pour que mon interlocuteur se mette à me narrer le récit de sa guérison miraculeuse de lui-même.

Deuxièmement, tous mes interlocuteurs m'ont présenté un récit positif de la guérison divine. Il est possible que cela ait été un critère dans la sélection effectuée par Catherine et Valérie. Leur souci était (d'après ce qu'elles m'ont dit) de me faire rencontrer des individus susceptibles de parler et dont le passé n'était pas trop douloureux. Ainsi, les malades ayant bénéficié d'une guérison divine semblaient être particulièrement à même de faire part de l'issue heureuse de l'épreuve de maladie qu'ils ont traversée. Je n'ai donc pas pu avoir accès à des individus étant repartis de la Chambre avec une opinion négative de cette pratique. Je sais néanmoins que, même dans le milieu évangélique, cette pratique ne fait pas l'unanimité. J'ai perdu la richesse du débat d'opinion au sujet de la guérison divine, mais j'ai gagné une certaine uniformité dans les récits que je vais présenter. Il serait toutefois intéressant pour la suite de s'entretenir avec des déçus de la guérison divine.

Troisièmement, de part le mode de sélection de mes interlocuteurs, je ne sais pas si mon échantillon est représentatif des individus se rendant à la Chambre de guérison. Je n'ai pas été en mesure de vérifier si la Chambre fonctionne aussi comme un prestataire de service utilisé par des individus provenant d'horizons fort divers. Dans les textes et dans l'entretien que j'ai eu avec les responsables de la Chambre, il est clair que des personnes non croyantes ou provenant d'une autre confession peuvent être accueillies. Je ne sais malheureusement pas si c'est le cas en réalité. Dans le cas où cela se produirait, ces personnes incarneraient aux yeux des membres de cette communauté la puissance divine à l'œuvre de nos jours et la légitimation de leur action prosélyte. Autre problème inhérent à la construction de mon échantillon, je ne sais pas si la parité entre homme et femme est révélatrice ou non de la réalité. De plus, je ne sais pas si la moyenne d'âge de mes interlocuteurs est représentative de la moyenne d'âge des personnes se rendant à la Chambre de guérison de Genève. Il serait intéressant pour approfondir les résultats présentés ici, d'avoir une idée plus précise de la population se rendant à la Chambre et ce afin : soit d'établir une comparaison, soit de mieux saisir pourquoi les individus de plus de quarante ans sont plus concernés que les autres.

III.1.4 Observations à la Chambre de guérison de Genève

Suite à ma rencontre avec les responsables de la Chambre de guérison de Genève, je me suis rendue dans la Chambre le vendredi suivant afin d'observer comment s'y déroule le travail des intercesseurs. La Chambre est située dans un grand appartement avec de hauts plafonds, des pièces spacieuses et une porte en bois imposante à l'entrée. J'ai sonné et c'est Catherine qui m'a ouvert. Je me suis dirigée dans la pièce où se trouvait le groupe de prière. Tous étaient assis autour d'une table sur laquelle étaient disposés du thé chaud et des gâteaux. Il y avait six personnes dont un homme qui était accompagné de son épouse. Catherine m'a présentée et dit que j'étais auparavant passée à l'AIMG. Il était environ 15h30 et le groupe se préparait à une séance de méditation en vue d'accueillir les malades dès 17h00. Avant de commencer la méditation, les personnes présentes remplissent une sorte de feuille de présence afin d'annoncer quand elles seront là, ou pas, lors des prochaines séances. Au moment de commencer la méditation, plus précisément une réflexion menée par Catherine à partir d'un extrait de la Bible, chacun sort sa propre Bible. Evidemment, je n'en avais pas, et l'homme m'a prêtée la sienne afin que je puisse suivre. Cela n'a apparemment dérangé personne à part moi, qui ai pris conscience qu'il s'agit d'un objet usuel dans ce milieu, chacun possédant la sienne. Le sujet de la méditation fut les inquiétudes et le fait que Jésus-Christ ne soit

jamais décrit dans la Bible comme quelqu'un d'inquiet, car il fait confiance. C'est parfois ce manque de confiance qui fait que le malin s'insinue et utilise nos inquiétudes ou nos faiblesses pour nous atteindre, nous faire douter⁴⁵, etc. Après la réflexion menée par Catherine, les membres du groupe font part de leur expérience personnelle, en rapport avec le thème de la réflexion.

Ensuite il y a eu un moment de louange, de chants, pour lesquels nous nous sommes levés alors qu'une femme s'est mise au piano. Certains se sont mis à parler en langue mais à voix basse (je ne sais pas s'ils se sentaient gênés de ma présence ou si cela est habituel). A la fin de ce temps de louange, certaines personnes m'ont raconté une guérison qu'ils ont vécue ou vécue par un de leur proche. Ceci a eu lieu en raison de ma présence. Il m'a été fait part de la guérison de problèmes liés à l'alcoolisme et de la maladie de peau du père d'une participante (j'ai par la suite eu un entretien avec ce papa). Juste avant l'arrivée des malades, Valérie nous a rejoints.

Quand le malade du premier rendez-vous arriva, une femme sortit afin de l'accueillir et de lui faire remplir les papiers : la décharge juridique et la fiche d'inscription. Cet accueil a lieu dans une autre pièce, qui permet que le malade ne soit vu que de la personne chargée de l'accueil et de celles qui feront l'imposition des mains dans une autre pièce. Sur la décharge, il figure que les participants de la Chambre de guérison ne se substituent pas à un quelconque traitement biomédical. Tout individu doit signer cette décharge afin de pouvoir avoir recours aux services de la Chambre de guérison. La décharge précise que l'engagement des personnes, qui accueillent les malades pour la prière, « se situe au niveau du conseil et de la prière au nom de Jésus-Christ fils de Dieu avec imposition des mains et onction d'huile, selon Marc 16 :18 et Jacques 5 :14. Ils ne sont pas des guérisseurs mais croient en la guérison divine⁴⁶. » Quant à la fiche d'inscription, il y figure les renseignements usuels ainsi que ces entrées auxquelles il faut répondre : religion ?, né(e) de nouveau (oui/non), baptisé(e) du Saint-Esprit ? (oui/non), participe à la vie d'une église (oui/non),

⁴⁵ Je pense que ce moment peut être particulièrement intéressant afin de comprendre quelles sont les logiques interprétatives du texte biblique en milieu évangélique charismatique. Cela permettrait de mieux saisir quels passages sont mis en avant par rapport à d'autres, ainsi que la manière dont ils sont compris.

⁴⁶ D'après un article de Guillod (1989), pour que les autorités juridiques distinguent ce qui relève de l'exercice illégal de la médecine, de ce qui est protégé par la liberté de croyances, il faut qu'il y ait « prépondérance de l'aspect culturel ou de l'aspect curatif ». La liberté de croyance signifie que chacun a le droit « d'avoir ses propres convictions sur les rapports entre l'Homme et la Divinité » (tout comme le droit d'accomplir des actes religieux.). « Plus précisément, les actes de pure dévotion tels que la prière ou incantations sont protégés par l'article 50, même s'ils sont effectués dans le but de guérir ou de contribuer à la guérison d'un tiers. En revanche, dès qu'ils se mêlent à des actes de nature médicale (diagnostic, prescription de remèdes au sens large du terme, massages, transmission de fluides, etc.), la protection constitutionnelle tombe ». Pour terminer le paragraphe, l'auteur souligne qu'« en vertu de la liberté de croyance et des cultes, les juges ne sont tenus d'exempter du monopole médical que les actes se limitant à honorer un dieu et à le prier d'accorder sa guérison ».

problème(s) physique(s), suivi médical ?, diagnostic médical, attentes spécifiques. Les questions au sujet de la religion et de la conversion sont nécessaires afin que les intercesseurs sachent s'il faut que les malades demandent le salut ou non. Ensuite, les renseignements médicaux servent à savoir si le malade est suivi, et de quoi il souffre. Les attentes aident les participants à savoir pour quoi prier, afin de traiter un problème à la fois :

Laetitia: « Quand elle (la personne malade) vient là, elle a déjà un diagnostic ? »

Valérie : *« Ou un besoin. Elle va exprimer un besoin, qui peut être physique ou psychique, d'angoisse, ou il y a beaucoup de gens qui viennent pour des problèmes d'angoisse, de dépression, hein. On voit beaucoup de choses, et beaucoup ne sont pas purement physiques : tu as très souvent quelque chose de physique, mais aussi derrière une souffrance émotionnelle, et parfois même spirituelle. »*

Lors de l'accueil, il est remis au malade une feuille intitulée « Comment garder votre guérison » sur laquelle figure nombre de versets. Il s'agit d'aider les malades à comprendre la parole de Dieu au sujet de la guérison. Il est dit, comme dans les textes figurant sur le site de l'AIMG, que « la maladie est une oppression du diable », qu'il faut agir en accord avec la Parole afin que cela produise « une manifestation de la guérison », que le diable veut « détruire l'œuvre de Dieu », qu'il veut « voler la Parole de Dieu » et qu'il « fera revenir les symptômes de la maladie pour essayer de vous convaincre que vous n'êtes pas guéris ». Toutefois, lors des entretiens, aucun de mes interlocuteurs n'a fait référence à cette feuille afin de m'expliquer comment se maintenir en bonne santé ou garder sa guérison.

Lors de mon observation de la Chambre de guérison, la femme qui a fait l'accueil est ensuite revenue afin d'informer le groupe sur les raisons de la venue du malade. Ce jour-là, le malade est inquiet au sujet de son chômage qui se termine bientôt. Il n'a rien été dit au sujet de problèmes physiques. Bien que lors de l'entretien, les dirigeantes m'aient affirmé qu'il s'agissait spécifiquement de guérison dans la Chambre, il semble que le motif de recours des malades soit bien plus large. Suite à cette information, les deux personnes qui vont prier pour le malade sortent et vont dans une autre pièce afin de prier, d'imposer les mains et de faire l'onction d'huile. Pendant ce temps, le reste du groupe continue à prier pour le malade qu'ils n'ont pas vu. Lors de ces prières de guérison, les participants prient aussi pour les malades figurant sur une liste. Ces derniers ont eu recours à la Chambre, mais ne sont pas encore guéris, ou alors ne peuvent se déplacer et donne simplement leur nom afin que les intercesseurs prient pour lui. Lorsque les noms de cette liste sont cités, il est donné une brève information concernant l'évolution de l'état de santé du malade. Du fait de ma présence, il m'a été expliqué de quoi souffraient chacune des personnes figurant sur cette liste. Dans la

Chambre, les malades se succèdent tant qu'il y a des rendez-vous prévus. Le jour de mon observation, il y en a eu deux. Il semble que, parfois, des gens prennent rendez-vous mais ne viennent pas sans décommander « vu que c'est gratuit ». A la fin des prières pour les malades, l'homme a fait une prière pour moi et pour mon mémoire, afin que j'ai « les idées claires », que je sois « guidée dans mon travail », etc. Il m'a, de plus, tout de suite invitée à une soirée de guérison organisée dans sa paroisse. Ceci montre la manière dont ma présence est perçue et quelle place m'est attribuée. En effet, certes il s'agit de parler et d'étudier les guérisons divines, mais la raison principale de mon travail est, pour eux, un cheminement spirituel. C'est ce que laisse sous-entendre les propos de Valérie, qui ajoute en fin d'échange :

Valérie : « *Je sais pas, c'est compliqué ou...* (elle me demande si j'arrive à suivre) ? »

Laetitia : « *Ben, chaque lecture, chaque discussion, ça m'amène à mieux comprendre et...* »

Valérie : « *Et pour toi, aussi.* »

III.2 Analyse des données ethnographiques

III.2.1 Méthodologie de recueil des données et d'analyse

Lors des entretiens, j'ai eu recours à la méthode de l'entretien compréhensif, afin d'obtenir les données nécessaires à l'exploration de la problématique que je me suis fixée. Cette méthode « s'appuie sur la conviction que les hommes ne sont pas de simples agents porteurs de structures mais des producteurs actifs du social, donc des dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir de l'intérieur, par le biais du système de valeurs des individus » (Kaufmann, 2006:23). Cette méthode demande au chercheur de faire preuve d'empathie, afin de se mettre à la place de son informateur et de découvrir ainsi le monde particulier qu'il souhaite étudier. La réalité se construit dès lors au fil du dialogue et le chercheur en est le témoin direct (Kaufmann, 2006:60). Le chercheur, avec ses questions, son empathie, sa posture et son engagement, devient l'instrument privilégié de cette science humaine.

Avant d'aller sur le terrain, j'avais d'ores et déjà effectué de nombreuses lectures qui avaient orienté ma grille d'entretien. Ayant cerné les thèmes que je souhaitais aborder, j'ai construit ma grille en regroupant par thèmes les questions qu'il me semblait important de poser. J'ai soigné la formulation de mes questions, et ai tâché de la connaître le plus possible par cœur, afin que l'entretien ressemble le plus à un dialogue qu'à un interrogatoire. Ma grille n'est pas restée la même du début à la fin de mon enquête de terrain. Au fil des entretiens, je me suis par exemple de plus en

plus penchée sur les rapports qu'entretenaient mes interlocuteurs avec les médecines complémentaires. La grille définitive se trouve en annexe de ce travail.

L'essentiel du travail réside toutefois dans l'interprétation et l'explication des données recueillies. Après chaque entretien, je notais « à chaud » les détails qui m'avaient marquée : une phrase, un sous-entendu, un fait auquel je n'avais pas pensé et qui contribuait à l'affinement de la théorie ou ouvrait la porte vers un nouveau questionnement. Ensuite, je réécoutais l'entretien et retranscrivais les passages qui me semblaient les plus pertinents pour ma recherche. Les réécoutes m'ont permises de mieux cerner les éléments centraux de chaque entretien. De plus, ayant ma problématique en tête, je focalisais en particulier sur les passages qui apportaient un éclairage nouveau, ou qui confirmaient simplement ce que j'avais déjà relevé. Les retranscriptions m'ont ensuite permises de prendre de la distance avec l'objet d'étude, afin de contrôler l'empathie et d'entreprendre plus aisément l'analyse. A ce stade, j'ai effectué des allers-et-retours incessants entre les données et la théorie. Cela m'a permis d'affiner cette dernière, et chaque pas dans l'élaboration de la théorie n'allait pas sans sa vérification au niveau des données. C'est à ce stade, aussi, que certains auteurs ont plus retenu mon attention que d'autres. Les auteurs auxquels je fais principalement référence dans l'analyse, m'ont aidée à structurer ma pensée et à présenter les données. Partant de là, j'ai identifié sept thèmes que je souhaitais aborder dans l'analyse, et ai rapporté dans chacun de ces thèmes les extraits d'entretiens me semblant pertinents. Chaque thème est transversal à tous les entretiens, toutefois je n'ai pas cité à chaque fois tous mes interlocuteurs dans chacun des thèmes, afin de ne pas alourdir le texte.

III.2.2 Présentation des interlocuteurs

Avant d'en venir à l'analyse des entretiens, voici comment j'ai procédé afin de les citer. Je n'ai pas souhaité retranscrire dans le corps du texte des extraits trop longs qui rendraient la lecture pénible. Avant chaque extrait apparaîtra, dans la suite du travail, le nom d'emprunt auquel se réfère la citation. Au sujet de la retranscription, j'ai tâché de rendre les intonations grâce à l'emploi de la ponctuation (un élément souligné signifie que mon interlocuteur a insisté en prononçant ce mot). A certains endroits, apparaissent des parenthèses qui ne sont pas en italique. Il s'agit de compléments que j'ai ajoutés afin que le passage soit plus clair.

Avant de commencer, voici une brève présentation de chacun de mes interlocuteurs. Ils apparaissent suivant l'ordre dans lequel je les ai rencontrés. Cette fiche donne de brèves informations concernant la maladie dont sont atteints mes informateurs, et les bénéfices qu'ils estiment avoir retirés de leur passage à la Chambre de guérison⁴⁷. Il apparaît ici les bénéfices plutôt physiques, or nous verrons dans la suite de l'analyse que la guérison physique est comprise dans un mieux-être général. Ce mieux-être est tant relationnel, qu'émotionnel ou psychologique.

- **Monsieur Schaler** : âgé de nonante ans, il vit avec son épouse dans une maison de retraite. Il a vécu durant 56 ans avec le psoriasis. Sa fille est active dans la Chambre de guérison de Genève et c'est par l'intermédiaire de cette dernière que je l'ai rencontré. C'est un des deux malades qui ne figuraient pas sur la liste fournie par Catherine, mais elle m'avait tout de même conseillé de le rencontrer. La fille de M. Schaler était présente lors de l'entretien, qui s'est déroulé dans la cafétéria du lieu où il vit. Voici ce qu'il s'est passé après son passage à la Chambre : *« J'ai remarqué, au bout de deux-trois semaines, que j'avais une nette amélioration. C'est-à-dire que mes démangeaisons diminuaient, un petit peu, mais j'avais toujours ces rougeurs. »*
- **Monsieur Moreau** : âgé d'une soixantaine d'années, il vit seul dans modeste appartement et est père de plusieurs enfants. Il est infirmier de formation et a travaillé aux pompes funèbres. Il reçoit désormais une rente AI dont il a fait la demande après que sa myopathie de Steinert soit diagnostiquée au début de l'année 2006. Un autre problème est venu s'ajouter à cette maladie initiale : une tumeur du côlon. L'entretien eut lieu chez lui, car il ne sort plus beaucoup et n'a pas de rendez-vous hormis avec les médecins. C'est avant de subir une opération visant l'ablation de cette tumeur, qu'il a décidé d'avoir recours à la Chambre: *« Ce que j'ai dit la Chambre de guérison, j'ai dit : Seigneur, (je souhaite) être dans la paix pour l'opération, que les médecins soient conduits par Dieu aussi, que la main des chirurgiens, des infirmières soit conduits par Dieu aussi, et que je puisse faire un pas de plus. Et c'est ce qui est, et c'est ce qu'il se passe. »*
- **Elisabeth** : âgée d'une quarantaine d'années, elle vit avec son mari et ses deux enfants dans un appartement soigné et décoré. Elle a enseigné comme maître socioprofessionnel et bricole énormément. Elle a enduré de terribles douleurs durant 10 ans en raison d'une hernie discale inopérable. Sa guérison divine date d'une année avant l'entretien. Elle a eu lieu alors qu'elle participait à un événement chrétien qu'elle avait organisé. C'est le nom de son mari qui figurait sur ma liste, mais lorsque je les ai contactés, elle a pris les choses en main et a pris du temps pour me rencontrer chez elle durant une matinée. Son recours à la Chambre de guérison était motivé par le fait de faire disparaître des douleurs survenues lors de sa convalescence : *« J'ai des gros problèmes secondaires. Après la guérison, notamment, je digérais plus. Le système digestif, donc, s'est arrêté en route, parce qu'il fonctionnait avec la*

⁴⁷ Cordas (1988:121) nomme ceci l' « outcome ». Voici la définition qu'il en donne: « (the) *outcome*, or the final disposition of participants both with respect to their expressed level of satisfaction with healing, and to change (positive or negative) in symptoms, pathology, or functioning. » Dans ce travail, mes interlocuteurs n'ont pas exprimé un avis négatif au sujet de la guérison divine. Ceci s'explique en partie du fait que les malades ont été choisis par les responsables de la Chambre.

morphine (pour ses douleurs elle a été pendant longtemps sous morphine). Et puis je digérais plus du tout. Pi c'est vrai qu'un moment donné, ben médicalement, on a fait un traitement. Au début on a prié pour ça, mais... euh... pas de prières spécifiques, et ça partait pas, je pouvais plus bouger. C'était pas évident. Pi je perdais pas (de poids) ! Non seulement je mangeais rien, mais en plus je perdais pas ! Parce que c'était un cercle vicieux. Aussi j'étais au Chambre de guérison, pi le lendemain j'avais plus rien. Là c'était clair ! »

- **Véronique** : âgée de 45 ans, elle vit avec ses deux enfants dans un joli appartement donnant sur un jardin. L'appartement est situé au rez-de-chaussée d'un petit immeuble dans le village d'une commune genevoise. Elle a vécu un divorce douloureux suivi d'une période difficile. Voici pour quelles raisons elle se rend à la Chambre : *« Pour ma dépression, mais aussi pour des problèmes comportementaux qui étaient directement liés à la dépression. Des comportements avec mes enfants, où j'étais pas la maman que j'aurais voulu être : tout le temps en colère euh... souvent en colère, trop souvent en colère, pi maîtrisant mal ma colère. Donc j'en venais à des comportements malheureux, que je regrettais infiniment après ».*
- **Madame Savy** : âgée de 56 ans, elle vit actuellement en France avec son deuxième mari. Elle a des enfants et des petits-enfants. Durant sa vie, elle a beaucoup voyagé notamment en Afrique. Elle a exercé divers emplois, dont celui de pasteur qu'elle a exercé avec son premier mari. Elle souffre de douleurs liées à la fibromyalgie depuis qu'elle a 19 ans, or le diagnostic n'est survenu qu'en 1995. Elle a déposé une demande d'AI suite à ce diagnostic. Cette demande a été motivée par ses anciens patrons avant que l'entreprise dans laquelle elle travaillait ne soit revendue. Son recours à la Chambre se situe entre fin 2006 et début de l'année 2007. L'entretien s'est déroulé dans la cafétéria d'un centre commercial. Elle a aussi traversé une période de dépression mais elle n'a pas rencontré pour cette raison la Chambre de guérison : *« La Chambre de guérison (m'a apporté des améliorations) physiques, tandis qu'avant c'était plutôt des améliorations par rapport à comment j'abordais ma maladie, ou ma fatigue. Depuis là, c'est plutôt une amélioration qui se concrétise physiquement. Alors c'est pas encore la guérison totale, j'ai encore une très grosse fatiguabilité ».*
- **Christian** : le mari d'Elisabeth, il a à peu près le même âge que son épouse et travaille à Lausanne. Il effectue tous les jours les trajets et a commencé à occuper cet emploi suite à une période difficile de chômage. La guérison divine est intervenue en 1996 afin de régler des problèmes de calculs dans la vésicule. Après l'entretien avec Elisabeth, je l'ai rappelée en lui disant que je souhaitais aussi entendre son mari. C'est ce que nous avons fait quelques semaines après. Ce n'est que récemment qu'il a eu recours à la Chambre (mars 2007), afin de stopper le retour des mêmes symptômes dont il souffrait avant d'avoir été guéri de la vésicule : *« Pi j'ai été justement après ça (une crise survenue un mois avant notre entretien). On (a) dit qu'on allait aller au Chambre de guérison proclamer, quand même, qui c'est qui est vainqueur là-dessus (sur la guérison qu'il a vécue en 1993) ! Quand même, faut pas se laisser abattre. Et c'est vrai que depuis là, j'ai rien ».*

Certes, mes interlocuteurs ont reconnu des améliorations physiques suite à leur recours à la Chambre. Toutefois, cet aspect n'est pas le plus intéressant d'un point de vue anthropologique. En effet, la guérison physique est comprise dans un mieux-être plus général. A ce stade, nous pouvons

d'ores et déjà conclure que la Chambre prend en charge des maux de diverses catégories. Ceci est très explicite lorsque mes interlocuteurs évoquent la raison qui les a amenés à se rendre à la Chambre. Voyons à présent comment, et dans quels contextes, les malades ont eu recours à la Chambre. Les individus que j'ai interviewés connaissaient déjà le milieu évangélique avant d'avoir recours à la Chambre de guérison. Néanmoins, ce recours ne leur a pas paru évident d'emblée. Au contraire, lorsque la maladie est intervenue dans leur vie, ils ont tous eu comme premier réflexe d'avoir recours à la biomédecine. Le diagnostic est le point de départ d'une quête de soins qui ne comprend pas en premier lieu le recours à la guérison divine. Parfois les douleurs et les souffrances ont duré longtemps avant que le malade n'ait recours à la Chambre de guérison, sans que mes interlocuteurs puissent l'expliquer. Il paraît cohérent d'avoir recours tout d'abord à la biomédecine puisque mes interlocuteurs reconnaissent que la maladie est due à une certaine usure du corps. Chaque humain est en effet conçu pour vieillir puis mourir et ce depuis la chute. Nous verrons plus loin, dans l'analyse des causes, que l'usure du corps est prépondérante et plus fréquente qu'un péché ou qu'une attaque du malin afin d'expliquer sa maladie. Ceci constitue déjà une première réinterprétation du système de représentation tel qu'il est véhiculé par l'AIMG.

Avant d'analyser les extraits d'entretiens, revenons sur les caractéristiques sociologiques présentées en première partie. Premièrement, pour parler de Dieu, il n'est jamais fait référence à la Bible ou alors simplement en disant « comme c'est écrit dans la Bible », « d'ailleurs on le voit dans la Bible », etc. Bien que selon les critères sociologiques, la Bible soit lue de manière littérale et soit une référence identitaire, elle n'a pas joué ce rôle dans les entretiens que j'ai menés. Tout au plus, M. Moreau revient sur le personnage de Paul qui a des échardes dans la chair mais que Jésus ne guérit pas. Dieu dit en effet à Paul que sa grâce lui suffirait. Dans l'entretien, nous comprenons que M. Moreau s'identifie à Paul afin d'expliquer le fait qu'il doit vivre avec sa myopathie : « *il (Dieu) lui (à Paul) a laissé ce problème. Alors moi je le dis aussi : on peut vivre avec la maladie, mais Dieu nous donne la force d'aller, de supporter, et de vivre avec* ». Ce passage biblique n'apparaît pas dans les textes de l'AIMG, puisque, selon cette association, Dieu a déjà décidé de guérir tout le monde. La lecture de la Bible faite par l'AIMG n'est pas la même que celle faite par les malades. En effet, en fonction de son vécu et de ses expériences, ce ne sont pas les mêmes passages qui sont retenus et le même passage peut être compris différemment. Le but de l'AIMG est de répandre la guérison divine, tandis que celui du malade est de donner sens à sa maladie et de trouver une réponse pratique. Là se

situe une marge de manœuvre des malades, qui doivent trouver un sens au fait qu'ils ne guérissent pas.

Deuxièmement, mes interlocuteurs ne se définissent pas comme appartenant à un milieu évangélique, mais disent plutôt d'eux qu'ils sont « chrétiens » par opposition aux non-croyants. Il y a donc d'un côté ceux qui sont sauvés et, de l'autre, ceux qui ne le sont pas (Harding, 1987:171). Ceci nous rappelle un des critères sociologiques mis en avant par Stolz et Favre dont nous avons discuté dans la première partie. Je ne retrouve par tel quel dans les entretiens l'idée d'un milieu évangélique, néanmoins mes interlocuteurs distinguent clairement les croyants chrétiens des non-croyants. J'ai alors demandé à un de mes interlocuteurs si le fait d'être non-croyant pouvait expliquer l'absence de guérison divine pour quelqu'un qui la demande. Même si le fait de ne pas avoir la foi puisse expliquer l'absence de guérison, il se garde de pouvoir se prononcer sur l'état de la foi de tierces personnes.

Christian: *« C'est pas moi qui vais dire comment sont les gens. Ce que je veux dire : j'ai assez à faire avec moi-même, à régler mes problèmes. Mais je veux dire, ouais, voilà... c'est pour ça que je veux pas mettre des étiquettes aux gens, parce que à mon avis chacun fait sa foi comme il le sent, comme il pense que c'est juste ! (...) Regardons déjà notre foi, notre vécu, il y a pas mal de choses déjà à améliorer et à faire avant de penser ce que fait l'autre, fait pas l'autre. Et pi chacun fait comme il le sent, et chacun prend sa responsabilité ».*

Chacun est responsable pour soi. La responsabilité individuelle joue ici un rôle prépondérant. Cette valeur est aussi présente dans la société occidentale en générale, ce qui confirme que l'AIMG répond à une demande propre à notre société. La responsabilité individuelle de ses actes et de sa vie de foi va de paire avec le sentiment d'appartenance à cette communauté chrétienne. Ce mode d'appartenance est lui aussi propre à la société occidentale.

III.2.3 La phase de prédisposition

Lorsque les malades m'ont fait part des raisons ou du cheminement qui les a amenés à avoir recours à la Chambre de guérison, ils disent régulièrement avoir connu la Chambre de guérison par la famille ou à l'Eglise. L'Eglise qu'ils fréquentent est la même que celle que fréquentent les deux responsables ainsi que la majorité du groupe d'intercesseurs de la Chambre de guérison. Il n'y a que M. Schaler qui ne fréquente pas la même Eglise que les autres, néanmoins sa fille intercède à la Chambre. Durant l'entretien, j'ai appris par sa fille qu'elle lui avait déjà fait part de la possibilité de guérison divine lorsqu'elle était jeune convertie. Il avait refusé à cette époque car pour lui « c'était des racontars ».

M. Schaler est celui qui exprime le plus clairement la raison pragmatique de son recours à la Chambre. Bien qu'il ne soit pas convaincu de l'efficacité de cette pratique, il l'essaie car en tous cas une partie des membres de sa famille en est convaincue.

M. Schaler : « Il (son petit-fils) me disait : « tu sais grand-papa, je suis sûr, Il va te guérir. Faut demander à Jésus qu'Il te guérisse, et Il te guérira ! » Oui, j'ai dit bon, ben on va laisser faire, hein, j'étais pas tellement... enfin bref, il (son petit-fils) a fait ça pendant toute une année (venir après son apprentissage, le soir, prier avec son grand-père). Alors j'étais tellement touché, que je me suis dit que, mais faut croire qu'il y a peut-être quelque chose qui va se passer ».

L'expression de cette raison pragmatique peut être liée au fait que la prédisposition de M. Schaler était moins ancienne ou ancrée que celle de mes autres interlocuteurs. De l'ensemble des malades que j'ai interviewé, il est celui dont le parcours religieux est le moins marqué par l'appartenance à une dénomination évangélique charismatique. Le cheminement qui l'a mené à avoir recours à la Chambre est donc très intéressant à analyser car il nous permettra de saisir de quelle manière il est passé du sceptique au convaincu.

Dans la brève présentation des malades précédemment citée, nous avons pu voir quels sont les bénéfices qu'ils estiment retirer de leur passage par la Chambre de guérison de Genève. Avant de pouvoir s'exprimer au sujet des bénéfices, les malades sont passés par un processus thérapeutique ou processus de transformation. L'hypothèse de Csordas est que ce processus est enclenché par une démarche rhétorique particulière : « *the locus of therapeutic efficacy is in particular forms and meanings – that is, the discourse – through which the endogenous processes⁴⁸ are activated and expressed* » (2002:24). Pour en revenir à la rhétorique, cela permet de comprendre comment la guérison a lieu alors que le guérisseur (Dieu) est invisible (mais pas absent !). Par des procédés rhétoriques bien définis, Dieu est rendu présent et interagit ainsi avec l'intercesseur et le malade. Ces trois types de personnages (Dieu, intercesseur et malade) sont en situation de coprésence constituante (Piette, 2002). N'ayant moi-même pas eu accès aux séances de guérison, je me penche sur les significations de la maladie ainsi que sur les perceptions qu'ont les malades de cette pratique. Concernant la signification, il est largement reconnu que l'effet principal des soins religieux soit celui de modifier la signification de la maladie (Csordas, 1988:122). Pour reprendre les termes de Benoist : « soigner la représentation, c'est la tenir comme une part inéluctable du mal. Non pas comme une

⁴⁸ Par processus endogènes, Csordas entend les mécanismes psychologiques déclenchés chez le patient et l'intercesseur par la rhétorique particulière à laquelle a recours l'intercesseur.

image qui s'effacera lorsque le mal aura disparu du corps, mais bien comme une composante ayant sa propre évolution, et qu'il faut prendre en charge autant que la lésion » (1993:214).

Le processus thérapeutique vécu par les malades commence par une certaine prédisposition ainsi que par une phase d' « *empowerment*⁴⁹ » pour se terminer par une transformation. Ces trois phases (*predisposition*, *empowerment* et *transformation*) sont décrites par Csordas (2002:27).

- *Predisposition: within the context of primary community of reference, the supplicant must be persuaded that healing is possible, that the group's claims in this respect are coherent and legitimate.*
- *Empowerment: the supplicant must be persuaded that the therapy is efficacious – that he is experiencing the healing effects of spiritual power.*
- *Transformation: the supplicant must be persuaded to change – that is, he must accept the cognitive/affective, behavioral transformation that constitutes healing within the religious system.*

La phase de prédisposition étant nécessaire pour que le malade puisse expérimenter une guérison divine, il semble donc peu probable que des individus n'ayant pas été socialisés (socialisation primaire ou secondaire) dans un milieu chrétien, puissent avoir recours à une Chambre de guérison. Je ne peux pas vérifier cette donnée, puisque tous les malades que j'ai interviewés m'ont été adressés par les responsables de la Chambre de guérison. Même M. Schaler, qui semble être celui qui soit le plus à l'extérieur de la communauté évangélique observée, est entouré de proches persuadés de la possibilité de la guérison divine. Tout en exprimant une raison pragmatique à sa venue à la Chambre de guérison, il est toutefois plutôt positif vis-à-vis de cette pratique. D'ailleurs, de manière rétrospective, il voit dans le recours à la Chambre le point de départ d'un mieux-être qui a été suivi d'une guérison. Sa perception de son cheminement vers la guérison a été renforcée du fait qu'il a senti Dieu intervenir en sa faveur (*empowerment*). Concernant mes autres interlocuteurs, leur prédisposition positive à l'égard de la pratique de la guérison divine ne fait aucun doute. Ils ont tous pu expérimenter, durant leur vie de foi chrétienne, « la main de Dieu sur leur vie », un discernement, une parole de connaissance, etc. En résumé, ils avaient tous au préalable expérimenté dans leur corps la réalité du pouvoir divin⁵⁰. Inclure le corps est le moyen le plus immédiat et le plus concret pour que des individus soient persuadés de la puissance de Dieu (Csordas, 2002:30) et développent sur cette base une foi inductive. La foi inductive, selon Gonzalez (2002:48), est « une démarche

⁴⁹ J'emploierai dans ce travail les termes de prédisposition, *empowerment* et transformation. N'ayant pas de traduction satisfaisante pour le terme désignant la deuxième phase, je préfère recourir à la terminologie employée par Csordas.

⁵⁰ Elisabeth, Véronique et M. Schaler n'ont pas grandi dans une famille évangélique. Elisabeth et Véronique se sont converties lorsqu'elles étaient jeunes. Quant à M. Schaler, il ne s'est pas converti, même après sa guérison.

spirituelle ayant pour prémisses les faits relatifs à l'expérience humaine ». De plus, « cette démarche est radicalement opposée à une foi déductive qui prétendrait s'appuyer sur certaines affirmations et se soustraire au contrôle de l'expérience ». Dans l'entretien avec M. Schaler, nous comprenons que sa foi s'est développée suite à l'expérience de la guérison. Ainsi, la guérison divine n'intervient pas forcément selon la foi du destinataire. Les intercesseurs de la Chambre de guérison apparaissent dès lors comme des béquilles pour ceux qui ont encore des doutes. Le fait que Dieu puisse guérir des individus n'ayant pas une « vie de foi » très développée ajoute à son mystère et à sa puissance. Singleton émet l'hypothèse suivante : pour surpasser la contradiction d'un individu guéri alors qu'il n'a pas la foi, les récits incluent des chrétiens croyants, qui sont capables de diriger les moins croyants à prier (2001b:127-128).

Quelques-uns de mes interlocuteurs ont noté des changements au sein de la communauté chrétienne évangélique qu'ils fréquentent, surtout depuis l'arrivée de nouveaux pasteurs (dont en tous cas le mari de Catherine, je ne sais pas quand est arrivé le deuxième pasteur qui officie dans l'Eglise). L'année 2002 est aussi celle de la fondation de l'AIMG, et deux ans après s'ouvrait la Chambre de guérison de Genève.

Elisabeth : *« C'est vrai qu'on avait parlé au pasteur (de nos soucis). Pi c'était pas les mêmes pasteurs que maintenant, et ça avait pas passé le message. On a été dire, ben, on a besoin d'aide ! Pas physique, mais l'aide morale. Ben c'était néant (...). Il y a eu de l'aide (de la part de l'Eglise) depuis que ça a changé de pasteur. C'est vrai que la première fois qu'on a frappé à ma porte et qu'on m'a dit « on vient te visiter, parce qu'on vient d'apprendre que t'étais pas bien », j'avais les bras qui m'en tombait ! Pi c'est depuis cette journée-là qu'on a été visité. Mais c'est vrai qu'ils sont arrivés là il y a 5 ans ».*

L'importance de l'arrivée de Catherine et de son époux dans l'Eglise est significative, lorsque l'on repense à la nécessité de la prédisposition positive afin de vivre une guérison divine. Ils sont à l'origine, avec d'autres, de l'ouverture de la Chambre de Genève. L'époux de Catherine joue un rôle important au sein de l'AIMG. L'ouverture de la Chambre est cohérente avec leur foi en la guérison divine et légitimée par les récits positifs des malades qui y ont eu recours. Ces derniers sont en effet parfois invités durant le culte à témoigner de leur vécu en lien avec la guérison. Les témoignages renforcent les membres de la communauté dans leur foi, dans leur savoir sur la guérison et légitiment leur recours à la prière et à la Chambre en cas de maladie (Singleton, 2001a:178). Pour reprendre les termes de Clémentine Raineau : « La consultation d'un thérapeute (...) subit toujours l'interprétation et le jugement. Il s'agit d'éprouver l'efficacité du diagnostic, puis celle des thérapeutiques mises en oeuvre » (2006:63). L'écoute des témoignages, durant le culte notamment, permet à chacun de se faire sa propre opinion sur l'efficacité de la guérison divine et des techniques

de la Chambre de guérison. Les témoignages créent une attente chez les fidèles qui peut être, à mon sens, comprise dans cette phase de prédisposition. Ils apprennent de plus aux auditeurs comment raconter leur expérience du divin, tout en rappelant ce qui est bien ou mal dans le cadre de leur manière de comprendre le monde (Singleton, 2001a:188). Durant les deux premières phases du processus de guérison, s'établit aussi une relation de confiance avec un ou plusieurs intercesseurs de la Chambre de guérison. La majorité des membres de la Chambre, ainsi que cinq de mes six interlocuteurs, se rendent régulièrement au même culte.

III.2.4 La phase d'*empowerment*

Durant cette phase, le chrétien expérimente dans son corps la puissance thérapeutique de Dieu. La prédisposition concerne une adhésion découlant du milieu de socialisation et est basée sur les connaissances et les discours. L'*empowerment* est plus précisément axé sur l'expérience existentielle. Le fait d'avoir vécu dans son corps l'action de Dieu en faveur de sa guérison contribue à consolider la foi, le régime d'adhésion. Le savoir de ces chrétiens au sujet de la guérison divine se base dès lors sur leurs observations empiriques et concrètes. A ce niveau s'entremêle deux notions qu'il s'agit de différencier. Il y a, d'un côté, l'expérience existentielle et, de l'autre, la foi. L'expérience est toujours bien identifiée par mes interlocuteurs. Quatre d'entre eux (Mme Savy, Elisabeth, Christian et Véronique) disent avoir vécu une guérison divine ou qu'ils ont senti que Dieu faisait quelque chose pour leur guérison avant tout recours à la Chambre.

- **Véronique** : *« J'ai été dans un dans une réunion euh... où... où j'ai eu une révélation de l'amour de Dieu en m'avançant, en répondant à un appel. Là, j'ai été submergée par le puissante en me... en me... J'ai ressenti comme une énorme lumière vivante, et c'était vraiment Jésus. Et si j'en avais douté, j'avais une preuve presque physique : c'est que ma souffrance, elle sortait par mes, par la paume de mes mains, par là où il a été percé par les clous ».*
- **Mme Savy** : *« J'avais été à une soirée et j'avais été mais instantanément débarrassée des vertiges mais permanents. Je tournais, je balayais du regard, tout continuait à tourner. Je me disais « mais j'ai un décollement rétinien », c'était vraiment incroyable. Et là, je suis ressortie de là, et alors que j'étais hyper crevée, j'étais vraiment bien. J'ai vraiment eu une guérison de trois semaines ».*

Au sujet de la notion de foi, comment la définir, comment se construit-elle et quel rôle joue-t-elle lors d'un miracle. Pour Piette, la foi c'est « l'amour qui fait rapprocher les absents en les rendant présents par un objet qui leur appartient, qui en garde la trace, qui les représente, ou encore par un geste qui les rappelle. (...) C'est l'amour qui peut attribuer à tel objet (une hostie) une capacité d'action, en particulier de re-présentation du Dieu absent. Et alors celui-ci est présent » (2002:368). Selon Claverie, le terme « foi » peut désigner un « état ou un mouvement particulier qui s'est défait

de toute résistance à ce contenu précis, un mouvement de consentement qui n'a pas besoin de preuve » (1990:8). Selon elle, la foi « comme position de compréhension se constitue dans et par la relation d'incertitude et celle-ci lui est essentielle ». Du moment que Dieu se met en position de preuve (en accordant une guérison par exemple), « cela vient rompre le contrat et le ressort intime de la position de foi ». Dans notre contexte, la foi s'est développée à partir d'une expérience existentielle qui tend à prouver l'action de Dieu. La guérison fait office de procédure de démonstration (Claverie, 1990:9). La foi des chrétiens se fortifie de la preuve donnée par Dieu. La guérison n'est pas une simple procédure de re-présentation de Dieu mais bien une preuve de son action et de sa bienveillance à l'égard des humains. D'une foi basée sur un régime d'adhésion, sur une absence ou du moins une incertitude, les miraculés passent à une foi basée sur une preuve tangible. Cette preuve permet de passer du monde de la foi à celui de la preuve scientifique, et ainsi de transmettre des expériences d'un monde à l'autre. Gonzalez parle à ce propos de « foi inductive » comme « démarche spirituelle ayant pour prémisses les faits relatifs à l'expérience humaine ; démarche radicalement opposée à une « foi déductive » qui prétendrait s'appuyer sur certaines affirmations et se soustraire au contrôle de l'expérience » (2002 :48). Les miraculés sont les preuves vivantes de l'action de Dieu et se situent dans les limites des capacités médicales, puisque dans les cas auxquels j'ai été confrontée, la biomédecine avait déclaré son impuissance. Il est bien moins probable que des chrétiens témoignent de la guérison divine d'un rhume ! Donc de manière générale, l'expérience existentielle de la puissance divine précède le développement de la foi. L'idée de foi inductive rejoint celle de « sens pratique » de Bourdieu. En effet, la logique du recours à la Chambre de guérison est pragmatique : Pourquoi ne pas y aller, si ça peut faire du bien ? C'est une réponse pratique à la douleur, une action contre la maladie qui est recherchée. Après ce recours pratique, le fait d'avoir expérimenté dans son corps une guérison divine induit le développement de la foi (ou en tous cas son renforcement).

Concernant Dieu, il occupe une place de premier plan au sein de la vie de mes interlocuteurs. Ils m'ont expliqué quelle était leur relation avec ce dernier, comment il était intervenu dans leur vie et comment il continuait à le faire. De manière générale, cette relation semble s'être intensifiée depuis que la maladie est intervenue dans la vie de mes interlocuteurs. Percevoir Dieu comme une

personne faisant partie de sa vie agit dans le sens de *l'empowerment* d'un malade. Voyons en premier lieu comment mes interlocuteurs décrivent leur relation avec Dieu au quotidien.

- **M. Moreau** : « *Je me rends compte que si je ne pouvais pas me confier en lui chaque jour, j'aurais beaucoup de peine à supporter ce que je vis* ».
- **Mme Savy** : « *J'ai un rapport à Dieu qui est quotidien, c'est un bavardage ensemble, je lui dis mes colères, mes rognés. Mais c'est vrai que le cheminement fait que plus on le connaît, et plus on est bien avec lui* ».
- Laetitia : « *Comment, ou à quel moment, tu sens qu'il agit justement ?* »
Véronique : « *... parce que les choses se passent mieux. Parce que à la place d'arriver dans des excès, où j'arrivais avant, j'arrive à limiter les dégâts, à me retirer du jeu, à pouvoir prier. Des fois je vais aux toilettes, vite, et pi je prie. Et pi après les choses se calment, les choses vont mieux. Et j'sais que c'est pas moi qui agis, parce que moi je suis pas capable de ça* ».
- **Elisabeth** : « *Chaque fois j'ai eu des réponses, des petites choses : un jour, j'étais découragée, je pouvais même plus bricoler, je suis bonne à rien, je peux même pas faire les courses, le ménage et tout. Et j'ai l'aide familiale qui arrive. Je dis « oh vous avez un joli petit truc » (l'aide familiale répond), « oh mais c'est moi qui l'ai fait, ça vous pourriez peut-être faire couchée ». Elle est allée me chercher le matériel elle-même, en ville, « mais je vais vous chercher pi je vous explique ». Chaque fois c'est des petits trucs, ça paraît, c'est vrai que pour toi, ça paraît peut-être rien, mais quand t'es dans un état où t'es là, t'es couchée, tu peux rien faire* ».

Deuxièmement, la plupart de mes interlocuteurs disent que leur relation avec Dieu a changé.

Il y a l'idée que cette relation est devenue plus intense suite à l'expérience. L'idée de la maladie et de la finitude de la vie induit des questionnements spirituels et invite à approfondir sa foi.

- **Mme Savy** : « *Ce rapport à Dieu est devenu effectivement de plus en plus vivace et pour moi et pour les autres, peut-être pour avoir touché le fond. Aussi pour avoir été moi-même confrontée au péché* ».
- **M. Moreau** : « *C'est vrai que d'arriver dans cette situation de maladie, on se rapproche encore plus de Dieu. C'est vrai que quand tout va bien, je veux pas dire qu'on le laisse de côté, mais on a tendance à le voir tranquillement. Quand on arrive dans une situation où la santé est en jeu, là on réfléchit plus. Et c'est vrai que je m'aperçois que ma relation avec Dieu a augmenté, elle a augmenté puis je vois les choses. Disons que je vois la main de Dieu dans ma vie, et plus je la vois, et plus ça m'encourage à la voir davantage. Donc je dirais que cette maladie m'a permis de faire un pas de plus* ».
- Laetitia : « *Est-ce que tu dirais que cela a changé ta relation avec Dieu depuis ?* »
Elisabeth: « *Alors ça n'a pas tous les jours été facile, mais je dirais que elle s'est presque intensifiée par ce vécu... j'ai dû, je me suis plus appuyée, j'ai vraiment remis tout pi j'avais plus le choix. Il y avait plus d'autres solutions* ».

Il est intéressant de percevoir cette relation sous l'angle du don et du contre-don.

- **Christian** : « *J'ai vécu une année de chômage euh... Il m'a toujours donné la paix, en moi, pi de façon assez incroyable. Et pi j'avais au fond de moi, vraiment la certitude, que quand la situation*

se débloquerait : c'est que comme il veut toujours le meilleur pour nous, ben c'est qu'il aura trouvé le meilleur pour moi. Et tant qu'il n'y a rien qui se débloque, c'est qu'il n'y a pas encore le meilleur pour moi qui est prêt. Donc voilà : il faut y croire. Je crois qu'il faut y croire, parce que cela ne va pas nous tomber dessus comme ça ».

- **Elisabeth** : *« J'suis pas quelqu'un qui reçoit des visions, pi là j'avais reçu quelque chose pour moi pendant le voyage ça m'avait pas mal chamboulée. Le Seigneur me disait « mais tu dois arrêter le jardin », parce qu'on avait un jardin. Pi je comprenais pas, moi j'adore aller. Pi c'est vrai que c'est très astreignant. J'pense que c'était une raison aussi que l'hernie discale. J'avais un métier qui était très de poterie, où tu portes des trucs de 25 kilos, pi je portais mal. J'ai eu un grave accident de voiture, je peux pas me baisser sur les genoux (...) ... porter comme ça, ça a pas aidé. Donc j'avais reçu ça, pi j'en ai parlé avec mon mari, pi on s'est dit, ben si c'est ça, ben on obéit. Pi on avait fait c'te démarche, pi c'est tombé le 2 janvier en 96, on a été débarrassé. Pi on a dit ben... on va obéir. Mais on obéissait dans le vide, vraiment j'savais pas pourquoi. Pi le 4 février j'ai été hospitalisée ».*

Le don de Dieu (d'un point de vue anthropologique et non évangélique) peut être de soutenir les individus lorsqu'ils traversent des événements maladie, de les protéger contre les attaques du malin, etc. L'obéissance de Christian est récompensée par le fait que Dieu ne l'a pas oublié durant sa période de chômage. Il est intéressant de voir que le contre-don des chrétiens est d'obéir, de se soumettre à Dieu, de savoir qu'il agit encore aujourd'hui, etc. Cette idée va plus loin que de simplement mettre en avant la nécessité d'avoir la foi. Au sujet d'Elisabeth, elle a obéi aux signes que lui donnait Dieu. Ce dernier voulait la prévenir de la maladie. Le deuxième moment fort où Dieu intervient dans sa vie, c'est quand il lui ordonne d'organiser, avec son mari, l'événement chrétien durant lequel elle a été guérie divinement. Là encore, Dieu répond à l'obéissance. Elisabeth et Christian disent d'ailleurs qu'ils ne savent pas où ils en seraient s'ils n'avaient pas obéi : ils seraient toujours « dans les mêmes galères ». Dans la théorie du don, il y a aussi « l'esprit de l'objet donné » (j'emploie cette expression dans le sens où elle était employée par Mauss). Effectivement, une fois le don de guérison octroyé par Dieu, il n'est pas possible de se moquer de Lui, il n'est pas possible de ne pas Lui obéir et il faut dès lors prendre soin du corps qu'Il a donné ou restauré. Dieu ne pourvoit pas pour n'importe quoi. Il agit principalement lors de maladie, de problèmes relationnels, en période de chômage ou lors de soucis financiers.

Afin d'obtenir l'obéissance des chrétiens, Dieu peut leur faire parvenir des messages. Dans ce sens, l'histoire que M. Schaler raconte est intéressante. Il raconte comment, ne voulant en faire qu'« à sa tête il n'a pas voulu emprunter le passage pour piétons. Il est alors tombé au milieu de la route et une voiture s'est arrêtée à quelques centimètres de lui. Son interprétation est la suivante: « J'ai pas obéi et j'ai été puni », « il m'a montré qu'il fallait obéir », « j'étais pas assez converti pour être

guéri ! Parce que le nombre de fois que j'ai demandé pourquoi j'avais ça ». Dieu donne donc parfois des signes aux individus afin de leur dire d'obéir et de rentrer dans le droit chemin. Ici la faute du malade réside, selon lui, dans le fait de ne pas avoir eu suffisamment la foi, mais en aucun cas il ne parle ici de péché. Cette donnée apparaît dans la construction narrative faite par le malade après sa maladie. Cet événement lui a peut-être semblé anodin sur le moment, mais avec le recul, il a été intégré et interprété dans son récit de vie. De manière générale, par rapport à la santé :

Mme Savy : « Je pense qu'Il attend aussi de notre part une dépendance de Lui, de lui faire confiance. Et c'est dans la mesure où on établit cette confiance, qu'on comprend que ses indications ne sont pas des ordres tyranniques, à ce moment-là on rentre dans un domaine de Père amour qui veut notre bien. Donc on arrive un peu à réharmoniser un peu tout ce qu'on a, et c'est vrai que les dégâts sont là ».

La santé, ou plus précisément cet état d'harmonie résulte du fait que sont suivies les indications données par Dieu. On retrouve ici un schéma particulier : Les malades ont tout d'abord compris Dieu et sa volonté ; ils sont entrés ensuite dans une relation de dépendance vis-à-vis de Dieu ; ils ont enfin retrouvé un état d'harmonie (à noter que Madame Savy est entrée dans un état d'harmonie mais n'a pas encore reçu de guérison, même si elle ressent une nette amélioration de son état). Dans ce sens la conversion peut être considérée comme le premier pas vers la restauration de cette harmonie (Laplantine, 1999:111) ou comme un acte de prévention (Pedron, 1995:91-92).

III.2.5 La phase de transformation

La phase de transformation correspond au moment où un malade reconnaît les transformations cognitives, affectives ou comportementales qui ont découlées de son recours à la Chambre de guérison. Le miracle de la guérison divine (mentionné pour chacun de mes interlocuteurs dans leur présentation) est accompagné de modifications ressenties par les malades. Durant la phase précédente, ils ont compris que Dieu souhaitait leur obéissance et ont modifié de ce fait leur comportement et tout soumis à Dieu. Cette soumission se traduit par des pratiques quotidiennes.

- **Mme Savy** : « Je me rends compte quand j'arrive à commencer la journée lisant un texte biblique, en passant un moment avec lui, ma journée se déroule complètement autrement. Même les nuages, ils ont une autre couleur. C'est presque magique ! ».
- **Laetitia** : « Et justement pour maintenir ta santé, qu'est-ce que tu fais au quotidien ? Quand tu disais que c'était une lutte ? »
Véronique : « La prière et la louange. En fait, euh... c'est, pi, la lecture de la Bible. Mais, ouais, je pense c'est ça. Pour entretenir cette lumière, ce rapport avec Dieu, cette vie avec Dieu, ben faut qu'il ait la première place. Et pi lire la Bible, ça permet de le connaître mieux, d'approfondir sa

foi, pi de savoir comment prier (...). Et pi le culte, pour ressourcer sa foi avec d'autres chrétiens, (c'est) très important ».

- **Elisabeth** : *« Pi je crois... moi j'ai vécu une fois quelque chose, pas moi mais sur moi : quelqu'un a voulu aller chez une voyante, car elle avait beaucoup de peine avec moi, elle me supportait plus. Elle est été avec ma photo, et la voyante lui a répondu « sur cette personne, je peux rien vous dire, elle est tellement heureuse, que je ne peux rien vous dire ». Alors je me dis qu'on est protégé, quand même. Ca m'est venu deux ans après. Elle est venue après, elle était jalouse de moi, elle me voyait bien en famille (...). Pi nous on se met sous la protection du sang de Jésus tous les matins, avec les enfants, parce qu'ils en ont besoin avec tout ce qu'ils vivent à l'école ».*

De cette soumission a découlé pour tous un mieux-être et pour quatre d'entre eux un miracle. Néanmoins même Mme Savy, qui n'est pas guérie, estime avoir vécu des transformations positives suite à son recours à la Chambre de guérison. Mme Savy s'exprime dans l'extrait suivant par rapport à son couple, et explique comment la résolution de ce problème relationnel fut le point de départ vers un mieux-être. Il s'agit d'une transformation au niveau de sa relation avec son conjoint. A contrario, un problème relationnel peut engendrer un mal-être et constituer une cause de maladie.

Mme Savy : *« Pour moi, cette Chambre de guérison, ces deux fois, ça a été un discernement qui a été, pour lequel il y a une prière très personnelle (?) qui a été prononcée. Et par rapport aussi à la deuxième fois, mon mari était là, donc mon mari actuel. Catherine a eu cette parole de connaissance, en disant à mon mari : « prend ta place de mari ». Parce que quelque part, il restait en retrait. Et je pense qu'il y a eu, d'ailleurs, quelque chose au niveau de notre couple. Parce que lui restait peut-être le deuxième. Et quand elle a dit ça, moi j'ai éclaté en pleure, parce que j'ai dit « c'est ça, c'est exactement ça » et lui ne s'en rendait pas compte. Parce que c'est un homme qui n'exprime pas ce qu'il ressent. Et, je crois, quelque chose s'est passé. Et moi aussi, de mon côté, je lui redonne plus cette place. Parce que effectivement, je crois qu'il y a un ordre des choses quand il y a une reconstruction, un divorce après un mariage. Là aussi, il y a des blessures qui s'accrochent. Ouais quelque chose de très doux, et de très fort en même temps. Il n'y a pas eu un tonnerre, il n'y a pas eu des éclaires, il n'y a pas eu des cris, il n'y a pas eu de manifestations visibles. C'est quelque chose de très serein, très calme, très apaisant. Mais vraiment vrai. Et je dois dire que, depuis là, il y a un cheminement qui continue vers un mieux-être, sinon total, au moins progressif en tous cas ».*

Mme Savy et M. Moreau estiment que même s'ils doivent vivre avec leur maladie, et bien Dieu fait en sorte de leur donner l'attitude positive et la force d'y parvenir. Mme Savy dit à ce propos : *« je pense que c'est aussi un cadeau de pouvoir rester joyeux tout en étant malade ».* Tout deux vivent encore à l'heure actuelle avec leur maladie. M. Moreau, tout en vivant avec sa myopathie, a vécu la guérison divine de sa tumeur au côlon.

Voici les transformations notées par les quatre autres miraculés que j'ai interviewés.

- **Véronique** : *« L'aide spirituelle que je reçois, par l'intermédiaire de Catherine et de Valérie, c'est de demander directement l'aide à Dieu, sur le moment, et de lui demander des guérisons successives. Alors elles elles ont identifié par... le Saint Esprit leur a montré qu'est-ce qu'il fallait demander dans la prière, pour que ces guérisons se fassent, parce que... Je vais te donner un*

exemple : ça a pu être ben, très clairement, par rapport à ces problèmes de colère⁵¹. Elles ont demandé que Dieu me fasse sentir son amour. C'est éminemment pacifiant ça, de recevoir, et... euh, reconstruteur de l'être profond. Et... euh, ben à partir de là, ben j'ai pu me réconcilier avec moi-même ».

- **Elisabeth** : « *J'ai l'impression que c'te parenthèse de maladie que j'ai eue pendant 10 ans, ça nous a fait faire des pas de géant quand même à plusieurs niveaux : sur le niveau familial, au niveau du couple, au niveau de l'Eglise, au niveau de nos activités, au niveau euh... Là, ben on essaie de faire attention, pas de nouveau d'être envahi, pi pour le moment ça se passe bien (...). Je crois que Dieu nous a montré nos priorités. Et pi je crois qu'on était le moyen pour d'autres, si j'ose parler comme ça ».*

Laetitia : « *T'aurais un exemple ?* »

Elisabeth : « *Ben des familles qui vivaient comme nous, pi de voir que c'est tout aussi bien, si un soir on se pose, dans un fauteuil, pi qu'on n'a pas tous les soirs quelque chose à l'Eglise... (...) Que Dieu ne va pas, il ne va pas nous donner des médailles, et nous dire tu seras, oui tu seras avec moi ! Si on est, le fait d'être, de vivre une relation avec Dieu. C'est pas parce qu'on fait des trucs, qu'on aura un meilleur prix à la fin ! Pi je crois que ça... le faire... gagner... de vouloir le faire, je crois que ça... le Seigneur nous demande d'être, pas de faire. Il y a des choses qu'il nous demande, mais pas de faire toutes les choses qu'Il ne nous demande pas, et qu'on fait en disant « ah mais je fais ça pour le Seigneur, je fais pas pour moi ! ».* »

- Fille de M. Schaler : « *C'est extraordinaire. Mais cette vie intérieure que j'ai vue éclore, pour moi, c'est quelque chose qui m'a encore plus touchée* ».

M. Schaler : « *Oui, parce que, comme je vous ai dit, ça m'a donné un complexe. J'étais plus ou moins renfermé intérieurement, j'osais pas m'extérioriser disons. Parce que je sentais que... il y a quelque chose qui n'allait pas chez moi. Et vis-à-vis de mon entourage, c'était pareil : j'osais pas. J'étais dans mon petit coin : pourvu qu'on me regarde pas trop ! Alors que maintenant, je suis comme un bouton de rose qui va éclore* ».

Laetitia : « *Il y a eu une guérison sur un autre plan, aussi physique et...* »

M. Schaler : « *Intérieur* »

Fille de M. Schaler : « *Moi, c'est ça qui me réjouit le plus. Parce que l'enveloppe, c'est important et ça nous influence dans notre personnalité, mais, au-delà de l'enveloppe, l'intérieur* ».

- **Christian** : « *Qu'est-ce que la maladie a pu apporter dans notre vie, et dans la vie des gens, par rapport à nos relations, par rapport à la vie des gens, par rapport à notre tolérance, à notre patience, à garder notre foi, etc. C'est énorme les gens qu'on a pu toucher, qu'on (avec qui on) a pu causer, qu'on a pu aider* ».

Elisabeth : « *Qu'on aurait pas fait si on avait été bien* ».

La transformation touche tant les attitudes (Véronique, Elisabeth), que le domaine relationnel (Mme Savy) ou spirituel (M. Schaler, Christian). Elisabeth nous explique comment, toujours en parlant d'une tierce personne, elle-même est dorénavant plus dans l'être que dans le faire. Elle ne perçoit plus la vie après la mort comme le résultat d'une compétition menée ici-bas. Une transformation du comportement peut être, selon moi, liée à l'accomplissement d'une mission. C'est ce qu'il ressort des entretiens avec Christian et Elisabeth, qui estiment être devenus des exemples en matière de cheminement spirituel. Voici comment Christian présente, en quelque sorte, ce nouveau sens donné

⁵¹ Elle parle ici des problèmes de colère qu'elle avait vis-à-vis de ses enfants.

à sa vie : « *ben je pense qu'on avait... Le Seigneur nous a choisi, ou m'a choisi, parce qu'il avait besoin de porteurs de preuve, et de proclamation, sur la guérison* ». L'accomplissement du Royaume de Dieu sur Terre s'effectuera notamment par l'intermédiaire des fidèles. Dans ce sens, Christian s'est vu confié la tâche d'apporter la preuve que Dieu agit encore aujourd'hui pour les chrétiens. Christian et son épouse sont de plus des exemples en matière de conciliation entre vie de famille et développement spirituel. Véronique aussi nous fait part d'une mission dont elle pense que le Seigneur va la doter :

« C'est très réjouissant pour l'avenir. Déjà je vois ma santé qui se rétablit, il y a eu des changements très importants. Et je m'attends encore à des belles choses dans le service. Je pense qu'il va, je suis certaine qu'il va m'équiper pour être utile à mon tour pour les autres... ».

De manière générale, les transformations reconnues par les malades sont toutes soumises à l'impératif du développement spirituel. Le lien entre l'expérience transcendante et la réorganisation de la vie est liée au contenu biographique que le malade attribue à son expérience du divin (Csordas, 1988). Les bénéfiques, qu'ils estiment avoir retirés de leur expérience de la puissance divine, influencent la manière dont ils construisent leur récit. Le récit qui sera raconté, et auquel il sera fait référence, influencera la manière dont l'individu modifiera son comportement, ses valeurs, etc. La reconnaissance des transformations fait partie du processus de construction du récit. Les transformations identifiées sont interprétées et mises en avant. La mise en récit fait partie de l'expérience elle-même. En effet, la mise en récit est un processus constant qui, en évoluant, continue d'influencer l'individu (Singleton, 2001b:135). Nous verrons plus loin les éléments constitutifs des divers récits que j'ai recueillis. En effet, au-delà des apparentes différences, il est possible de distinguer des procédés rhétoriques et des mises en intrigue similaires.

III.2.6 L'étiologie des maladies

En nous attachant à définir les causes des maladies, nous verrons quels sont les écarts entre les normes véhiculées par l'AIMG, et les causes retenues par nos interlocuteurs. Les causes retenues sont celles qui apparaissent dans les récits des événements maladie que j'ai récoltés. Une fois l'histoire construite, celle-ci constitue un mythe personnel auquel il est toujours fait référence. Nous comprendrons ainsi en partie la manière dont se construit le récit d'un miracle. Voyons quelles sont les causes personnelles et impersonnelles évoquées par mes interlocuteurs afin d'expliquer leur maladie. La distinction entre ces deux catégories de causes provient des travaux de Saillant (1990) sur le réseau sémantique du cancer au Québec. Les causes personnelles sont liées à l'expérience et

au vécu, les causes impersonnelles sont tirées des médias, des campagnes de prévention, etc. Les causes impersonnelles sont celles évoquées pour répondre à la question « Qu'est-ce qui cause cette maladie en général (par ex : le psoriasis, la dépression, etc.)? » et elles sont vite rejetées quand il s'agit d'expliquer sa propre maladie (son psoriasis ou sa dépression par exemple). Dans les travaux de Saillant, les éléments du modèle étiologique biomédical sont plus souvent utilisés pour expliquer la présence du cancer dans le monde que son propre cancer. Par exemple, dans le travail de cette chercheuse un patient dira au sujet de son cancer: « fumer n'aide pas, mais ce n'est pas cela qui a causé mon cancer » (fumer est donc une cause impersonnelle). En revanche, les événements de vie et l'usure sont des causes personnelles fréquemment citées par les patients pour répondre à la question: « Qu'est-ce qui a causé votre cancer? » (Saillant, 1990:25-26). Voyons ce qu'il en est pour nos malades.

- **M. Schaler** : « *Alors j'ai eu du psoriasis pendant 56 ans, et ça a commencé lorsque j'ai perdu ma mère. Probablement que j'ai eu un choc* ».
- **Véronique** : « *Le départ de mon mari ça a été la cause majeure de cette dépression, même si elle était déjà commencée* ».
- **Laetitia** : « *Et vous vous avez identifié peut-être les causes de votre fibromyalgie ?* »
- **Mme Savy** : « *(...) J'ai été abusée sexuellement quand j'étais enfant, pas d'une manière très grave, qui fait que j'ai eu une sorte de déni. Parce que pour moi, c'était pas vraiment grave, par rapport à ce que des proches ont subi par les mêmes personnes. Que moi, moi c'était tellement rien : c'était des attouchements et c'était très très très rare, donc je pensais pas que ça puisse... il a fallu une démarche, une discussion avec mes sœurs, pour me rendre compte que non, il fallait voir en face la réalité, que ça pouvait m'avoir atteint. C'est vrai que je suis partie de ma propre volonté, très tôt, à 19 ans, j'étais en Afrique. Avec un grand bonheur, mais aussi avec de grandes souffrances, parce que c'était très dur. Donc je me suis ennuyée, mais à mourir, de mes amis, de ma ville, ma famille, à un moment où ces symptômes se sont manifestés. Et pi alors par là-dessus, j'avais la profession la pire au niveau de l'échelle OMS : j'étais téléxiste. Et je travaillais aussi comme téléphoniste. Au niveau de la fatigue nerveuse, c'est le pire à l'époque. Maintenant ça a changé, mais à l'époque c'était un des métiers les plus stressants. (...) J'ai cumulé un peu tous les facteurs, j'ai tiré sur la corde physique. Et puis émotionnellement, je pense qu'il y avait plein de choses que je ne savais pas qu'il fallait régler* ».

Mme Savy met de multiples facteurs en cause pour expliquer sa fibromyalgie, notamment les facteurs mis en avant par la biomédecine (elle dit, auparavant dans l'entretien, qu'elle cumule un certain nombre de facteurs, mis en avant par des médecins aux Etats-Unis, causant potentiellement la fibromyalgie). Il est probable qu'à la Chambre de guérison, elle ait eu à entreprendre un travail de pardon, afin de régler ces « choses » et de bénéficier d'une guérison avant tout intérieure. Elle ne parle par contre aucunement de péché, même si dans l'entretien elle m'a informée que : « *j'étais, oui, peut-être de votre âge, quand j'ai commis l'adultère. Pour moi, c'était le péché qui était le pire* ».

quand j'étais jeune, je pensais que c'était des choses qui ne pouvaient pas m'arriver ». Elle ne considère pas que Dieu l'ait punie pour sa faute. Cette donnée est particulièrement intéressante lorsque l'on repense aux textes analysés en première partie. Pour M. Schaler la cause personnelle est clairement le décès de sa mère. Quant aux causes impersonnelles, c'est sa fille qui ajoute qu'il s'agit d'une maladie héréditaire, fluctuant avec le stress et suivant l'état émotionnel. M. Schaler s'est demandé s'il avait péché, mais il pense que non. Le péché constitue donc pour lui une cause impersonnelle. Ce fait se retrouve aussi chez Christian, qui ajoute le paramètre de la faiblesse du corps ainsi que l'idée que Dieu peut imposer des épreuves aux chrétiens dans le but de les faire grandir.

Christian : « *En aucun cas on a dit on (sa femme et lui) a été puni pour une chose ou une autre. Moi je pense qu'on est fait d'une certaine façon, que nos corps ils ont des faiblesses, ou des points forts à certains endroits, et pi ma foi ben... c'est comme ça. Pi ça fait partie de notre corps, qui est fait ainsi, et Dieu permet certaines épreuves pour nous faire comprendre, pour nous faire grandir, et pi voilà* ».

Toujours dans l'idée que le corps s'use et possède des faiblesses inhérentes à la condition humaine :

- **Mme Savy** : « *Quelque temps avant que je vienne à la Chambre de guérison, Catherine m'a dit « mais t'as un poids sur ton dos », et elle a vu ce que c'était... donc là effectivement elle pouvait le dire donc, parce que c'est par rapport à mon ex-mari. Vous trouverez la formule comme vous voudrez, mais il y avait vraiment mon ex-mari qui n'avait pas quitté mon dos de son regard, elle me disait. Et par la suite, à la Chambre de guérison, ça a été encore précisé par une autre personne. Et c'est vrai que j'ai materné mon ex-mari, j'étais une maman pour lui, une sœur, une amie et encore maintenant. Une amie qui me soutient, elle me dit « mais lâche maintenant, il faut vraiment lâcher et que lui puisse marcher par lui-même t'es plus concernée », et moi je le savais. J'étais détachée mais, à quelque part, il y avait quelque chose de très fort qui a été délié par la prière. Un peu comme... ben... voilà, il y a un obstacle là, on l'enlève. Et il y a eu quelque chose qui est tombé, il y a eu une légèreté je crois que j'aurais du me mettre sur la balance, il y avait 5 kilos en moins. Ils sont pas partis de la balance à ce moment-là (rire) ! C'est un poids que je n'avais pas idée et c'est vrai que cela s'explique sur le corps ».*
- **Laetitia** : « *Et tu penses que c'est dû à quoi, ta dépression, ou ton comportement envers tes enfants ?* »
- **Véronique** : « *... C'est une grande question. Je pense que la dépression ça abîme. Le malheur ça abîme le cœur, les nerfs, la santé. Et pi dans mon cas, ça a aussi touché ce qui était de plus fort en moi, et de plus vivant : ma foi. A partir de là, ben la santé c'est fragile, et plus on aura de mauvaises choses... ce qui fait que ma santé s'est détériorée de manière importante* ».

La faiblesse du corps a directement un impact sur la santé, puisqu'il est ainsi plus sujet à contracter des maladies. Pour Véronique, l'usure du corps, liée à des expériences malheureuses, a eu un impact sur sa foi. Recouvrer la santé passait pour elle par le renouement de sa relation avec Dieu. Autre catégorie de cause particulièrement intéressante est celle liée à l'idée que Dieu, par la maladie, veut le bien de la personne.

- **M. Schaler** : « *J'ai eu ça justement pour me montrer qu'on pouvait choisir le chemin pour aller vers le Seigneur. Et c'est par cette maladie que j'ai été guidé pour que j'aille vers lui. C'est possible aussi ça ! Avant j'allais de temps en temps à l'Eglise, mais rien de plus* ».
- *Laetitia* : « *Donc il y a toujours un dessein de Dieu dans la maladie ?* »
Elisabeth : « *Voilà. Pour moi, c'est euh ouais.... Ouais je crois, moi je suis persuadée que Dieu a tracé un chemin pour nous. Il n'y a pas que des tapis rouges, il y a des embûches, mais c'est pour nous faire grandir. Alors c'est clair, c'est dur. Quand j'étais les 10 ans là-dedans, je ne te parlais pas comme ça, on est bien claire. Mais avec du recul, maintenant, je vois la vie différemment* ».

Dans l'extrait de l'entretien avec Elisabeth, elle souligne que ses propos ne sont pas ceux qu'elle aurait eus si je l'avais interviewée avant sa guérison. Une partie de la phase de transformation est de voir sa maladie comme un bienfait, une épreuve permettant de grandir, de se développer spirituellement. Ceci est aussi une étape de la construction du récit du miracle. Il s'agit d'élucider les raisons de la maladie, de comprendre quelle était la volonté de Dieu là-dedans. Ce fait souligne que c'est Dieu qui a causé la maladie ou qu'il l'a pour le moins permise. Le changement du regard porté sur l'épisode de maladie permet au malade de percevoir les aspects positifs intervenus grâce à elle. Elisabeth interprète sa maladie comme un message de Dieu pour lui dire d'arrêter de trop en faire, et que vivre en « bon chrétien » ne signifie pas sacrifier sa vie de famille, de couple, etc. L'issue positive de sa maladie, et le sens qu'elle en donne, lui permet dorénavant d'aller de l'avant et de pouvoir ainsi envisager un avenir auparavant assombri par la perspective de la maladie. Comme le note Good, traverser un épisode de maladie est une expérience créatrice de sens (1998:269). De plus, le fait de mettre en récit des événements douloureux permet de réorganiser sa vie autour et avec la rupture biographique qu'a provoqué la maladie.

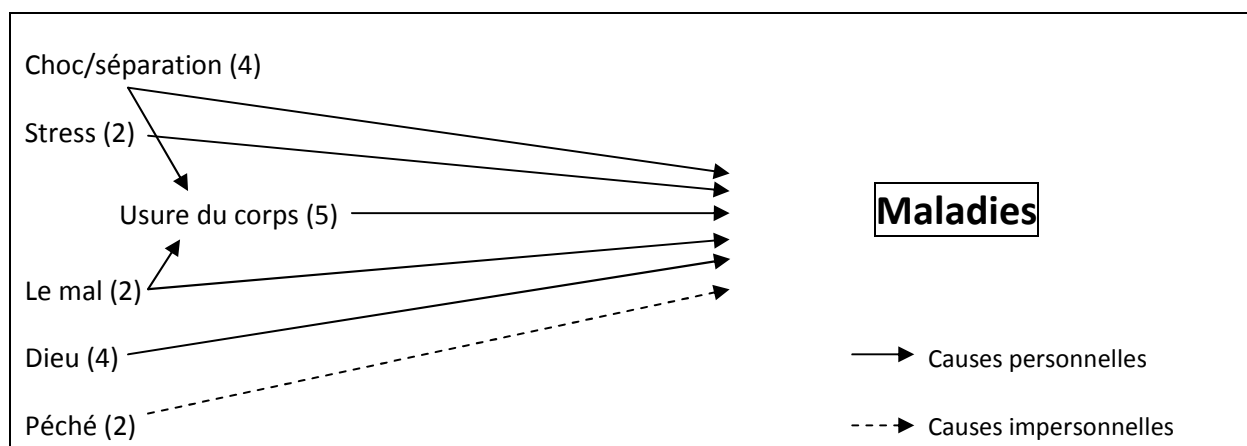
Lorsque nous nous sommes penchés sur les représentations du côté de l'offre en guérison divine, nous avons constaté l'omniprésence de références à Dieu ou au mal. Dans le cadre des entretiens, Dieu est extrêmement cité, tandis que le mal ne l'est que dans un contexte bien spécifique. Il est tout à fait remarquable que les malades n'aient pas du tout fait recours au mal pour expliquer leur maladie. Il n'y a qu'un interlocuteur qui m'ait dit que la récurrence de ses symptômes était due à une attaque du malin afin de le faire douter.

Christian : « *Depuis ce jour-là (depuis la guérison), je veux pas dire que je n'ai plus rien eu, mais presque plus rien eu. Parce que j'ai eu de temps en temps mal, quelque fois, pas souvent, trois fois, en tout quatre fois. La première fois, j'ai dit « mais Seigneur tu m'as guéri je refuse ce mal ». C'est parti aussi vite que c'est venu. La deuxième fois, même chose. La troisième fois, c'était quand j'étais au cours après le boulot (?), et ça a passé aussi. Après c'était plus insistant, ouais, c'est pas parti aussi vite la quatrième fois. C'est avec des amis, il y a pas longtemps, un mois, un*

mois et demi, du reste ça m'a repris mais vraiment les mêmes maux et tout ça. Là j'ai aussi pris des pastilles, et là ça a aussi pris pas mal de temps. J'étais sonné quand même douze heures en tous cas (...). J'ai dit bon, il y a une espèce d'enjeu avec (nom d'un événement chrétien qu'il a organisé en 2007) : c'est l'ennemi qui essaie de me déstabiliser vis-à-vis de cette guérison. Et d'autre part, comme c'est en 93 (qu'il a vécu sa guérison), pi aujourd'hui on est en 2007, il s'est quand même passé 14 ans. Moi je suis d'avis de croire que c'est pas un échec de la guérison après 14 ans, que cela puisse revenir. Moi je pense qu'il pourrait, ou il peut y avoir une faiblesse de la vésicule à ce niveau-là. Qu'elle a été guérie pi que les choses puissent revenir ce n'est pas un échec de guérison ».

Christian dit que le mal a voulu le faire douter, mais il ne remet pas sa responsabilité en cause, il n'a ni commis de péché ni douté. Dans les textes de l'AIMG, c'est lorsqu'il est fait « trop attention aux symptômes » que le mal intervient pour faire douter. Toutefois, Christian n'a pas une explication aussi claire, cela pourrait aussi être dû au fait que sa vésicule s'est détériorée. Dans ce cas, les diverses catégories de causes sont entremêlées et le malade lui-même ne parvient pas à déterminer laquelle ou lesquelles ont été prépondérantes. Le fait qu'il soit possible que Christian ait été attaqué alors qu'il préparait un événement chrétien, souligne à quel point il est un « bon » chrétien. Cet élément de sa narration soutient l'idée qu'il a été choisi par Dieu pour être un « porteur de preuve », afin de proclamer que Dieu est toujours actif aujourd'hui.

Voici un schéma résumant les principales causes retenues par mes interlocuteurs, comme pouvant être à l'origine de la maladie. Ce schéma est un réseau sémantique des maladies. Bien que mes interlocuteurs souffrent de maladies diverses, l'étiologie de la maladie n'est pas disparate et les mêmes causes se retrouvent. Un fait particulièrement intéressant est que le mal peut être à l'origine de maladies, en théorie. Or dans la pratique, cette catégorie de cause n'est retenue qu'à titre de cause impersonnelles (sauf pour Christian, néanmoins il n'est pas certain que sa rechute soit due au mal). Les chiffres entre parenthèse représentent le nombre de fois qu'une cause à été citée, je n'ai compté qu'une fois une même cause lorsqu'elle était citée plusieurs fois par mon interlocuteur.



Lorsque mes interlocuteurs m'ont parlé de « maladie-punition » suite à un péché, ils l'ont toujours évoquée comme étant une cause impersonnelle. Bien que les malades n'attribuent pas leur maladie à une attaque du mal ou à une punition, cela ne signifie pas qu'ils évacuent la figure du malin de leur représentation. Ils perçoivent le monde en proie à une lutte permanente entre le bien et le mal, dans lequel les chrétiens jouent un rôle prépondérant. Toutefois, ils ne remettent pas en cause leur propre obéissance à Dieu ou leur foi lorsqu'il s'agit d'expliquer leur maladie.

Par l'analyse des causes, nous voyons que la maladie en milieu évangélique charismatique « ne s'explique pas seulement par une étiologie de type biomédical » (Uguez, 2002:30). La maladie peut donc avoir de multiples causes : physique (une faiblesse de la vésicule, une grande fatigue, un épuisement, ...), psychologique (le décès d'un proche, une séparation, ...), relationnelle (régler une rupture d'avec un conjoint) ou spirituelle (pour mettre un individu sur la voie du Seigneur, lassitude dans la foi, ...). Notre société met l'accent sur la responsabilité individuelle et les textes de l'AIMG y ajoutent la culpabilisation des individus (sous-entendus chrétiens) qui n'auraient pas suffisamment eu confiance en les promesses de Dieu. Or il est clair, dans les discours des miraculés, qu'ils ne remettent pas leur responsabilité en cause, en tous cas dans le domaine de la foi.

La maladie n'étant pas toujours provoquée par le mal, la cause n'est donc pas uniquement exogène. Ceci explique le fait que trois types de guérison sont distinguées et qu'il n'y a pas que la délivrance qui soit pratiquée. Les trois types de guérison renvoient à des types de causes différents⁵². Pour une guérison intérieure, le malade doit avant tout pardonner (comme par exemple pardonner au conjoint qu'il ait provoqué la rupture). Il résout ainsi des problèmes relationnels dans lesquels il avait joué un rôle. Une guérison physique peut, quant à elle, être nécessaire lorsqu'un individu n'a pas écouté les limites de son corps, « a tiré sur la corde » et a engendré une grande fatigue. Dans les discours que nous avons analysés, nous voyons que l'individu est responsable de ce qu'il inflige à son corps et de la nature des relations qu'il entretient. Si les diverses catégories de causes n'avaient été qu'exogènes, le mouvement de l'AIMG aurait été perçu comme donnant la possibilité aux individus de projeter les causes du mal hors de leur personne.

⁵² Ceci vient nuancer les propos de Laplantine dans son étude des mouvements pentecôtistes latino-américains (1999) et nous fait ainsi noter une différence entre un mouvement pentecôtiste européen et latino-américain. Cet auteur dit en effet que l'action démoniaque est la cause de tous les maux et que l'exorcisme se trouve être l'unique réponse appropriée.

L'AIMG est une association dont les développements (en tous cas en Suisse romande) répondent aux demandes particulières pouvant émaner de cette société occidentale. Les valeurs d'individualisation et de responsabilisation y sont en effet prépondérantes. Premièrement, concernant l'individualisation, chacun vit personnellement son rapport au divin et aucun ne se permet de donner son avis sur la ferveur d'autrui. Dans le même sens, je n'ai pas retrouvé dans les causes la possibilité qu'une maladie puisse être la conséquence de péchés commis par des proches. Cette catégorie de cause semble relativement fréquente dans la communauté pentecôtiste guatémaltèque étudiée par Pédrón (1995). Deuxièmement, la responsabilisation est particulièrement tournée vers l'idée de prendre soin de son corps. Il ne s'agit pas d'un dépassement de ce qui est corporel. Au contraire, comme le souligne Laplantine, « le corps est considéré comme le lieu où les forces physique et spirituelles, mais aussi microcosmiques et macrocosmiques, se rencontrent » (1999:111). Chacun est, de plus, responsable de la relation qu'il entretient avec Dieu. Dieu n'abandonne pas les chrétiens, se sont ces derniers qui se détournent de lui.

III.2.7 Les rapports entre guérison divine et biomédecine

Quel est le point de vue de mes interlocuteurs au sujet de la biomédecine ? J'ai classé les extraits abordant le sujet de la biomédecine selon quatre thèmes : premièrement les avantages de la biomédecine, deuxièmement la relation avec le biomédecin, troisièmement les désavantages de la biomédecine et enfin les rapports entre biomédecine et guérison divine.

1. **Mme Savy** : *« Je suis rentrée de plein pied dans la découverte et l'explication plutôt de souffrances que j'avais depuis des années. Donc c'était plutôt coller une étiquette sur des douleurs diffusent, sur des grosse fatigues. Ça avait un côté très rassurant d'avoir enfin un mot sur les symptômes (...). J'ai vraiment été reconnaissante de rencontrer ce médecin le Dr. M., qui avait connaissance de cette maladie, qui est pas le cas pour tout le monde. Genève est à la pointe au niveau rhumatismale, notamment pour le développement de cette maladie ».*

Nous rejoignons les propos de Raineau : « En matière de diagnostic, (...) le médecin occupe une position hégémonique (...) » (2006:64). La biomédecine n'est pas rejetée par mes interlocuteurs, au contraire. Elle n'a toutefois pas été en mesure de participer au mieux-être qu'ils ont ressenti après avoir eu recours au service de la Chambre de guérison. Les biomédecins sont considérés pour leur habilité à poser des diagnostics. Lorsqu'un diagnostic est posé et que le biomédecin annonce l'incapacité de la biomédecine à intervenir efficacement, leur jugement n'est pas remis en question. Dans les récits que j'ai recueillis, il est courant que mes interlocuteurs pensent que les biomédecins

rencontrés au cours de leur événement maladie étaient chrétiens. A deux reprises, c'est le corps biomédical qui a annoncé le miracle aux malades.

2. **Elisabeth** : *« Quand je dis que il y a pas d'hasard : un jour à la thérapie neurale, cette anesthésiste m'a dit, bon, tout en me piquant. Mon mari était avec moi, on a été surpris les deux. Pi j'pense qu'elle a du voir, elle s'est braquée. Parce qu'elle, si elle est arrivée à c'te thérapie, c'est qu'elle en a eu besoin pour des graves problèmes de santé. Elle a eu recours à ça pi, euh... elle s'est dit, je vais me former là-dedans. Pi elle a dit « pendant ma maladie il y a des jours où je pouvais louer » pi elle s'est arrêtée ».*

M. Moreau : *« Et avant l'opération, le médecin m'avait dit, lorsque j'ai fait sa connaissance, qu'il avait la même théorie que le chef des hôpitaux de Paris qui dit : « nous sommes là pour soigner mais c'est Dieu qui guérit ». Donc déjà que le médecin me dise ça, c'était tout à fait dans l'optique de ce que je pense, de mes convictions, hein. Et donc j'ai été bénéficié d'un miracle ».*

3. **Christian** : *« J'ai dit non (à une intervention chirurgicale lourde visant à ôter les calculs). Disons qu'il y avait des nouvelles méthodes qui commençaient à venir, ce genre de choses, pour opérer avec trois petites incisions dans le ventre, pi qu'on commence à aller chercher avec des pinces etc. Alors moi j'étais pas très pour me faire charcuter, pour avoir la grosse entaille au milieu du ventre ».*

Elisabeth : *« J'avais pris rendez-vous (avec son neurochirurgien) en lui disant « est-ce qu'on pourrait faire quelque chose ? » Pi, euh... bon je pense qu'il doit avoir des tas de patients. Je comprends. Bon, sur le moment, j'ai pas compris, maintenant, je comprends. Il m'a dit « mais vous voulez quoi ? » Et je suis sûre, en me regardant, il m'a vue assise, il s'est dit « celle-ci elle fout rien de la journée, elle aimerait que (il) y ait plus de douleurs. » Pi il m'a regardée, pi il m'a dit « vous faites combien d'heures de gym par jour ? » J'ai dit : « je peux pas faire de la gym, vous m'avez fait arrêter parce que j'avais fait une année d'école du dos, vous m'avez fait arrêter parce que ça me bloquait l'hernie discale c'est vous qui m'avez fait arrêter », il m'a dit « je peux plus rien pour vous au revoir madame. » Il m'a vidée de son cabinet, je suis restée deux minutes dedans. Je sors du cabinet, il me courrait derrière, il me dit « tenez vos radios, de toute façon je peux plus rien pour vous, sauf si vous voulez que je vous mette un bloc en métal », il m'a dit : « C'est ça que vous voulez ? » Comme ça. Et là, c'est vrai que j'étais complètement (bruit comme si elle suffoquait). Non mais pendant 15 jours, j'arrivais pas à en parler ».*

Véronique : *« Au moment où c'était presque la fin de cette thérapie (il s'agit d'une psychothérapie), j'en ai entrepris une autre encore, dite thérapie brève où là, vraiment. Parce que la thérapie que je suivais, j'avais pas l'impression de résoudre mes problèmes, de juste dire ma souffrance, et pi de toujours être dans cette souffrance. Tandis que moi je voulais avancer, comprendre, comprendre des choses de ma maladie, ou de mon fonctionnement, et pi aller de l'avant. Et pi dans la première thérapie, c'était pas tellement le but ».*

Les désavantages de la biomédecine sont multiples. Cela va des séquelles laissées par une intervention, aux relations parfois tendues avec un biomédecin, en passant par la lenteur des traitements. Quoiqu'il en soit, les désavantages de la biomédecine sont mis en avant dans les discours des malades, toujours dans le but de mettre en avant la puissance divine et l'efficacité de

Dieu dans la guérison. Ceci fait partie de la construction du récit d'un miracle. La guérison divine semble simple et rapide en comparaison avec les traitements biomédicaux.

4. **Mme Savy** : *« On peut pas comparer l'incomparable, mais je pense que Dieu n'est pas contre la médecine. La Bible le montre, et il a donné la sagesse aux médecins (...). Non, mais je suis persuadée, que c'est un complément. Depuis que je suis toute petite, quelqu'un devait être opéré, ou aller chez le médecin, on priait et que le médecin soit éclairé pour pouvoir soigner. Je crois que la guérison peut intervenir aussi par la médecine. Et encore une fois, la médecine traditionnelle (la biomédecine) le rejet des autres médecines, c'est pas tant parce que ils veulent faire du mal, mais ils ont peur des méthodes qui peuvent être dangereuses. Mais la médecine traditionnelle fait aussi des erreurs, se trompe aussi, donc je crois qu'en tant que chrétien, il faut prier plus que jamais quand quelqu'un va à l'hôpital ».*

Mme Savy : *« Je pense qu'ils (les biomédecins) ont leur petite façon à eux de s'en remettre au Créateur. Parce que même s'ils ne sont pas croyants, ils sont devant un corps assez extraordinaire pour se rendre compte que quelqu'un l'a créé (...). C'est vrai que de travailler main dans la main avec Dieu, il y aurait plus des belles choses et moins d'accidents. Mais ça c'est l'histoire de l'homme, on a libre choix ».*

Véronique : *« Pi après ça, quand ça allait déjà assez bien, j'ai fait recours à la Chambre de guérison... Parce que ma démarche, c'est que j'avais reconnecté avec la foi depuis un bon moment déjà, pi, euh... mais, euh... il me semblait devoir terminer cette thérapie, pi ensuite commencer les euh... faire quelque chose avec la dimension de la foi. Ce que j'aurais pu déjà faire plus tôt, mais ça me semblait indispensable de faire une démarche au... par l'aide avec l'aide de Dieu... et c'est ce que j'ai vécu avec la Chambre de guérison ».*

Elisabeth : *« Elle (Valérie) m'a dit « mais sois bien vigilante » (avec la thérapie neurale). Alors c'est claire que c'est aussi dit dans la Bible, qu'on est protégé. Alors chaque fois avant, encore aujourd'hui, chaque fois avant d'aller, on prie avec mon mari, pour pas que ça dérape. Pi on se met sous la protection de son sang ».*

La biomédecine est un complément à la guérison divine. C'est d'ailleurs Dieu qui a voulu les médecins, au contraire des thérapeutes de médecines complémentaires. Même si mes interlocuteurs ont tous eu recours à la biomédecine, il n'octroie la guérison qu'à l'intervention divine. Il n'y a pas d'action concomitante entre la biomédecine et la guérison divine (Singleton, 2001b:131). Pas un de mes interlocuteurs n'a évoqué le fait que le traitement biomédical soit complémentaire à celui de la guérison divine, bien que les médecins puissent être « guidés par Dieu ». Outre un recours en cas de maladie, Dieu agit quotidiennement pour ceux qui se soumettent à lui en les protégeant. Se convertir et se soumettre à Dieu sont en quelque sorte des actions préventives.

III.2.8 Les rapports entre guérison divine et médecines complémentaires

Lors de la quasi-totalité de mes entretiens, mes interlocuteurs m'ont fait part des problèmes que cela pose pour des chrétiens d'avoir recours aux médecines complémentaires.

- Laetitia : « *Et qu'est-ce que vous entendez par occulte ?* »
M. Moreau : « *Il y a la puissance du bien, et il y a la puissance du mal qui existent, hein, bon. Faut pas nier l'évidence, c'est une chose qui existe. Je sais qu'elle existe, bon, quand par exemple la Bible est claire au sujet des diseuses de bonne aventure, de l'horoscope, ces choses sont en abomination aux yeux de l'éternel* ».
- Laetitia: « *Qu'est-ce qu'on risque avec ce genre de pratique ?* »
Elisabeth: « *Moi j'ai touché à l'occultisme. En ayant touché, on se rend mieux compte, on peut percevoir plus ce qui est néfaste si tu veux bien. C'est vrai qu'on dit que Jésus vit en nous, euh... mais quand tu dis : maintenant n'importe quoi peut venir dans ton corps, ben n'importe quoi vient dans ton corps. Moi j'ai vu des gens possédés, parce que j'ai fait beaucoup de relation d'aide, et tout. Et on a prié pour des gens qui étaient possédés, où des démons sortaient. On a vécu des trucs, on a vu si on laisse la place à d'autres choses. Je le conçois comme ça, hein* ».

Dans la représentation de la réalité de mes interlocuteurs, le monde connaît une bataille entre le bien et le mal. Ce dernier est convoqué par les médecines complémentaires et pourrait avoir de mauvaises influences sur les chrétiens. Ces influences néfastes peuvent, selon eux, notamment se faire sentir sur leur développement spirituel, leur santé ou leur foi.

Mme Savy : « *La première chose qu'ils (ceux qui ont eu recours à des médecines complémentaires) ont souvent, un des cas que j'ai connu, c'est des gens, des chrétiens qui ont eu recours à des médecines de ce genre. Le premier symptôme qui vient, c'est une incrédulité totale, ils deviennent complètement hermétique à tout ce qui touche à la foi. C'est un des symptômes les plus flagrants. Et ce qui est très alarmant d'ailleurs, c'est quelque chose qui cloche, parce que leur foi s'est développée vers quelque chose de complètement autre, qui pourtant au départ semble identique. Et c'est la première chose qu'on doit ramener vraiment, dans le sens de revenir à la foi. Parce que la foi de ces personnes-là, elle est une foi différente (...). Ils tombent dans une dépression qui n'est pas réactionnelle, nécessairement à une situation personnelle, provoquée par quelque chose qui est vraiment cassé en eux* ».

Il y a, dans l'extrait suivant, l'idée qu'il n'y a pas eu un changement radical lors de la conversion ou lorsqu'on décide de soumettre sa vie à Dieu. Il s'agit plutôt d'une adaptation de la vie, une modification sous l'influence d'une idéologie et qui s'effectue petit à petit (Stromberg, 1990 :45). Véronique est la seule qui est en cours de suivi à la Chambre, donc elle y entend parler des problèmes que pose le recours aux médecines complémentaires pour les chrétiens. Mise au courant de ce questionnement, elle réfléchit à la manière d'intégrer cette nouvelle information dans sa pratique en matière de soins. Ce passage est intéressant car il montre dans quel processus s'inscrit Véronique en ce moment, et que cette dynamique est alimentée par son recours à la Chambre.

Véronique : « *Ca ravive le gros doute de l'homéopathie, parce que ça c'est une question que je me pose récemment, euh... En février, j'ai eu une grosse grippe, je me posais même pas la question, je prenais de l'homéopathie. Et c'est depuis, que cette façon de se soigner à été remise en cause pour moi. Donc jusqu'à présent, je soignais mes enfants comme ça, sans me poser aucune question, en étant persuadée que c'était bon* ».

Les propos de Mme Savy sont particulièrement intéressants, car elle a tiré des enseignements des médecines qu'elle appelle « parallèles » afin que cela soit opérant pour sa fibromyalgie.

Mme Savy : « Dans le domaine de la relaxation, par rapport à la foi et à la prière, j'ai beaucoup développé. J'ai pris ces conseils (des médecins complémentaires) en quelque sorte. Effectivement, c'est une maladie (la fibromyalgie) dans laquelle il y a une grande notion de fatigue de l'esprit, et du corps. Donc j'ai, entre guillemets, (repris) ces conseils qui consistent à plutôt s'occuper de l'esprit que du corps, du symptôme de la douleur. Donc en me détendant, en écoutant de la musique, de se relaxer. Mais je le faisais par rapport aux textes bibliques, écouter des prédications, écouter de la musique chrétienne. Donc disons que j'ai confié mon esprit à la dimension spirituelle en laquelle je crois. Mais effectivement, il y a un parallèle c'est que c'est le même principe de chemin de guérison, simplement que c'est pas la même puissance utilisée ».

La religion constitue pour Madame Savy une ressource afin de prendre en charge son esprit. Prenant exemple sur la prise en charge holiste des médecines complémentaires, elle fait en sorte de prendre en main son esprit afin que cela ait des répercussions positives sur sa personne. Elle reproche, plus loin dans l'entretien, à la religion chrétienne d'avoir contribué à la séparation du corps et de l'esprit, comme la biomédecine. L'AIMG répond donc à un besoin spirituel et de santé, qui souligne un changement dans le paysage religieux de notre société. Le recours à l'AIMG, tout comme celui aux médecines complémentaires en général, dénote, nous l'avons vu dans le point précédent, un certain manque de la biomédecine.

Aux interlocuteurs qui m'ont parlé du mal, des « puissances spirituelles » qui étaient derrière les médecines complémentaires, j'ai demandé s'ils avaient expérimenté ces mauvaises emprises. Ils m'ont répondu que non, même Elisabeth qui dit pourtant avoir touché à l'occultisme. M. Moreau a demandé une prière de délivrance après avoir fait « passer à distance une verrue », sans pour autant avoir expérimenté l'influence du mal sur sa personne. Le mal n'est pas absent des représentations du monde de mes interlocuteurs. L'existence d'un monde autre est une caractéristique de leur perception de la réalité. Dans tous les cas, si le mal intervient, ils ne mettent pas en cause leur responsabilité. Plus précisément, ils ne disent pas avoir laissé entrer le mal dans leur corps. C'est une des raisons pour laquelle le mal n'est pas considéré comme ayant provoqué sa propre maladie.

III.2.9 La construction du récit d'un miracle

L'acte de raconter une histoire permet à mes informateurs d'interpréter leurs expériences comme des miracles. L'interprétation est produite à travers la manière dont un individu modèle son histoire, afin de privilégier des significations culturelles particulières et d'en éliminer d'autres. La

narration donne du sens à l'expérience : c'est donc une part importante de la guérison miraculeuse (Singleton, 2001b:121). Comme le souligne Singleton, il est difficile de savoir comment une personne a été guérie miraculeusement. Toutefois, l'histoire qui en est faite devient une version acceptée et dont on se souvient (2001b:122). Une narration relie une appropriation sélective d'événements passés et de personnages. Les événements sélectionnés sont présentés avec une mise en intrigue, un développement et une conclusion (Singleton, 2001a:180). Il y a des éléments communs aux récits que j'ai recueillis. Ces éléments semblent incontournables dans la construction du récit d'une guérison miraculeuse.

Premièrement, les biomédecins sont présents dans tous les récits que j'ai recueillis. Ce sont des personnages incontournables des divers vécus d'événements maladies. La mise en intrigue des récits de maladie comprend toujours un passage lors duquel un biomédecin fait part de l'incurabilité de la maladie et avoue par là son impuissance. Cette présentation renforce l'idée que la puissance de Dieu est bien supérieure à celle de la science (Singleton, 2001b:130-131). La mise en intrigue des récits replace le contexte du vécu de la maladie et présente le désarroi du malade. Cette présentation permet de mettre en avant la puissance de Dieu lorsque, grâce à lui, a lieu une guérison.

- **M. Schaler** : *« Alors je suis allé chez un dermatologue, et qui m'a dit, ben, je peux vous soulager, mais je ne peux pas vous guérir, parce que c'est une maladie incurable ».*
- **M. Schaler** : *« Et il y a deux ans de ça, j'ai eu une forte crise. J'ai dit « ça y est, voilà que ça recommence ». Et je suis allé chez une dermatologue, une femme dermatologue, qui m'a dit « mais c'est pas du tout du psoriasis que vous avez là, c'est une allergie. Est-ce que vous avez mangé quelque chose qui ne vous a pas convenu ? » (il répond) « Non, je ne vois pas ». Et je me suis dit, et bien c'est notre Sauveur qui me guérit. Alors je me suis dit, c'est le Seigneur qui m'a provoqué cette allergie. Et ce psoriasis est parti comme ça : les démangeaisons ont cessé, les rougeurs ont cessé, j'ai une peau de bébé sur un homme de nonante ans ! C'est quelque chose d'extraordinaire ! Alors je suis tellement reconnaissant. Et tous les jours, en me levant, je vais devant la glace, je me regarde, je me dit « mais c'est pas possible c'est pas toi » ».*

Notons que M. Schaler se rend chez une dermatologue lorsque surgit sa forte crise, bien qu'il soit d'ores et déjà passé par la Chambre de guérison. Il semble que le recours à la biomédecine soit la première chose à faire en cas d'urgence et qu'il n'était pas question à ce moment, pour lui, d'avoir uniquement recours à la prière et à l'imposition des mains. En un sens, sa confiance en l'efficacité du recours à la Chambre se confirme après sa guérison complète. La confiance se construit et se base sur des expériences personnelles. Ici, la confiance est issue d'expériences et non d'un discours

persuasif avançant des preuves de l'agir de Dieu. Les dirigeants de l'AIMG souhaitent que la guérison, signe tangible de l'action de Dieu, amène de plus en plus de gens à se convertir. Or la foi ne se construit pas à partir des arguments d'un discours, mais sur la base de l'expérience vécue.

La biomédecine atteste du mal dont souffre un malade. Elle est une valeur de référence pour nos malades.

Mme Savy : « *C'est aussi une grâce que j'ai eue : mon médecin me disait « Madame Bauchaut je sais on sait que vous souffrez ». Alors que des quantités de malades, on leur dit : c'est dans votre tête. Et moi je les regardais en disant « je sais que j'ai mal, je n'en doute pas ». Mais c'est vrai que ça fait du bien d'entendre le corps médical ».*

Parfois, dans les récits, les biomédecins sont ceux par qui la bonne nouvelle du miracle de la guérison est annoncée. En effet, si c'est un médecin qui annonce un miracle, celui-ci est d'autant plus plausible.

M. Moreau : « *Et bon, je suis allé à l'hôpital pour cette opération. Et au bout d'une semaine, le médecin est venu me trouver. Le chirurgien (m'a dit) « écoutez Monsieur Moreau, vous êtes un miracle. Je suis obligé de reconnaître l'intervention de Dieu, parce que votre tumeur est absolument bénigne. Et je n'ai jamais vu une tumeur de cette grandeur qui soit bénigne. Et on a tellement peu souvent l'occasion de donner une bonne nouvelle, que j'ai voulu venir vous trouver » ».*

Deuxièmement, dans les faits les acteurs sont confrontés à divers événements qui viennent contredire les normes véhiculées par l'AIMG. Il y a tout d'abord le fait que mes interlocuteurs aient à expliquer la guérison de non-chrétiens. Il y a ensuite le fait que des chrétiens soient morts ou malades (dont ils font partie). Comment ne pas ébranler les normes évangéliques (dans lesquelles ils ont été socialisés et dans lesquelles ils socialisent leurs enfants), tout en intégrant dans ses représentations la maladie, la mort et la non-guérison ?

- **M. Moreau** : « *C'est clair, je ne connais pas toutes les façons dont Dieu agit. Mais il peut aussi accorder une guérison à quelqu'un qui n'a pas la foi, et ça va permettre à cette personne de le rencontrer. Donc je peux pas dire catégoriquement : non. Et c'est pas moi qui vais dire : Seigneur cette personne mérite pas. Il y a des gens qui se disent pas croyants, et il leur faut pas grand-chose pour croire, et peut-être que là Dieu peut les toucher en leur accordant une guérison ».*

- **Laetitia** : « *Et ce serait possible aussi que quelqu'un qui n'ait pas la foi soit guéri ? »*

Elisabeth : « *Ca alors, t'as des passages dans la Bible, où ya des gens qui avaient pas la foi, qui ont été guéris. Et, euh... souvent, il euh... J'connais des gens, qui sont venus demandé la prière en étant sceptiques, qu'ont été guéris. Dans la Bible, on rencontre beaucoup de passages à ce niveau-là ».*

Laetitia : « *Du coup, par exemple pour quelqu'un qui est très investi dans l'Eglise, que ce soit un pasteur, ou je sais pas, et qu'il tombe malade : du coup pour lui aussi, c'est Dieu qui a un dessein pour lui quand même ? »*

Elisabeth : « *C'est difficile à répondre à c'te question, parce que j'connais quelqu'un qui est haute personnalité, pi qui a un grand rôle au niveau de la Suisse, pi qui est pasteur, pi qui est*

tombé malade. Mais il s'accroche à Dieu, pi il témoigne malgré tout. Pi euh... il a dû peut-être baissé son taux d'activité, mais euh... pourquoi il est pas guéri ? Il a fait toutes les Chambres de guérison, il parle même dans les Chambre de guérison. C'est vrai, pourquoi ? Ya pas de réponse. Le temps de Dieu n'est pas le nôtre, c'est écrit dans la Bible. Pour Dieu, un jour c'est mille ans, pi pr nous c'est un jour. Mais on a la certitude que Dieu guérira, même s'il nous guérit sur notre mort, il nous guérira. Mais ya aussi une attitude à avoir par rapport à la guérison ».

La posture devant la guérison de non-croyants ou devant la maladie de fervents chrétiens semble être celle de l'humilité. Il s'agit ici d'accepter le mystère de Dieu, d'être convaincu qu'il possède de bonnes raisons. Dans l'extrait suivant, les chrétiens évangéliques doivent aussi vivre avec la mort, que ce soit la leur ou celle d'autres chrétiens.

- **Mme Savy** : *« L'expérience m'a fait vivre aussi des gens pour qui on a prié, qui sont morts. Et à l'époque on était très jeune, et c'est pas évident, en étant jeune pasteur, de voir toute une Eglise qui prie. On a eu une époque, dans les années 80, trois mamans qui sont décédées en 18 mois, laissant des enfants d'une quinzaine d'années. C'était très douloureux. Donc ça nous a donné une certaine sagesse : quand on prie pour quelqu'un de malade, on prie dans le sens que Dieu soutienne la personne, qu'il est souverain, qu'on est ouvert à la guérison. Mais il n'y a pas cette exigence « je suis chrétien, tu dois me guérir ».*
- **Mme Savy** : *« Moi, je pense que Dieu peut guérir complètement ça, mais c'est aussi possible que je doive vivre avec une sagesse, qui me permette de gérer ces choses. Ce que je pense, c'est que comme certains sont capables de faire un 100 mètres en courant, d'autres pas. Je pense qu'on a pas tous la même capacité, la même endurance, dans quelle que soit le domaine. Et je crois que je dois admettre aussi ça, quoi ».*

Une explication réside dans le fait que chacun possède un corps avec ses propres faiblesses, qu'il s'agit d'accepter puisque c'est Dieu qui l'a fourni.

Laetitia : *« D'accord, et ton parcours religieux, il commence avec la Chambre de guérison ou... ? »*

Véronique : *« Non, il est bien antérieur. En fait, j'ai... c'est la dépression et l'échec qu'on ressent avec une séparation, un divorce qui, dans un premier temps m'a neutralisée dans ma foi. En fait, je me suis sentie tellement mal, que je me suis coupée de la seule chose qui pouvait me faire aller mieux. En fait c'était (?). Mais là dans la foi, je me suis sentie abandonnée par Dieu. Pas vraiment, je me suis sentie coupée de lui par ma propre faute. En fait c'est plus honnête que de dire abandonnée. Mais après, il y a du flou qui vient se mettre, pi on ne sait plus trop. Pi après... euh... on se sent... Enfin moi, je me suis sentie très euh... très pauvre comme ça, très misérable, et après j'ai pu me sentir abandonnée. Mais honnêtement, j'ai fait aussi des choix qui m'ont coupé de Dieu. Dans tout ce marasme, j'ai fait des mauvais choix. Et après c'est un concours circonstanciel : il y avait beaucoup de choses en même temps. Mais j'ai pu penser être abandonnée de Dieu, mais en fait c'est moi, qui me suis, je me suis coupée de son aide en fait ».*

Dieu n'abandonne personne. Lorsque Véronique traverse cette période difficile et qu'elle pense avoir été oubliée par Dieu, elle confie qu'en définitive c'est de sa faute. Elle est responsable de sa séparation d'avec Dieu. Ici encore, la responsabilité individuelle est mise en cause. Elisabeth a eu à

affronter l'épreuve d'assister aux guérisons d'autres chrétiens, tout en étant dans l'attente de la sienne.

- **Elisabeth** : *« Ce qui a été le plus dur, malgré tout, c'était en me disant, j'y croyais mais, je ne voyais jamais rien. Pi quand j'allais à des séminaires, où je voyais des gens guéris, pi j'avais l'impression que c'était jamais pour moi, ça c'était dur. J'étais... mais d'un autre côté, j'y allais quand même, parce que j'y croyais. C'était là. Je peux pas le décrire. Pi mon mari, c'était la même chose pour lui, il y croyait aussi. C'est la foi, on peut pas appeler ça autre chose. Pi c'est vraiment quelque chose de surnaturel, qu'on avait en nous. C'est ce que un jour Catherine elle me disait : « mais toi tu as toujours cru ». J'ai pas d'explication, c'était à l'intérieur ».*
- **Elisabeth** : *« J'avais été à Lausanne. Pi il y avait un premier chant. Une personne vient, elle arrête la personne qui chante, elle a dit « j'ai une parole pour une personne dans cette salle, quelqu'un qui a une hernie discale s5s1 côté droit ». Mais personne ne se levait. « Il y a une personne dans cette salle », il répète. Bon, ben, je me suis levée. Mais d'abord, je me suis dit c'est vraiment pour moi, le Seigneur veut te guérir. Il a prophétisé tout ce que tu veux, il a prié, tout le monde s'est levé, ils ont prié. Pi à la fin de cette soirée, il a dit pi une précision le gars, j'ai rarement, oui j'ai déjà vu aux Chambres de guérison à Oron, c'était très précis aussi, mais ça m'avait... pour moi j'ai dit, ben c'est ma soirée. Ben le lendemain, il y a SOS médecin qui est venu, il me ramassait à la petite cuillère ».*

Outre le fait d'attendre la guérison, il s'agit aussi parfois de devoir supporter la déception de l'absence d'une guérison qui semblait pourtant être imminente. Retenons en particulier les propos de Christian : « on se fait à une façon de vivre de persévérance ». Cette expression souligne la difficulté d'attendre un miracle ou d'assister au miracle d'autrui. Elle me semble particulièrement parlante et commune aux récits que j'ai recueillis. Elisabeth, tout comme Mme Savy, ont vécu une guérison qui n'était en fait que momentanée. Le retour des symptômes ne décourage pas pour autant ces deux femmes.

Abordons ici la notion de « solide gestion de l'échec » de la guérison divine selon l'expression de Rossi. A proprement parler, mes interlocuteurs ne m'ont pas fait part d'échec, puisqu'ils ont tous vécu une intervention divine en faveur de leur maladie. D'ailleurs, les récits de guérison divine s'achèvent au moment où le bien-être est repositionné comme dominant (Singleton, 2001a:188). Mais l'intervention divine prend des formes diverses. Il est possible que Dieu ait donné au malade la force de vivre avec sa maladie, qu'il ait permis une guérison limitée dans le temps, une guérison partielle ou totale. Certains malades ont compris qu'ils ont bénéficié d'un miracle après s'être entretenus avec un biomédecin, pour d'autre le fait important réside dans l'interprétation spirituelle du ressenti d'un mieux-être. Quoiqu'il en soit, ce n'est pas Dieu qui a failli lorsqu'une guérison

n'intervient pas. En dernier lieu, il a toujours autorité pour décider qui sera guéri et qui sera ramené auprès de lui. Il n'est jamais question dans ces récits d'une perte de contrôle de Dieu sur la maladie (Singleton, 2001b:134).

Les faits que nous venons de voir questionnent la notion de miracle. Partons de la définition du miracle d'Uguez, apparaissant dans sa contribution à l'ouvrage *Convocations thérapeutiques du sacré*. Bien qu'il ait étudié le renouveau charismatique en milieu catholique, ses propos sont tout à fait pertinents pour notre sujet au vue de la filiation entre renouveau protestant et renouveau catholique. Selon Uguez (2002:20), il s'agit d'un fait extraordinaire auquel il est attribué une interprétation spirituelle, « c'est ici que tout se joue ». L'extra-ordinaire est défini selon une norme culturelle. Si d'autres individus avaient vécu un mieux-être semblable à celui de mes interlocuteurs, ils l'auraient peut-être attribué aux effets d'un traitement biomédical, kinésiologique, psychiatrique, réflexologique, ... L'expérience d'un mieux-être, d'une guérison est expliquée par un individu en fonction de la logique interprétative à laquelle il adhère. Chaque interprétation dit quelque chose du rapport à la société d'une communauté. Ici il signifie qu'il y a un lien entre « la santé et la vie dans la grâce » (Uguez, 2002:30). La guérison divine signifie que Jésus-Christ « n'a pas seulement sauvé du péché, il a aussi guéri » et c'est « un signe de la présence de Dieu à l'œuvre dans l'Eglise et dans le monde » (Uguez, 2002:31). A partir de là, peu importe que la biomédecine ait relevé ou non le caractère extraordinaire d'une guérison. Le développement de la croyance dans les miracles est à relier selon Uguez « à l'évolution de la santé et de la maladie dans les sociétés occidentales et au déploiement de nouvelles demandes thérapeutiques qui s'accompagnent de plus en plus d'une recherche spirituelle » (2002:21).

Conclusion

Les diverses études du milieu évangélique charismatique se sont penchées sur beaucoup d'aspects avant de s'intéresser aux discours des patients une fois guéris. Les chercheurs ont opté pour des approches tant historiques, que sociologiques ou anthropologiques. La plupart ayant adopté une perspective de science des religions, les études étaient plutôt discrètes au sujet des rapports entre guérisons divines et système de soins. L'importance de l'analyse interprétative des discours est reconnue, en anthropologie de la santé, depuis les travaux de Delvecchio-Good et Good (1984), de Good (1998) et de Kleinman (1980). Une fois l'entretien obtenu, il s'agit de ne pas s'enfermer dans une analyse cognitive, mais de garder comme objectif une perspective sociale et culturelle. Dans ce travail, l'analyse des entretiens nous a permis d'aborder divers niveaux du système de soins romand. Au niveau individuel, nous avons pu voir comment les usagers de la Chambre construisent leur récit, font référence au réseau sémantique et jugent l'efficacité de la Chambre. Au niveau collectif, nous avons eu un aperçu des rapports entre guérison divine et biomédecine, entre guérison divine et médecines complémentaires, ainsi que des logiques d'adaptation par les malades des discours de l'AIMG. La séparation, entre un niveau individuel et un niveau collectif, est bonne à penser car, en réalité, les divers niveaux sont en interaction constante. Gardons à l'esprit que les individus sont « des producteurs actifs du social, donc des dépositaires d'un savoir important » (Kaufmann, 2006:23). Les individus sont inscrits dans un réseau social et culturel particulier, qui les influence dans la construction des récits, dans la référence au réseau sémantique, dans leur possibilité d'accès à la Chambre, dans leur relation avec le guérisseur (Dieu) et avec les intercesseurs. Prenons l'exemple du réseau sémantique. Ce dernier est propre au milieu charismatique que nous avons étudié, et comporte des références tant individuelles (particulières à chaque vécu) que collectives (système de valeurs de l'AIMG, connaissances biomédicales, conseils de proches, etc.). En conséquence, de part l'étude du réseau sémantique, nous voyons comment l'inscription de l'individu dans un milieu socioculturel particulier, l'influence dans l'interprétation de son événement maladie. Afin de développer une connaissance plus pointue des articulations entre interprétation individuelle et sociale de la maladie, il serait intéressant de reconstituer le réseau sémantique d'une même maladie, dont seraient porteurs plusieurs malades ayant eu recours à la Chambre. De plus, pour comprendre de manière plus fine comment le malade s'inscrit dans un

réseau social, l'approche de la guérison divine par le biais de la notion d'itinéraire thérapeutique pourrait se révéler fructueuse.

Dans le cadre des rapports entre biomédecine et guérison divine, la biomédecine reste une valeur de référence. Malgré l'inefficacité soulignée par mes interlocuteurs, la biomédecine est présente dans tous les récits de maladie. Un rapport complémentaire semble s'être tissé entre la guérison divine et la biomédecine. Pour Schmitz (2006:13-14), l'accroissement des recours aux médecines complémentaires est lié, entre autres, à l'« importance quantitative des maladies chroniques, « fonctionnelles », « de civilisation », devant lesquelles la biomédecine éprouve bien souvent des difficultés ». Il n'est pas surprenant que, premièrement, la plupart des malades interviewés se retrouvent dans l'une ou l'autre de ces catégories de maladie et que, deuxièmement, le diagnostic ait enclenché une quête sens et de santé. Les limites de la biomédecine accroissent le désarroi dans lequel se trouvent les malades. La biomédecine ayant déclaré son impuissance, quel recours pratique reste-t-il aux malades ? Il s'agit bien, ici, de la nécessité d'un recours tant pratique que de sens. Si la Chambre de guérison n'offrait que du sens contre la douleur, la souffrance et la mort, les usagers auraient tôt fait de la juger inefficace. En n'offrant que du sens, la Chambre de guérison se serait révélée aussi impuissante que la biomédecine, puisque cette dernière, en se proclamant laïque, « s'écarte radicalement des réponses qu'espèrent nombre de ceux qui expriment une souffrance » (Rossi, 2002:198). Par le recours complémentaire entre biomédecine et guérison divine, les patients démontrent, selon moi, « la consubstantialité entre les faits de médecine et les faits de religion » (Benoist, 1996:13).

Les individus que j'ai interviewés ont eu recours à la Chambre afin de venir à bout d'une maladie chronique, d'une maladie de « civilisation » ou de douleurs. Le passage par la biomédecine leur a fait prendre conscience que leur guérison relèverait du miracle. Or, une fois à la Chambre, le malade devient acteur de sa propre guérison, en entreprenant un travail de « pardon » et de développement de sa vie de foi. Il s'agit, pour le malade, de revenir sur divers éléments biographiques, plus ou moins douloureux, qui peuvent avoir participé à l'enclenchement de la maladie. Dans ce contexte, Dieu peut tout et aucune maladie ne lui résiste. Dans tous les cas (même lorsqu'il n'y a pas de guérison), Dieu fera en sorte que le malade vive avec sa maladie. Le malade devient acteur, mais ne prend pas pour autant sur lui toutes les responsabilités : en aucun cas il ne

paie pour des fautes commises. Certes, il est responsable, mais jusqu'à un certain point. Malgré le discours quelque peu culpabilisant de l'AIMG, les malades ne l'ont pas pris à leur compte. La compliance entre les intercesseurs et le malade est bien là, toutefois une adhésion totale ne semble pas nécessaire pour que le malade recouvre un mieux-être.

La déception, provoquée par le recours inefficace à la biomédecine, n'est pas l'unique raison du recours des malades à la Chambre de guérison (entre autres médecines complémentaires). Une nouvelle définition de la notion de santé explique aussi, en partie, le succès rencontré par les guérisons divines. La Chambre a su combiner une conception différente du corps, « en tenant compte de la pathogenèse du malade, de son expérience de la maladie et de ses propres perceptions », avec « des idées comme celles de bien-être et d'épanouissement personnel » (Schmitz, 2006:11-12). D'après Schmitz, ces idées s'accordent « ainsi parfaitement avec les diverses expressions de l'individualisme contemporain » (2006:12). Nous avons pu voir que l'individualisme et l'autonomisation sont mis en avant par les malades et les intercesseurs lorsqu'il s'agit d'expliquer la maladie et d'entreprendre un chemin de guérison. Les individus sont responsables de leur relation, de la confiance qu'ils mettent en Dieu, du développement de leur foi ainsi que de ce qu'ils font de leur corps. De plus, depuis l'ouverture de la Chambre, il semble que la communauté, par l'intermédiaire des nouveaux pasteurs, prend davantage soin de ses malades. Pour reprendre les propos de Schmitz : « la montée des valeurs autonomistes (qui) ont progressivement amené l'idée, selon laquelle la maladie ne doit plus être seulement l'affaire des professionnels de la santé et des institutions hospitalières, mais aussi des communautés, des groupes domestiques et des malades eux-mêmes » (2006 :14). L'étude de la naissance de l'AIMG, ainsi que le contexte dans lequel se sont ouvertes les Chambres de guérison en Suisse romande, pourrait éclairer les logiques d'autonomisation dans la prise en charge des soins. Une telle étude serait à même de souligner les enjeux (politiques, économiques, sociaux et religieux) de ce développement.

Concernant le pluralisme médical, la guérison divine semble plus exclusive que la plupart des médecines complémentaires. Le champ des rapports entre médecines complémentaires et guérison divine a été abordé durant les entretiens en traitant le thème du mal. En effet, pour faire part de leur expérience du mal, les patients ont parlé des médecines complémentaires. L'idée sous-jacente est que, si une thérapie est efficace, mais qu'elle ne s'en remet pas au Seigneur (tel que définit par les

chrétiens), alors le mal est forcément convoqué. Bien que parlant du mal, les patients ne l'ont pas directement expérimenté dans leur corps. Il y a prédisposition au mal, mais pas *empowerment*, pour reprendre les propos de Csordas (1988, 1997, 2002). Le domaine des rapports entre guérison divine et médecines complémentaires demande à être approfondi, notamment afin de saisir lesquelles sont en accord avec les conceptions charismatiques et lesquelles ne le sont pas.

En conclusion, revenons sur le miracle et sur ce que ce phénomène nous dit de notre rapport à la société. Cette notion est sous-jacente à l'ensemble de ce travail. En définissant le miracle comme un fait extra-ordinaire, auquel il est attribué une interprétation spirituelle, il est dès lors présent dans la totalité des récits de maladie que j'ai recueillis. Or, il n'y a que deux malades qui m'ont explicitement parlé de miracle. Ils attribuent tous à leur guérison une interprétation spirituelle et considère Dieu comme leur guérisseur. La difficulté réside plutôt dans le fait qu'il ne s'agit pas forcément, à leurs yeux, d'un phénomène extra-ordinaire. En effet, un des buts de l'AIMG est de rendre les guérisons divines courantes et, par là, qu'elles deviennent des faits ordinaires. D'ailleurs, les deux individus qui m'ont parlé de miracle (M. Schaler et M. Moreau), se référaient à ce que leur biomédecin avait dit en constatant leur guérison miraculeuse. C'est dans la bouche des médecins que ce terme intervient, et, dans une moindre mesure, dans celle des intercesseurs. Les malades ont inscrit leur parcours de quête de soins entre la biomédecine et la guérison divine. Ils sont dès lors emprunts des catégories biomédicales et savent que, dans leur cas, il n'y a que l'intervention divine qui puisse les sauver. D'un point de vue biomédical, il s'agit d'un miracle, mais du point de vue de la Chambre, il s'agit d'un fait logique du moment que le chrétien agit et pense de la manière qui convient. Avoir recours à la notion de miracle en vient à adopter le point de vue scientifique. Dans l'entretien que j'ai eu avec les responsables de la Chambre, elles abordent la notion de miracle en parlant d'un individu non-chrétien qui serait guéri par Dieu. Dans ce sens, le fait extra-ordinaire pour un chrétien serait de voir des non-chrétiens guéris. La discussion autour de cette notion relève d'un détail pointu. Toutefois, il semble important d'avoir en tête que la définition d'un phénomène sortant de l'ordinaire dépend de la définition socioculturelle de ce qui est, ou n'est pas, ordinaire.

Bibliographie

AUGE, Marc

1984. « Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement », in: Marc AUGE, Claudine HERZLICH, *Le sens du mal: Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, p. 35-91, Paris; Montreux: Editions des Archives contemporaines. 278 p. (collection Ordres Sociaux)

BENOIST, Jean

1993. *Anthropologie médicale en société créole*, Paris: PUF. 285 p.

BENOIST, Jean

1996. *Soigner au pluriel: Essai sur le pluralisme médical*, Paris: Karthala. 520 p. (collection Médecines du Monde)

BENOIST, Jean

1997. « Soigner dans les sociétés plurielles: les leçons du monde créole », in: Marie-Christine HAZAEL-MASSIEUX, Didier de ROBILLARD (éd.), *Contacts de langues, contacts de cultures, créolisation: mélanges offerts à Robert Chaudenson à l'occasion de son soixantième anniversaire*, p. 333-355, Paris [etc.]: L'Harmattan. 475 p.

BENOIST, Jean

2002. « La maladie entre nature et mystère », in: Jean BENOIST, Raymond MASSE (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*, p. 477-489, Paris: Karthala. 493 p. (Collection Médecines du Monde)

CAMPICHE, Roland J., DUBACH, Alfred, BOVAY, Claude [et al.]

1992. *Croire en Suisse(s). Analyse des résultats de l'enquête menée en 1988/1989 sur la religion des Suisses*, Lausanne: L'Age d'Homme. 322 p.

CAMPICHE, Roland J.

2004. *Les deux visages de la religion: Fascination et désenchantement*, Genève: Labor et Fides. 408 p. (avec la collaboration de Raphaël Broquet, Alfred Dubach et Jörg Stolz)

CLAVERIE, Elisabeth

1990. « La Vierge, le désordre, la critique: Les apparitions de la Vierge à l'âge de la science », *Terrain: revue d'ethnologie de l'Europe* [En ligne], n°14 (mars).

<http://terrain.revues.org/document2971.html>

[article consulté le 3 janvier 2006]

CSORDAS, Thomas, J.

1988. « Elements of Charismatic Persuasion and Healing », in: *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, vol. 2(2) (juin), p. 121-142.

CSORDAS, Thomas J.

1997. « Words from the Holy People: a case study in cultural phenomenology », in: CSORDAS, Thomas J. (éd.), *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*, p. 269-290, Cambridge [etc.]: Cambridge University Press. 294 p. [Collection Cambridge studies in medical anthropology, 2]

CSORDAS, Thomas J.

2002. « The Rhetoric of Transformation in Ritual Healing », in: *Body, meaning, healing*, p. 11-87, New York: Palgrave Macmillan. 321 p.

DELVECCHIO-GOOD, Mary-Jo, GOOD, Byron J.

1984. « Toward a Meaning-Centered Analysis of Popular Illness Categories: "Fright Illness" and "Heart Distress" in Iran », in: Anthony J. MARSELLA, Geoffrey M. WHITE (éd.), *Cultural Conceptions of Mental health and Therapy*, pp. 141-166. Dordrecht [etc.]: D. Reidel. 414 p.

DERICQUEBOURG, Régis

1988. *Religions de guérison: Antoinisme, Science Chrétienne et Scientologie*, Paris: Cerf. 125 p.

DERICQUEBOURG, Régis

2002. « Construction d'un type idéal des religions de guérison à partir d'un échantillon de groupes religieux minoritaires », in: Jean BENOIST, Raymond MASSE (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*, pp. 39-53. Paris: Karthala, 493 p. (collection Médecines du Monde)

FATH, Sébastien

2002a. « A propos de l'évangélisme et des églises évangéliques en France: Entretien avec Sébastien Fath », *Religioscope* [En ligne], 3 mars 2002.

http://www.religioscope.com/info/articles/005_evangeliques_fr.htm

[article consulté le 8 mars 2007]

FATH, Sébastien

2002b. (sous la direction de), *Le protestantisme évangélique un christianisme de conversion: Entre ruptures et filiations, Actes du colloque de Paris (14-16 mars 2002)*, Bibliothèque de l'Ecole des Hautes Etudes Sciences Religieuses, vol. 121, Brepols, 2002,

FAVRE, Olivier

2002. « Les églises évangéliques en Suisse: identités en mutation », *Les dynamiques européennes de l'évangélisme: actes du colloque de Lausanne (11-13 octobre 2001)/colloque organisé par l'Observatoire des religions en Suisse*, p. 129-139, Lausanne: Université de Lausanne, Observatoire des religions en Suisse. 143 p. (collection Cahier de l'Observatoire des religions en Suisse, n°2)

FAVRE, Olivier

2006. *Les Eglises évangéliques de Suisse: Contours et identité d'un milieu social émergent*, Lausanne. 359 p. (Thèse présentée à l'Université de Lausanne)

FAVRE, Olivier, STOLZ, Jörg

2005. « Les évangéliques sont en nette croissance par rapport aux autres Eglises en Suisse » [En ligne]

http://www2.unil.ch/spul/allez_savoir/as31/pages/interview.htm

[article consulté le 2007, paru originalement dans *Allez savoir!*, n°31 (février), Lausanne. p. 34-41.]

FAVRE, Olivier, STREIFF, Patrick

2002. « Evangélisme et églises évangéliques en Suisse: Entretiens avec Olivier Favre et Patrick Streiff », *Religioscope* [En ligne], 23 février 2002.

http://www.religioscope.com/info/articles/004_evangeliques_ch.htm#

[article consulté le 8 mars 2007]

FAVRET-SAADA, Jeanne

1977. *Les mots, la mort, les sorts*, Paris: Gallimard. 427 p. (collection Folio/essais)

GEERTZ, Clifford

1983. *Bali : interprétation d'une culture*, Paris: Gallimard. 255 p.

GONZALEZ, Philippe

2002. « Dire le surnature. Pour une sociologie globale du fait religieux », *Carnets de Bord*, n°3. p. 40-52.

GONZALEZ, Philippe

2004. « "Accomplir notre ministère d'anciens": du charisme comme accomplissement performatif », *Carnets de Bord*, n°7. p.62-73.

GOOD, Byron

1998. *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo, 433 p. (collection Les Empêcheurs de penser en rond) [traduit de l'anglais par Sylvette Gleize, titre original: *Medicine, Rationality and Experience*, 1994. Cambridge University Press]

GUILLOD, Olivier

1989. « Rebouteurs, naturopathes, et guérisseurs: pour un traitement légal alternatif », *RJN*. p. 10-45.

HARDING, Susan F.

1987. « Convicted by the Holy Spirit: The Rhetoric of Fundamental Baptist Conversion », *American Ethnologist*, 14(1). p. 167-181. (Titre du numéro: *Frontiers of Christian Evangelism*)

HERZLICH, Claudine

1984. « Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social », in: Marc AUGE, Claudine HERZLICH, *Le sens du mal: Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, p. 35-91, Paris; Montreux: Editions des Archives contemporaines. 278 p. (collection Ordres Sociaux)

KAUFMANN, Jean-Claude

2006. *L'entretien compréhensif*, Paris: Armand Colin, 126 p. (Série « L'enquête et ses méthodes ») [Première édition 1996, Paris: Nathan]

KLEINMAN, Arthur

1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Berkeley: University of California Press. 427 p.

LAPLANTINE, François

1999. « Maladie, guérison et religion dans les mouvements pentecôtistes latino-américains contemporains », *Anthropologie et Sociétés* (Québec), 23(2). p. 101-115.

LE BRETON, David

2005. *Anthropologie du corps et modernité*, 4^e éd. m. à j. Paris: PUF. 280 p. (collection « Quadrige », 1^{re} éd. 1990)

LÜTHI, Marc

2002. « Les causes et les fruits du Réveil au XIXe siècle », *Les dynamiques européennes de l'évangélisme: actes du colloque de Lausanne (11-13 octobre 2001)/colloque organisé par l'Observatoire des religions en Suisse*, p. 5-19, Lausanne: Université de Lausanne, Observatoire des religions en Suisse. 143 p. (collection Cahier de l'Observatoire des religions en Suisse, n°2)

MASSE, Raymond

1995. *Culture et santé publique: Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal: Gaëtan Morin Editeur. 499 p.

MENORET, Marie

1999. *Les temps du cancer*, Paris: CNRS Editions. 237 p.

MESLIN, Michel

2006. « Guéri ou sauvé? », in: Michel MESLIN, Alain PROUST, Ysé TARDAN-MASQUELIER (dir.), *La quête de guérison: Médecine et religions face à la souffrance*, p. 349-371, Paris: Bayard. 410 p.

MONNOT, Christophe

2006. *Concilier l'inconciliable: Analyse de récits sur la souffrance dans une communauté évangélique à Genève*, 60 p. [Mémoire de DEA en sociologie des religions présenté à la Faculté autonome de théologie protestante de l'Université de Genève, avec les professeurs Jörg Stolz (directeur) et Pierre-Yves Brandt (expert)]

PEDRON, Sylvie

1995. « Pentecôtisme, pratiques thérapeutiques et rapport à la maladie. L'Eglise Lluvias de Gracia de Guatemala-Ciudad », *L'Ethnographie*, 91(2). p. 77-94.

PIERRET, Janine

1984. « Les significations sociales de la santé: Paris, l'Essonne, l'Hérault », in: Marc AUGÉ, Claudine HERZLICH, *Le sens du mal: Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, p. 217-256. Paris; Montreux: Editions des Archives contemporaines. 278 p. (collection Ordres Sociaux)

PIETTE, Albert

2002. « Entre la sociologie et de Dieu chrétien: résultats d'une enquête ethnographique dans des paroisses catholiques en France », *Information sur les Sciences Sociales* (Londres [etc.]), 41(3). p. 359-383.

RAINEAU, Clémentine

2006. « Choix thérapeutiques dans les Combrailles auvergnates: Rebouteux, médecins et « médiums du corps » », in: Olivier SCHMITZ (sous la dir. de), *Les médecines en parallèle: Multiplicité des recours au soin en Occident*, p. 59-76, Paris: Karthala. 278 p.

RIVIERE, Claude

2003. *Socio-anthropologie des religions*, Paris: Armand Colin/VUEF, 191 p. (collection Cursus) (1^{re} éd. 1997, Paris: Armand Colin/Masson)

ROSSI, Ilario

1995, « Pluralisme médical: Les enjeux des corps possibles », *Cahiers médico-sociaux* (Genève), 39(1), p. 25-31.

ROSSI, Ilario

1996. « Médecine, médecines: parallélisme ou complémentarité? », *Cahiers médico-sociaux* (Genève), 40(1), p. 17-24.

ROSSI, Ilario

1997. *Corps et chamanisme: Essai sur le pluralisme médical*, Paris: Armand Colin/Masson. 210 p. (collection Références)

ROSSI, Ilario

2002. « Du salut à la santé. D'une pertinence des religions », in: Pierre GISEL, Jean-Marc TETAZ (éd.), *Théories de la religion: diversité des pratiques de recherches, changement des contextes socio-culturels, requêtes réflexives*, p. 192-200, Genève: Labor et Fides. p. 414 (collection Religions en perspective, n°12)

SAILLANT, Francine

1990. « Fabriquer le sens: Le réseau sémantique du cancer », *Sciences Sociales et Santé*, 8(3), p. 5-48.

SAILLANT, Francine, GAGNON, Eric

1999. « Présentations. Vers une anthropologie des soins? », *Anthropologie et Sociétés*, (Québec), 23(2), p. 5-14.

SAILLANT, Francine, AUDET, Chantal, STASSE, Vanessa

2002. « Modernité, religion et responsabilité en matière de santé chez les femmes caboclas de l'Amazonie brésilienne », in: Raymond MASSE, Jean BENOIST (éd.), *Convocations thérapeutiques du sacré*, p. 423-446, Paris: Karthala. 493 p. (collection Médecines du Monde)

SCHMITZ, Olivier (sous la dir. de)

2006. *Les médecines en parallèle: Multiplicité des recours au soin en Occident*, Paris: Karthala. 278 p.

SINGLETON, Andrew

2001a. « No Sympathy for the Devil: Narratives about Evil », *Journal of Contemporary Religion*, vol. 16, n°2, p. 177-191.

SINGLETON, Andrew

2001b. « "Your faith has made you well": The Role of Storytelling in the Experience of Miraculous Healing », *Review of Religious Research*, vol. 43, n°2 (décembre), p. 121-138.

SONTAG, Susan

1993. *La maladie comme métaphore*, s.l.: Christian Bourgois Editeur, p. 11-117. [traduit de l'anglais, 1^{re} éd. 1977]

STOLZ, Jörg

2007. « « Le Seigneur va guérir une multitudes d'entres vous ce matin »: Une étude de cas d'un atelier de guérison pentecôtiste », in: Nicole DURISCH GAUTHIER, Ilario ROSSI, Jörg STOLZ (dir.), *Quêtes de santé: Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*, p.67-86, Genève: Labor et Fides, 140 p.

STREIFF, Patrick

2002. « Du XVIIIe au début du XXe siècle: aspects théologiques et historiques », in: Roland CAMPICHE (éd.), *Les dynamiques européennes de l'évangélisme. Actes du colloque de Lausanne (11-13 octobre 2001)*, p. 20-30, Lausanne, 143 p. (*Cahier n°2 de l'Observatoire des religions en Suisse*)

STROMBERG, P. G.

1990, « Ideological language in the Transformation of Identity », *American Anthropologist*, vol. 92, n° 1, p. 42-56.

UGUEUX, Bernard

2002. « A propos de l'évolution de la conception du miracle de guérison dans le catholicisme au XX^e siècle », in: Jean BENOIST, Raymond MASSE (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*, p.20-37, Paris: Karthala. 493 p. (Collection Médecines du Monde)

WILLAIME, Jean-Paul

2001. « Protestantisme évangélique et pentecôtiste », *Futuribles*, n°260 (janvier), pp. 73-79.

WILLAIME, Jean-Paul

2005. *Sociologie du protestantisme*, Paris: PUF, 126 p. (collection « Que sais-je? »)

1. Grille utilisée lors des entretiens

Histoire de vie

- Pouvez-vous me raconter comment la maladie est intervenue dans votre vie?
- Pouvez-vous me raconter comment vous êtes entré en contact avec l'église?
- Etes-vous croyant? Plus ou moins qu'avant?

Maladie

- A quoi est due « cette maladie » (ex: le psoriasis)?
- A quoi est due **votre** maladie?
- Pour quelles raisons les gens sont malades?
- Que pensez-vous des personnes malades?

Guérison divine

- Comment se passe une guérison divine?
- Comment s'est passée la votre?
- Comment expliquez-vous la guérison?
- Comment la guérison agit-elle sur la personne?
- (Qu'entendez-vous par corps? Âme? Esprit?)
- Qui guérit?
- Comment avez-vous su que vous étiez guéri?
- Est-ce que vous avez demandé à un médecin de confirmer votre guérison?
- Votre foi a-t-elle renforcé votre guérison ou l'inverse?

- Est-ce que votre guérison a changé votre rapport à Dieu?

Notion d'efficacité

- Pour quelles raisons pensez-vous que c'est efficace?
- (Pourquoi c'est plus efficace que la biomédecine?)
- Pour quelles raisons certains ne sont pas guéris?
- Que pensez-vous des pasteurs qui tombent malades?
- Comment expliquez-vous le fait que certaines personnes sont en bonne santé tout en n'étant pas croyante?

Santé

- Que faites-vous pour conserver votre guérison?
- Maintenant, que faites-vous pour maintenir votre santé?

Rapports (bio)médecine(s)/guérison divine

- Pouvez-vous me raconter votre parcours médical?
- Avez-vous eu recours à d'autres médecines (parallèles)?
- Que pensez-vous de la médecine occidentale?
- Qu'est-ce que la guérison divine a de différent?