

Culture, religion et thérapie dans les Eglises de réveil en R.D.Congo

par Anicet Yemweni Dangu

Depuis la nuit des temps, les hommes de toutes les cultures ont mis au point une pluralité des pratiques médicales appropriées à leurs univers. Les Africains, en particulier, ont eu recours aux commodités empiriques et occultes les plus variées fondées sur une conception spirituelle de la nature humaine et comprenant l'usage des plantes médicinales, le rituel religieux, etc. On pouvait les regrouper en deux grandes méthodes thérapeutiques ou curatives dont la méthode dite « herboriste ». La deuxième méthode est celle que nous conviendrons d'appeler « spirituelle ». Mais, depuis le contact avec l'Occident, petit à petit, cette conception de la maladie et de la santé a perdu l'association de la plante et du spirituel. L'homme africain, en général, et le Kinois, en particulier, se voit désemparer devant des échecs à répétition. Il en résulte une sorte de recours aux entités qui prétendent offrir des réponses à ces questions parmi lesquelles les églises, et notamment, les Églises de réveil.

Abstract

Since the dawn of time, men of all cultures have developed a plurality of medical practices in accordance with their

world. Africans, in particular, have had recourse to the most varied empirical and occult conveniences based on spiritual conceptions of human nature, including the use of medicinal plants, religious ritual, and so on. Those may be grouped into two main therapeutic or curative methods, including the so-called "herbalist" one. The second refers to "spiritual". But, since contact with the West Civilization, little by little, this conception of illness and health has lost the association of the plant and the spiritual. The African, in general, and the inhabitants of Kinshasa, in particular, finds himself helpless in the face of repeated failures. This results in an appeal to entities which claim to offer answers to all of these questions, from religious ways, in particular, the so-called revival churches.

Introduction

En Afrique, la cosmogonie est intégrée. Elle ne tient pas compte de distinction qui a cours en Occident. La prise en charge du malade demande des personnes capables de concilier les deux univers. Mais la médecine allopathique n'est pas à mesure d'offrir ce service. C'est la raison pour laquelle les individus se retournent vers ce système spirituel capable de le faire. Mais nous sommes ici confrontés à une tension intéressante. Les Églises de réveil sont nées du néo-pentecôtisme américain. En tant que tel, elles ont tendances à mobiliser les éléments de la cosmogonie de la médecine allopathique. Ce qui pose la question de savoir comment fonctionnent-elles tout en mobilisant les éléments de la catégorie issue de la cosmologie de la médecine occidentale, comment parviennent-elles à offrir des réponses aux questions que les adeptes

leur posent et pour lesquelles ils n'ont pas trouvé les réponses dans les hôpitaux.

Ce qui est étonnant, c'est la facilité avec laquelle ces Églises entrent en résonance avec les demandes formulées par les populations kinoises. On peut être frappé par la convergence de ces Églises entre, d'une part, les messages qu'elles offrent et, d'autre part, la demande d'une partie importante de la population qui semble se saisir de ce discours sans chercher à les remettre en question. Il y a là un phénomène complexe dont il nous faut démêler les fils.

1. Culture et représentation de la maladie

Selon Pierret, le rapport entre santé et maladie, entre normal et pathologique est socialement modelé et constitue un moyen d'accès au système global des interprétations, des croyances et des valeurs d'une société (Pierret, 1984). Notre recherche s'inscrit dans la logique de cet auteur car la finalité de cet article est de montrer que la morbidité kinoise détermine sa toile sociale. C'est avec raison que Scheper-Hughes et Lock soutiennent que la maladie est une forme de communication, un langage des organes à travers lequel s'expriment la nature, la société et la culture. C'est plus qu'un état biologique ou psychique déviant (Scheper-Hughes et Lock, 1987). Chez un noir disent Staner et Boutique, une maladie grave est toujours la résultante d'un envoûtement ou la conséquence d'une intervention mystérieuse (Staner et Boutique, 1937). Cette

représentation explique mieux le recours à la religion dans la quête de santé. Etant donné que le mystérieux est du domaine de la religion, les populations kinoises pensent que le moyen le plus sûr dans la quête de santé est le recours à l'église/sacré. L'interprétation de la nature d'une maladie est toujours porteuse de l'histoire du discours qui donne forme à cette interprétation et se trouve en permanence contestée dans le cadre des rapports de pouvoir tels qu'ils sont conçus localement (Good et al., 1985). Evans-Pritchard décrivant les représentations de la santé chez les Azande déclare que le fait d'attribuer la maladie aux causes invisibles ne veut pas dire que les africains ne tiennent absolument aucun compte des causes secondaires. Mais, dans la mesure où ils reconnaissent ces causes, ils y pensent en les associant à la sorcellerie et à la magie (Evans-Pritchard, 1972). A ce sujet, Tonda fait remarquer que lorsque l'on parle de sorcellerie en Afrique, on oublie généralement que l'ambivalence soulignée à son propos par presque tous les auteurs est liée au caractère neutre du principe qui fonde la puissance et la connaissance non seulement du sorcier, mais de tout homme. De ce principe dépendent aptitudes, facultés, capacités des hommes à réaliser l'inhabituel, l'écart différentiel qui définit l'extraordinaire, l'exceptionnel, le hors norme, le fait rare ou, tout simplement, qui permet la vie (Tonda, 1994). Si l'on comprend bien Tonda, la référence à la sorcellerie dans la maladie est un message, une sonnette d'alarme sociale et culturelle de la communauté concernée et non pas une incrimination. C'est ce qu'ont compris les

sociétés africaines quand elles disent que la sorcellerie joue le rôle de véhicule et de canalisateur des normes et des valeurs qui dominent dans une culture. A travers les conceptions de la maladie, nous parlons d'autre chose que des désordres physiques et psychiques.

Quand on saisit une société ou un aspect d'une société de l'extérieur ou de ce qui est apparent, il se pose plus de questions qu'il n'offre d'explications. La conception africaine de la maladie reste déterminée par les puissances du monde visible et les forces invisibles qui régissent le cours des événements (Evans-Pritchard, 1972). Cette double vision du monde a entraîné une double représentation de la maladie en visible et invisible, une double gravité (bénigne et maligne), deux types de symptômes (visible et invisible), deux procédés de diagnostic (social et culturel), deux manières de prévenir (visible et invisible), deux sortes de traitement (matériel et immatériel). Ce schéma illustre à suffisance la différence qu'il y a entre les cultures africaines et l'occident. Il indique clairement que la conception africaine de la maladie dépasse celle de la biomédecine. A notre avis, c'est l'excès de la matérialisation de la vie qui a amputé la vision du monde occidentale de la partie invisible.

Voilà pourquoi, l'existence des esprits dans la conception occidentale est une farce (Nathan, 1995). Mais dans le film le « secret » de Rhonda Byrne, le physicien quantique Fred Alan WOLF

déclare que la physique quantique commence vraiment à confirmer cette hypothèse qu'il n'y a pas d'univers sans esprit et que c'est l'esprit qui donne forme à ce qui existe (Byrne, 2006). Si nous comprenons bien ce que dit ce scientifique pur et dur, qu'il s'agisse de la santé comme de la maladie, tout vient de l'esprit, l'invisible. Selon la Sainte Bible, traduction Louis Segond, dans l'évangile de Luc, au chapitre 24, verset 39, Jésus-Christ le définit avec précision quand il dit qu'un esprit n'a ni chair ni os (Bible Louis Segond, 1910). Si nous comprenons bien, qu'il s'agisse de Jésus comme du physicien quantique, ils parlent d'une seule et même réalité. Les premiers spécialistes des sciences humaines, à l'instar de Claude Lévi-Strauss, se sont évertués à rendre scientifique ces connaissances par les moules matérialistes/ expérimentales des soi-disant disciplines pures, exactes ou dures. Kasl et Cobb ont distingué trois raisons qui conduisent l'individu à amorcer un processus de recherche d'aide : le fait de vouloir prévenir la maladie ou de la dépister à un stade pré symptomatique ; le fait d'obtenir un diagnostic et repérer un traitement adéquat face à un symptôme ou à un malaise manifeste ; le fait de recevoir, une fois malade, les traitements requis pour une guérison ou un ralentissement de l'évolution de la maladie (Kasl et Cobb, 1966). Selon Good, quatre approches dans l'étude des représentations de la maladie : le courant empiriste qui considère la maladie comme croyance populaire et donc en dehors de la culture, celui des anthropologues cognitivistes qui pensent que la maladie est

comprise en terme de perception, le modèle critique qui cherche à comprendre les questions de santé à la lumière des forces politiques et économiques et l'école interprétative qui a comme point de mire le rapport étroit entre la culture et la maladie (Good, 1998). Selon Kleinman, la culture constitue une passerelle symbolique entre les significations interprétatives et le corps. Il a ajouté, en 1977, que c'est une erreur de catégorisation, de penser que la maladie est seulement naturelle et se trouve, par conséquent, au-dessus ou en dehors de la culture (Kleinman, 1973). Good disait que cette idée de Kleinman a servi, entre autres, à montrer que le corps humain, les pratiques et les significations sociales sont toujours en interaction dans l'organisation de la maladie en tant qu'objet social et expérience vécue (Good, 1998). Notre travail va montrer comment le recours aux Églises s'inscrit dans leur culture et comment les actes et les représentations de cette société sont liés à travers chaque pathologie pour laquelle le recours à la prière est nécessaire. La maladie est une expérience humaine créatrice de sens. Dans n'importe quelle culture, la raison d'être du traitement est la saisie de cette signification et la capacité de faire corps avec. Toute rencontre entre un soignant et un soigné est essentiellement interprétative (Good et Delevicchio, 1980). Notre travail va montrer comment le sens que revêt la maladie détermine sa prise en charge chez les populations kinoises. Culturellement « les idiomes de souffrance » organisent l'expérience de la maladie et le comportement qui lui est relié de façon très différente d'une société à une autre et la culture peut proposer des cheminements ethno-

comportementaux finalement communs et même construire des désordres singulier (Nichter, 1981). Notre travail montre comment l'apparition de chaque maladie a entraîné non seulement des comportements atypiques et des troubles propres aux populations kinoises mais aussi dans d'autres sociocultures de la République Démocratique du Congo. Dans toutes les sociocultures, personne ne se contente de savoir ce qu'est la maladie mais il cherche à l'expliquer. C'est dans les cultures occidentales où l'explication des causes biologiques ou physiologiques de la maladie sont laissées aux soignants (Massé, 1995). Mais, l'auteur fait remarquer que cela n'empêche nullement à l'individu de donner sa propre explication des maux qu'il endure. Il ajoute qu'à partir de ce constat, ce qui devrait intéresser le chercheur anthropologue n'est plus les affections vues dans le sens extérieur à la culture mais comme un réel ayant une signification pour la personne qui en souffre. Notre travail s'inscrit dans la droite ligne de ce chercheur du fait que nous cherchons à savoir le sens que les populations kinoises donnent aux pathologies qui les assomment et pour lesquelles le recours aux pasteurs est pour elles la seule voie.

La maladie et ses représentations ont été étudiées de longue date en anthropologie. Elles ont même constitué, dès les origines, un objet privilégié de cette discipline. Le développement ultérieur de l'anthropologie médicale s'est opéré en se fondant sur le constat selon lequel, la maladie avait une réalité indépendante de sa

définition médicale. Elle faisait l'objet de représentations et de traitements spécifiques à chaque culture (Fainzang, 2001). Cette recherche illustre à suffisance ce constat parce que les Congolais, en général, et les kinois, en particulier, ont mis sur pied un traitement spécifique aux problèmes de santé qui les accablent qui est le recours à la prière en lieu et place des médecines traditionnelles, africaines, chinoises et de la médecine occidentale.

La représentation occidentale dualiste de l'univers qui établit un clivage entre la matière et l'esprit, le corps et l'âme, l'organisme et le psychisme. ... est une attitude étrangère à la pensée négro-africaine qui procède plutôt de façon synthétique, continuiste. En Afrique, les opérations de la pensée se déploient plus volontiers en fonction des catégories qui ne sont pas de type dualiste exclusif ; on semblerait favoriser une attitude continuiste et complémentariste. Ainsi, les catégories telles que : rationnel- irrationnel, rêve-réalité, inactuel-actuel, imaginaire-réel, monde des symboles-monde des êtres ... sont pensées plus comme des dimensions significatives hiérarchisées que dans leur aspect séparé « objectif » et analytique. Dans la pédagogie traditionnelle, elles sont enseignées comme des catégories en « continuité » (Sow, 1977). Il s'ensuit que dans le contexte culturel négro-africain « toute vérité est d'emblée synthétique et non pas analytique ». En effet, toute réalité ou tout phénomène est, d'emblée, totale, une et pleine dans la mesure où elle n'est pas réductible uniquement à un de ses éléments considérés comme le plus « originaire ». Plus fondamentalement, cela veut

dire, selon la pensée africaine, au niveau épistémologique le plus général, que la vérité ne s'établit jamais grâce à la « simplicité » de ses constituants à la manière de la méthode cartésienne. Selon la rationalité africaine, la structure de base des choses, de la connaissance des êtres, etc. est toujours et d'emblée complexe, synthétique, globale. Sur le plan de la méthode, il faut aller du plus global au moins global. D'ailleurs, on sait comme corolaire que la transmission du savoir en Afrique est synthétique et non analytique (Sow, 1977). On peut en déduire que la mentalité négro-africaine se représente la matière et l'esprit comme deux éléments complémentaires d'une totalité et non pas comme deux entités autonomes et en relation conflictuelle. Autrement dit, les catégories matière-esprit ne sont pas disjointes en solution de continuité. Il y a bien une continuité, une imbrication, une fusion synthétique des deux éléments en une totalité, une et indivisible. Tout élément du cosmos est à la fois sensible et non sensible, matériel et spirituel (Sow, 1977).

Ainsi, l'homme n'est pas divisible en matière et esprit, en corps et âme, en organisme et psychisme. Tous ces éléments se trouvent imbriqués dans une structure, une totalité dynamique que Sow appelle « *Personne-personnalité* ». En laissant tomber les particularités liées aux représentations spécifiques des sous-cultures, Sow dégage trois éléments fondamentaux qui se retrouvent dans les formulations négro-africaines comme constituants de la

structure dynamique de la personne-personnalité : le premier élément est le corps ou l'enveloppe corporelle ; le deuxième élément comprend les principes vitaux dont le nombre est variable, mais qu'on peut ramener à deux principaux : l'un contrôle directement la psychologie du vivant et (...) est commun à l'animal et à l'homme ... l'autre, propre à l'homme (...), serait à la base de la vie psychique au sens large du terme. Il s'agirait d'une sorte de principe « organisateur » interne qui serait en même temps, le centre de la force vitale totale ; son rôle, essentiel, serait de vivifier l'individu en tant que réalité bio-psychosociale (vie, puissance, fécondité), le troisième élément est le principe spirituel, immatériel, immortel, impérissable, alors que le corps et les deux variétés de principes vitaux sont périssables. Leur destruction entraîne la mort. Le principe spirituel indestructible, devient alors autonome et quitte le corps. En effet, il ne demeure jamais dans un corps privé de principes vitaux. Ce sont ces derniers qui animent le corps et non pas l'Esprit (Sow, 1977). Nous voyons ainsi que l'être humain est vécu et représenté dans la culture négro-africaine comme une véritable structure et qu'il est constitué de plusieurs éléments tels que « chacun dépend des autres et ne peut être ce qu'il est que dans et par sa relation avec eux », et dont la totalité est autre chose que la somme des parties. Mais cette totalité structurée, une et indivisible n'est pas du tout définie comme une monade fermée, close et repliée sur elle-même. L'individu humain, cette totalité, est à la fois le point de rencontre et un élément d'un système de relations socioculturelles. En effet, il ne peut fonctionner (et même exister)

que (s'il) est étroitement articulé avec les dimensions et axes définis culturellement" comme constituants de l'être et de l'identité de Soi et qui garantissent l'équilibre de la personne (Sow, 1977).

2. Maladie, culture et religion.

Lorsque l'on cherche à savoir le lien entre religion, culture, santé/maladie, on peut constater qu'elles sont liées depuis des millénaires (Dericquebourg, 2010). Ceci est vrai parce qu'en ce qui concerne l'Afrique, personne ne peut nous dire avec précision quand l'Africain a-t-il commencé à associer la religion à ses problèmes de santé. L'anthropologue et médecin Jean Benoist considère même leur lien comme fondamental. Il déclare : « le succès de la médecine biologique et de la chirurgie n'empêche pas une partie de la population de recourir à une thérapie religieuse en cas de maladie. Il existe une prédisposition culturelle du recours aux thérapies religieuses ; celle-ci s'articule autour de plusieurs éléments psychologiques : question du sens, place pour le surnaturel, etc (Levy, 2000). Pour les patients qui y ont recours, ils se donnent ainsi plus de chances de guérir » (Dericquebourg, 2010). C'est pour toutes ces raisons que la présente recherche s'intéresse à ce rapport entre santé et religion à Kinshasa. Le constat est que non seulement il y a, à Kinshasa, l'existence de toutes les médecines du monde mais et surtout l'omni présence de la médecine dite moderne, mais celles-ci n'empêchent en rien les Kinois à se rouer vers les églises pour les questions de santé. Pierre Lecompte du

Nouy ne disait-il pas que : « les qualités, les plus subtiles du cerveau ne sont pas forcément rationnelles, et notre raison n'est pas assez puissante pour suppléer à notre connaissance directe des faits. L'intuition dispose d'un champ d'action plus vaste que celui de la raison et la foi religieuse, purement intuitive, constitue un levier humain autrement efficace que la science et la philosophie. C'est la conviction qui fait agir, non la connaissance » (Scovel Shinn, 2002). Les Africains ne sont et ne peuvent pas être en reste. Ils ont compris cela et recourent à la religion pour plus de solution à leurs problèmes de santé. La littérature montre que la cosmologie de l'Africain comprend les forces visibles et invisibles. Mais lorsqu'on considère la grande majorité de ces médecines ayant cours à Kinshasa et surtout la médecine dite moderne, elles sont dénudées du surnaturel. C'est donc avec raison que les Kinois usent des Églises puisque ces dernières s'inscrivent dans leur vision du monde absente des pratiques thérapeutiques exotiques. Il est tout autant nécessaire de faire remarquer que les médecines traditionnelles africaines s'exerçant en ville et, particulièrement, à Kinshasa, se moulent dans la même logique que ces arts de guérir importés. Voilà pourquoi, les Églises de Réveil attirent plus les Kinois. De nos jours, comme en tout temps, la souffrance humaine interpelle la religion : l'homme s'adresse aux forces surnaturelles sinon pour recouvrer la santé, du moins pour donner un sens à la maladie et à la mort. Le sacré est alors invoqué au chevet du malade, mais il est aussi demandé par le thérapeute qui y cherche inspiration et pouvoir (Massé, 2002). La religion s'exprime à la fois

à travers des croyances liées au rapport de l'homme avec le surnaturel et des pratiques rituelles qui servent de lieux sacrés de la rencontre de l'homme avec la transcendance, mais aussi, d'expression de l'adhésion à ces croyances. En tant qu'expression parmi les plus visibles de la souffrance, la maladie devient l'un des lieux privilégiés d'exercice de ces rituels qui célèbrent le sacré : les rituels religio-thérapeutiques (Massé, 2002). Religion et santé sont liées depuis des millénaires. Le succès de la médecine biologique et de la chirurgie n'empêche pas une partie de la population de recourir à une thérapie religieuse en cas de maladie. Il existe une prédisposition culturelle au recours aux thérapies religieuses ; celle-ci s'articule autour de plusieurs éléments psychologiques : question du sens, place pour le surnaturel, etc. Pour les patients qui y ont recours, ils se donnent ainsi plus de chances de guérir (Dericquebourg, 2010). Et d'une manière générale, la religion et la santé sont liées. C'est avec raison si l'anthropologue et médecin Jean Benoist considère leur lien comme fondamental tel que nous avons eu à le mentionner plus haut. La religion même si elle peut donner lieu à des phénomènes collectifs de grande envergure, la quête de la guérison n'est pas primordiale. En effet, Dericquebourg soutient que les confessions religieuses se spécifient plus par une doctrine et par des pratiques en vue d'obtenir un salut dans un au-delà de la mort que par le souci de délivrer l'homme de ses maux pendant son existence terrestre. Mais il est utile de reconnaître que le recours à la religion contribue aussi dans la mobilisation des

énergies et surtout la recherche du sens profond des évènements. Jean-Bernard Paturet poursuivant son argumentaire montre qu'à compter de la définition de la santé selon l'OMS (la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité), le rêve d'une santé parfaite dont la réalisation est, bien entendu, impossible, a été interprété comme un droit à la recherche de satisfaction des besoins fondamentaux (affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux, culturels) sans doute sur le modèle de la fameuse pyramide de Maslow construite sur cinq niveaux de besoins : besoins physiologiques, sécurité, amour et appartenance à un groupe, estime des autres et accomplissement personnel (Paturet, 2010). Selon cet auteur, nous recherchons, d'abord, à satisfaire chaque besoin d'un niveau donné avant de penser à ceux situés au niveau immédiatement supérieur de la pyramide. La santé parfaite serait donc le moment où ce dernier niveau d'accomplissement personnel est atteint (Paturet, 2010). Mais la santé ne saurait être définie uniquement par la satisfaction des besoins et encore moins selon la hiérarchie de Maslow : le témoignage des camps, l'expérience des comportements ordaliques chez certains adolescents, les conduites à risque, les sports extrêmes, ou, à l'inverse, les états dépressifs propres aux sociétés occidentales sursaturées de biens, semblent invalider ce modèle car dans toutes ces expériences « voulues » ou imposées, seule la quête du sens de l'existence peut permettre de comprendre la résistance à l'extermination, la mise en jeu de sa vie ou encore le malaise de la

saturation qui tue le désir. Car l'homme est un « vivant existant » capable de s'extérioriser lui-même pour se regarder vivre et agir et pour donner du sens à sa vie. Exister serait donc l'expérience primordiale de l'être parlant comme production de sens individuel et collectif (Paturet, 2010). L'humain est confronté sans cesse à la question de savoir si sa vie vaut la peine d'être vécue. Question lancinante, jamais saturée et sans réponse définitive, qui s'éprouve, souvent, dans des prises de risque. Les philosophes grecs avaient déjà montré l'intérêt existentiel du « jeu des contraires » car le jour ne saurait s'éprouver que grâce à la nuit et la vie grâce à la mort... Du mot romain *rixicare*, lui-même élargissement du latin classique *rixare*, « risque » signifie se quereller, se battre. Ce terme renvoie à l'idée de danger, à l'insécurité et à la lutte. Simone Weil, la philosophe, engagée volontaire sur le terrain de la guerre d'Espagne, résistante à Londres, soulignait déjà l'importance de cette nécessaire exposition au feu et à la nudité de l'événement : « le risque est un besoin essentiel de l'âme. L'absence de risque suscite une espèce d'ennui qui paralyse autrement que la peur, mais presque autant ». La prise de risque sert à s'administrer la preuve du sens et de la valeur de sa propre existence (Paturet, 2010). On parle, actuellement, de « risque zéro », de « populations à risque » et le monde de l'assurance, comme de la santé, cherche à contrôler, à calculer « l'aléa anticipable » pour prévenir la « mort prématurée », la « mort évitable » avant 60 ans, et les « APVP », c'est-à-dire « les années potentielles de vie perdue ». Il n'est pas alors étonnant alors

que l'humain se tourne vers les « grands récits totalisants » comme dit Lyotard, ou vers les « dogmatiques anthropologiques » dans le vocabulaire de Pierre Legendre, c'est-à-dire vers les systèmes de sens que propose chaque culture : la religion en est une des expressions essentielles pour que les humains puissent tenir debout face à l'abîme de l'exister, au « non-sens » du monde en lui-même et à la puissance de la nature (Paturet, 2010). Dans le monde contemporain, malgré les promesses et les prouesses des sciences et les réussites des techniques pour beaucoup d'entre elles, remarquables, l'énigme de l'univers et de l'homme reste entière et l'on a coutume de dire que, si la science décrit les phénomènes de la nature et bientôt de la vie, si elle explique la marche du cosmos dont les instruments modernes d'observation montrent la diaprure infinie, elle ne répond jamais à la question du sens de l'existence, du sens du monde, ni à cette interrogation fondamentale qu'en son temps posait Leibniz : « Pourquoi y a-t-il quelque chose plutôt que rien ? » (Paturet, 2010). Cet auteur se demande comment la santé définie par l'OMS comme visée absolue de la vie peut-elle se substituer en « lieu tenant » du sens ? Pour certains, soutient-il, la réponse est oui puisque l'on parle de « bio-religion » c'est-à-dire d'une utopie de la santé parfaite. Partant de tous ces arguments, cet auteur affirme que les religions reposent sur le même principe puisqu'elles encadrent de manière rigoureuse les comportements de santé en distinguant « sacré et profane », « totem et tabou », « permis et défendu », « bien et mal » et « bon et mauvais ». Dans leur souci de contrôle des âmes et des corps, elles définissent notre

rapport au monde, à l'alimentaire, aux substances psychotropes, à l'alcool, au corps, à la sexualité et viennent ainsi faire limite au pulsionnel et au désir par l'obligation de maîtrise de soi comme principe moral fondamental, comme le montre, par exemple, le jeûne, le Carême ou le Ramadan (Paturet, 2010).

3. Les rites thérapeutiques dans les Églises de réveil en RD Congo

Ce point sera abordé dans une perspective de remise en question entre les auteurs qui avancent que le rite africain dans les Églises de Réveil est un bricolage contre celui soutenant le contraire auquel nous nous allions. La conception de l'homme, pour les Africains, est centrée sur le corps et la relation au groupe que l'Africain (Rosny, 1996). Nous sommes d'accord avec Rosny quand il pense que la transcendance des rites africains est plus anthropologique que les autres. Mais l'exemple à partir duquel, il base son raisonnement ne peut pas expliquer comment les rites africains se retrouvent dans les offres de guérison des églises. Cette recherche se propose de dépasser le niveau de la considération de cet auteur. Dans les Eglises de Réveil, ce ne sont pas les patients qui demandent au pasteur, fut-il occidentalisé, de lui administrer une cure à l'africaine. C'est plutôt la pratique de l'homme de Dieu, d'origine africaine, pétri des connaissances occidentales, qui fait apparaître des manifestations rituelles africaines. Pour que la catéchèse réponde, pleinement, aux besoins légitimes des hommes

dans les pays de jeunes chrétientés, entendu par-là, les pays d'Afrique noire, H. Maurier proposait au prélat de regarder à la fois la religion traditionnelle de la société coutumière et les aspirations modernes au développement (Maurier, 1965). Mais comme le montre Barbier J-C, les religions coutumières ne sont plus que des isolats résiduels, grignotés par l'un ou l'autre des monothéismes. Il n'existe plus en Afrique de pôle coutumier d'échelle nationale. Les religions coutumières sont localisées sur un territoire donné (religions de terroir) ou au sein d'un groupe lignager (cultes des ancêtres), si bien que le prosélytisme en est tout à fait exclu. Comment le prélat, fut-il extra-terrestre, ferait-il pour concilier religion traditionnelle et aspirations modernes de ses adeptes (Barbier, 1996) ? C'est dans cet ordre d'idées que nous citerons la thèse de Muende-Mampuya. L'auteure montre que :« pour certains, le thème d'inculturation semble comme rébarbatif ou simple recherche d'originalité, revenant à empêcher de tourner rond, à troubler la quiétude catholique traditionnelle s'appuyant avec une liturgie huilée et rodée. Les recherches conduisent, au contraire, à découvrir l'importance historique dans la mesure où la liturgie catholique « universelle » n'est largement que la réussite de l'inculturation occidentale. Elle constate avec étonnement que les premiers acteurs du rite zaïrois (congolais actuellement), c'est-à-dire la hiérarchie et les prêtres, le négligent, ne le pratiquent plus guère que de temps en temps alors qu'il devrait être célébré régulièrement, devenir ordinaire » (Muende-Mampuya, 2008). Ce que nous ne pouvons pas comprendre dans les dires de

Muende-Mampuya est le fait selon lequel lorsque la hiérarchie de l'Église catholique au Congo avait pris l'option d'intégrer dans sa liturgie le rite zaïrois, elle n'avait pas compris son bien-fondé. C'est à Muende-Mampuya de le démontrer. Mais, maintenant où les rites africains ont intégré toutes les Églises y compris l'Église pour laquelle elle se plaint ; nous sommes en droit de nous poser les questions de savoir qui leur a demandé de le faire ? Qui leur ont montré les biens fondés ? Nous pouvons ici évoquer la pensée selon laquelle quand la société change, tout change et dans le cas d'espèce, c'est à la religion de s'adapter peu importe ce que peuvent penser les savants, et actuellement, la religion est en train de le faire. Et bien qu'on puisse voir toutes les couches sociales africaines recourir à de tels phénomènes, les tenants de ce courant ne peuvent pas changer d'attitude. Ce ne sont pas seulement les sociologues qui se moulent de la sorte mais même les anthropologues, pour ne parler que de ceux-là, qualifient ces phénomènes de la même manière. Pire encore, certains auteurs ne voient même pas ces faits émotionnels et affectifs comme dignes d'attirer les africains de couches « non moderne » soient-ils. C'est le cas de l'anthropologue Pierre Joseph Laurent qui, à partir d'un exemple tiré d'un groupe de paysans Mossi au Burkina Faso pense la conversion au pentecôtisme à la suite de leur migration vers la ville ; ces villageois, confrontés à certaines maladies, trouveront dans la théologie pentecôtiste un moyen de s'extraire des obligations liées au système traditionnel tout en y puisant une

ressource d'aspiration au changement. Il soutient que le défi consiste à articuler une existence un peu plus individuelle sans la garantie de ne pas avoir un jour à dépendre de l'entourage. Au-delà, pense-t-il, il est surtout question de rendre compte du système de pensée qui permet à la fois de s'émanciper de la « dette communautaire » en la maintenant à l'état de latence en cas de nécessité dans un environnement où les solidarités étatiques sont déficitaires. Il conclut que les protestants ne bricolent pas avec le désir de modernité, ils bricolent seulement avec la façon d'y parvenir (Laurent, 2007). Pierre Joseph Laurent, comme tout bon occidental, ne voit pas les rites africains qui peuvent attirer ces paysans Mossi dans les églises pentecôtistes mais une fuite de responsabilité pour s'enchevêtrer dans l'égoïsme à l'Occidental. Il est vrai que les églises pentecôtistes promettent la prospérité à leurs adeptes. Peut-on dire que dans les Églises qui ont fait l'objet de recherche de Joseph Pierre Laurent au Burkina il n'y avait que les paysans Mossi ? Dans le cas où il y avait aussi les gens nantis, que viennent-ils chercher ? C'est là que nous donnons raison à É. de Rosny qui pense qu'il est difficile à un Occidental de comprendre le concept de religion dans l'univers africain (Rosny, 1996). En effet, É. De Rosny lui-même est un Occidental. Lorsqu'il dit ceci, nous pouvons comprendre qu'il parle des Occidentaux qui ne veulent pas comprendre le fonctionnement de la religion dans l'univers africain. Pour revenir à Pierre Joseph Laurent, à notre avis, c'est la présence des rites africains qui attirent ces paysans Burkinabés au pentecôtisme et non l'émancipation de la « dette communautaire ».

É. de Rosny est l'un des rares Occidentaux qui comprend le fonctionnement de la religion dans l'univers africain. É. de Rosny montre que dans cette vie, si l'on se perçoit comme « corps » et que la « relation » aux autres corps est pour soi un élément vital, comment pourrait-on vivre sans rites ? Un rite est un ensemble de gestes visibles par lesquels un groupe reste en communion ou retrouve son unité. Il y faut donc un support sensoriel et l'appartenance à une communauté, et quoi de mieux que le corps, et quoi de plus fort que les liens familiaux ? Etant donné la conception que les Africains se font du composé humain, comment pourraient-ils faire l'économie des rites dans leur existence ? A contrario, le malaise rituel du monde occidental ne peut-il pas s'expliquer en son fond par la persistance d'un vieux contentieux d'avec le corps qu'il doit davantage à ses origines grecques qu'à l'héritage biblique, entraînant, par voie de conséquence, une montée de l'individualisme (Rosny, 1996) ? La littérature souligne le caractère récent de la forme actuelle des cultes de possession, leurs transformations etc... Mais Bertrand Hell souligne à plusieurs reprises cette dimension historique et note l'évolution du rite et de la narration mythique (Hell, 1999). Bastide dans son ouvrage « *Le rêve, la transe et la folie* » rappelle assez largement l'importance de prendre en compte les dynamiques de changement. Il rappelle des études qui ont été effectuées sur les Thonga d'Afrique du Sud, parmi lesquels les phénomènes de possession étaient rares, mais qui se sont ensuite amplifiés. Le possédé ne l'était pas par ses propres ancêtres ou par

un autre esprit mais par des esprits d'étrangers et notamment de Zulu, leurs dominateurs (Bastide, 2003). Bastide parle, également, de la possession de la Tromba au Madagascar, phénomène qui s'est amplifié à la suite de l'implantation du christianisme, avec le conséquent reniement du culte des ancêtres (Bastide, 2003). Dans le même ordre d'idée, Felice Dassetto montre que des changements semblables sont en cours au sein des Hamadcha. Bien qu'ils évoluent dans un espace social relativement marginal et bien qu'une ceinture symbolique les projette dans un monde à part, les Hamadcha ne sont pas pour autant totalement coupés des transformations culturelles et cognitives en cours dans la société marocaine et des évolutions des autorités symboliques ; autant de facteurs qui pourraient être susceptibles d'influencer des repositionnements au sein des Hamadcha (Dassetto, 2013). Nous pouvons constater que cela n'est pas seulement une question congolaise. Mais que le besoin se fait sentir partout. A la lumière de tous ces récits, nous postulons que la question des croyances, des rites, les groupes d'adeptes, les utilisateurs, le rapport entre ces groupes et le champ religieux, le rapport avec le contexte social et pratiquement tous les écrits relatifs à la réalité qui nous concerne traitent de l'un ou l'autre de ces aspects. A la lumière de toutes ces interrogations que soulèvent les postures de ces différents auteurs, nous sommes en droit de confirmer avec Evans-Pritchard qui disait que lorsqu'on saisit une société ou un aspect d'une société de l'extérieur ou de ce qui est apparent, il se pose plus de questions qu'il n'offre d'explications (Evans-Pritchard, 1972). Dans le même

ordre d'idées, les recherches sur les Églises en RDC révèlent que l'aspect thérapeutique a, d'abord, été observé dans les Églises indépendantes. Les études menées se sont concentrées plus sur l'aire culturelle kongo et ont fait apparaître deux catégories d'investigation, à savoir : les travaux conduits en milieu rural kongo et ceux du milieu urbain auprès des populations d'origine kongo. En milieu rural, ces recherches, généralement descriptives, se sont arrêtées sur des considérations d'ordre contemplatif sans s'appuyer sur les théories proprement scientifiques. Ce sont surtout les missionnaires protestants et catholiques qui se sont illustrés dans ces types d'études. Selon Matula (2003), on peut citer entre autres, Van Wing (1938), Anderson (1978), Janzen (1978), Kimpianga (1980a). En milieu urbain, à Kinshasa, plus précisément, l'intérêt porté sur la médecine traditionnelle kongo a prolongé la recherche sur l'existence des thérapies en vigueur dans les églises traditionnelles dites églises de guérison. Le Centre d'études des Religions Africaines (C.E.R.A) a initié depuis 1966 de nombreuses recherches et organisé des journées de réflexion, entre autres, sur le contenu et l'évolution des pratiques religieuses locales. S'appuyant sur les techniques d'enquêtes et les méthodes sociologiques, ces études sont tributaires d'excellentes analyses sur les religions indépendantes dénommées religions traditionnelles autochtones. Des travaux, notamment, comme ceux de Mwene Batende (1974), de De Haes(1992), de Woodrow (1976), de Vernet (1976), de Leloup (1998), et enfin de Delhez et Denaux (1999) ont été orientés

vers les études de la dynamique socioreligieuse de ces nouvelles formes de religiosité en Afrique noire contemporaine. De Haes situe la plupart de ses études dans une perspective de la pastorale. Il en est de même de Vernet, de Woodrow, de Leloup, de Delhez et Denaux pour ne citer que ceux-là. Dans cette optique, les différents auteurs collent l'étiquette de « sectes » à ces nouvelles formes de croyances et de pratiques religieuses, terme sans doute péjoratif et impliquant un jugement de valeur qui traduit les présupposés idéologiques de ces auteurs. Faute d'une large ouverture ou du manque d'intérêt pour les questions socioculturelles ou par absence d'une approche méthodologique rigoureuse, les médecins aussi bien nationaux qu'étrangers ne se sont jamais intéressés à la thérapie dans les églises tant indépendantes que dans les nouveaux mouvements religieux en République Démocratique du Congo. Les chercheurs en ethnomédecine se sont aussi intéressés à la quête de la santé. C'est le cas de Anyenyola dont les travaux sur les communautés prophétiques en milieux urbains touchent les aspects thérapeutiques (Anyenyola, 1994). Les études psychiatriques ont aussi pris en compte la thérapie dans les églises à leur compte. Il sied de citer l'investigation de Le Roy (1994a). Quelques travaux anthropologiques ont appréhendé l'engouement des populations kinoises vers les églises indépendantes et les Nouveaux Mouvements Religieux et particulièrement ceux qui hébergent des communautés thérapeutiques. C'est le cas de Devisch(1998), Matula (2003), etc. Nous signalons aussi l'étude de Mwene Batende sur les « Églises de guérison face à la biomédecine ». Défis et

enjeux thérapeutiques (Mwene Batende, 2020). Ces auteurs se sont basés soit sur l'approche structurale Lévi-straussienne soit sur la praxéologie Bourdienne. Or, utiliser des théories élaborées dans la culture occidentale n'aide pas à expliquer ce qui s'observe dans les sociocultures africaines, en général, et congolaises, en particulier. En plus, pour démontrer le caractère holistique supposé du traitement offert par les Églises Mpeve-a-n'longo, Matula limite sa recherche à quelques pathologies spécifiques de l'aire culturelle kongo (Matula, 2003). La question à laquelle la thèse de Matula ne répond pas et à laquelle nous nous proposons de répondre dans le présent travail de recherche est de savoir que faire des pathologies non spécifiques.

D'ailleurs, dans le domaine général de l'anthropologie, il n'existe pas de système théorique standard pouvant servir de cadre de référence universel pour l'intelligibilité des phénomènes observés dans différentes cultures. L'existence d'une telle théorie ne nous paraît pas possible ni même souhaitable, puisqu'il s'agit de cultures particulières. En effet, toute conclusion théorique en ce domaine est nécessairement liée à un contexte culturel donné et ne peut être valable que pour la culture concernée. Durkheim et Mauss ont bien compris que les représentations conscientes des indigènes méritent toujours plus d'attention que les théories issues comme représentations conscientes, également, de la société de l'observateur. Même inadéquates, les premières offrent une

meilleure voie d'accès aux catégories (inconscientes) de la pensée indigène dans la mesure où elles leur sont structurellement liées (Levi-Strauss, 1958). En effet, la littérature montre que dans la mesure où l'on considère chaque culture comme une entité fonctionnelle, dans la mesure, aussi, où l'on se refuse à la replacer sur une échelle de progrès et à l'apprécier sans cesse par rapport à celles qui sont censées se trouver au-dessus ou en dessous d'elle, et surtout par rapport à cet étalon idéal que représente la civilisation soi-disant située à la pointe de l'évolution, on est porté à reconnaître une autonomie qualitative de chaque entité, à lui attribuer un esprit propre qu'on ne peut juger selon des standards extérieurs et à admettre, par conséquent, que la diversité des cultures a quelque chose d'irréductible. C'est dans ce sens que des chercheurs comme I. Sow luttent contre la tendance en ethnopsychiatrie et, plus généralement, en anthropologie culturelle à utiliser des systèmes théoriques élaborés dans la culture occidentale (considérée à tort comme la culture idéale) comme cadre de référence pour expliquer ce qui s'observe dans d'autres cultures en statuant même sur la façon dont cela devrait se passer. Cela revient à dire, en clair, que la culture occidentale se considère comme critère de référence de l'humanité idéale, comme norme à laquelle toutes les autres cultures doivent s'ajuster, et selon laquelle elles doivent se construire, si elles veulent, à leur tour, devenir humaines. En d'autres termes, elle serait la norme de référence d'après laquelle on doit évaluer le degré d'humanité des autres cultures. La littérature souligne que s'il est vrai que les cultures sont des systèmes ouverts et susceptibles pour

cela de transformations les unes sous l'influence des autres, il ne s'ensuit pas qu'elles soient explicables les unes par les autres. Aucune culture ne peut servir de grille de lecture pour les autres. C'est pourquoi l'observation d'évènements, de conduites et d'attitudes, si minutieuse soit-elle, n'apprend rien sur leur signification psychologique, en l'absence de renvois à des faits de paroles, à un discours, à un code qui donne la position des conduites dans un système de significations collectives. Les représentations constituent un code auquel tout comportement observé se réfère. On est à chaque fois renvoyé à un système de significations dont la compréhension est indispensable pour rendre les observations intelligibles.

Conclusion

Cet article a planché sur le rapport entre la culture, la religion et les approches thérapeutiques dans les Églises de Réveil en République démocratiquement du Congo. La fondamentalité du rapport entre la culture et la représentation de la maladie et celui de la religion et de la maladie. En partant des autres productions scientifiques, il y s'agit d'une des preuves de l'universalité du rapport entre santé et religion au regard de ce que les prédécesseurs ont montré à partir des recherches menées dans les régions autres que la République démocratique du Congo.

Trois points ont structuré ce travail dont culture et représentation de la maladie ; regard croisé sur le rapport maladie, culture et religion et enfin, les rites thérapeutiques dans les Églises de réveil en République démocratique du Congo. Ces trois expliquent non seulement la facilité avec laquelle ces Églises entrent en résonance avec les demandes formulées par les populations kinoises mais aussi la convergence de ces Églises entre, d'une part, les messages qu'elles offrent et, d'autre part, la demande d'une partie importante de la population qui semble se saisir de ce discours sans chercher à les remettre en question. Ces trois points nous ont permis de comprendre un phénomène complexe et constituent la manière de démêler les fils.

Bibliographie

- Anderson, E., 1978, « Nkita : Une secte extatique des Fèke, in *Arts d'Afrique*.
- Anyenyola, W., J., O., 1994, Des communautés prophétiques en milieu urbain, in *Sectes, cultures et sociétés : les enjeux spirituels du temps présent, Cahiers des Religions Africaines*, Vol. 27-28, N° 53-56, Faculté Catholiques de Kinshasa, Kinshasa.
- Barbier, J. C., 1996, « Citadins et religions en Afrique noire » in *Ann. Géo.*, vol. 105, n° 588, Armand Colin, Paris.
- Bastide, R., 2003, *Le rêve, la transe et la folie*, Seuil.
- Bible, *Traduction Louis Segond 1910*, édition 2006.
- Buakasa, T., K., M., 1996, *Réinventer l'Afrique. De la tradition à la modernisation*, L'Harmattan.
- Byrne, R., 2006, *Le Secret, film documentaire*, TS Productions.
- Carr, J., E., Vitaliano, P., P., 1985, « *The Theoretical implications of converging research on depression and the culture-bound syndromes* », in *Culture and Depression*, édité par Arthur Kleinman et Byron Good.
- Dassetto, F., 2013, *L'iris et le croissant. Bruxelles et l'islam au défi de la co-inclusion*, Presses universitaires de Louvain, Bruxelles.
- De Haes, R., 1992, Prolifération et persistance des sectes dans le milieu urbain de Kinshasa : Analyse de quelques cas, in *Studia Missionalia*, Vol., 41.
- De Haes, R., 1994, « Sectes et guérison », in *Sectes, Cultures et Sociétés : les enjeux spirituels du temps présent, Cahiers des Religions Africaines*, Facultés Catholiques de Kinshasa, Kinshasa.

- Delhez, Ch., et Denaux, A., 1999, *Églises, « Sectes » et nouveaux*.
- Dericquebourg, R., 2010, « Religion, santé, maladie » in *La santé de l'homme*, N° 406, Mars-Avril.
- Descartes, R., 1963, *Discours de la méthode*, Tome premier, Classiques Garnier, Paris.
- Devish, R., 1998, La parodie dans les églises de guérison à Kinshasa, in *Itinéraires et Contacts de Cultures* (spécial sur « Le réalisme merveilleux »), 25.
- Devish, R., et Brodeur, C., 1996, *Forces et signes*, Ed., des Archives Contemporaines, Paris.
- Evans-Pritchard, E.E. 1972, *La Sorcellerie chez les Azande. Oracle et magie chez les Azande*, Paris, Gallimard.
- Fainzang, S., 2001, Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance, Coll. « Ethnologies/ Controverse », Paris, PUF.
- Goetz, B., 1998, Le “ dernier homme ” de Nietzsche : quelques aspects d'un “ personnage conceptuel ”, in *Le Portique*, N°1.
- Good, B., et al. 1985, « The Interpretation of dysphoric affect and depressive illness in Iranian culture », in *Culture and depression*, édité par Arthur Kleinman et Byron Good.
- Good, B., et Kleinman, A. 1985, « Epilogue: culture and depression », in *Culture and Depression*, édité par Arthur Kleinman et Byron Good.
- GOOD, B., J., 1998, Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu, Le Plessis-Robinson, Les empêcheurs de penser en rond.
- Good, B., J., et Delevechio-G., M., J., 1980, « *The Meaning of symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for clinical Practice* », in L. Eisenberg et A. Kleinman, (dir.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht, Pays-Bas, D. Reidel.

- Hell, B., 1999, *Possession et chamanisme. Les maîtres du désordre*. Flammarion, Paris.
- Janzen, J., 1978, *The Quest for Therapy in lower Zaïre*, The University of California Press, California.
- Janzen, J., 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Congo*, Ed. Karthala, Paris.
- Kasl, S., V., et Cobb, S., 1966, « Health behavior, illness behavior and sick role behavior, health and illness behavior », in *Archives of Environmental Health*, n° 12.
- Kimpianga, M., 1980a, « Le Munkukusa comme structure de guérison chez les Kongo », in *Ngindu Mushiete* (Ed.), *Combat pour un christianisme africain*, Faculté de Théologie Catholique, Kinshasa.
- Kleinman, A., 1973, « *Toward a comparative study of medical systems* », in *Science, Medicine and Man*, n°1.
- Kleinman, A., 1986, *Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia and pain in modern China*, New Haven, Yale University Press.
- Kuipers, J., C., 1989, « Medical discourse in anthropological context: views of language and power », in *Medical Anthropology Quarterly*, n°3.
- Laurent, J., P., 2003, *Les pentecôtismes au Burkina-Faso*, Karthala, Paris.
- Laurent, J., P., 2007, *L'offre de guérison des Assemblées de Dieu du Burkina Faso. Un bricolage est un train de se faire entre la société mythique et la modernité globalisée*, Karthala, Paris.
- Le Roy, J., 1994a, « Identité et culture. L'approche analytique de groupe », in *Connexion*, N° 63, Paris.

- Le Roy, J., 1994b, « Processus thérapeutiques groupaux dans les églises de guérison à Kinshasa, Zaïre », in *Connexion*, 63, Paris.
- Leloup, J., Y., 1998, *Sectes, Églises et Religions*, Albin Michel, Paris.
- Lévi-Strauss, Cl., 1958, *Anthropologie structurale*, Plon, Paris.
- Lévi-Strauss, Cl., 1973, *Anthropologie structurale deux*, Plon, Paris.
- Levy, J., J., 2000, Entretiens avec Jean Benoist. *Entre les corps et les Dieux, Itinéraires anthropologiques*, Coll. de vive voix, Liber, Montréal.
- Levy, J., J., 2000, Entretiens avec Jean Benoist. *Entre les corps et les Dieux. Itinéraires anthropologiques*. Montréal, Liber, coll. de vive voix.
- Massé, R., 1995, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal/Paris/ Casablanca, Gaëtan Morin.
- Massé, R., 2002, « Rituels thérapeutiques, syncrétisme et surinterprétation du religieux » in *convocations thérapeutiques du sacré*, Karthala, Paris.
- Massé, R., 2002, « Rituels thérapeutiques, syncrétisme et surinterprétation du religieux » in *convocations thérapeutiques du sacré*, Karthala, Paris.
- Matula, A., 2003, *Un Espace d'accomplissement thérapeutique : L'église « Mpeve -à-longo » de l'Apotre Nseke Ndombele Ntinu Zulu*, Dissertation doctorale en anthropologie, Université de Kinshasa, Kinshasa.
- Maurier, H., 1965, « Religion et développement. Traditions africaines et catéchèse » in *Tours*, Collection « Esprit et Mission », Mame.
- Mbonji, E., 2005, *L'Ethno-perspective ou la Méthode du discours de l'Ethno-Anthropologie culturelle*, PUY, Yaoundé.

- Mechanic, D., 1986, « The Concept of Illness Behaviour: Culture, Situation and Personal Predisposition », in *Psychological Medicine*, n°16.
- Misher, E., 1986, *The Discourse of medicine: dialectics of medical interviews*, Norwood: NJ, ABLEX.
- Muanda Kienga, J., 2020, « Kinshasa à l'heure de « spiritualités-miracles ». Regard critique et pistes d'une « nouvelle évangélisation » in *Cahiers Interdisciplinaires des Religions*, Vol. V, N°9, janvier-juin 2020.
- Muende-Mampuya, M., J., 2008, *Contexte historique du christianisme et inculturation de la liturgie catholique : de la liturgie orientale aux rites africains*, Thèse, Université Nancy 2, France.
- Mwene Batende, G., « Les Eglises de guérison face à la biomédecine. Défis et enjeux thérapeutiques » in *Cahiers Interdisciplinaires des Religions*, Vol. V, N° 10, juillet-décembre 2020.
- Mwene Batende, G., 1974, Autour d'une communauté spirituelle Zaïroise, in *Cahiers des Religions Africaines*, VIII, N°16, Facultés de Théologie Catholique, Kinshasa.
- Mwene Batende, G., 1983, Les perspectives spiritualisées dans les communautés messianiques africaines, in *Cahiers de Religions Africaines*, Facultés Catholiques de Kinshasa, Kinshasa.
- Mwene Batende, G., 1993, Les sectes : pour quel projet de société ? in *Religion et Développement social, Les sectes aujourd'hui*, Actes du 3^{ème} Week-end moral des intellectuels chrétiens de Matadi, du 6 au 10 mars 1993.
- Nadel, S., F., 1947, *The Nuba. An Anthropological Study of the Hill Tribes in Kordofan*, Oxford University Press.
- Nathan, T., 1995, « Manifeste pour une psychopathologie scientifique », in *Médecins et sorciers*, Sanofi, Synthelabo.

- Nichter, M., 1981, « *Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress. A case study from South India* », in *Culture, Medecine and Psychiatry*, n° 5.
- Paturet, J.B., 2010, « Religion et santé : une quête de sens » in *La santé de l'homme*, N° 406, Mars-Avril.
- Pierret, J., 1984, « Les Significations sociales de la santé, l'Essonne, l'Hérault », in *M. Augé et C. Herzlich (dir), le sens du mal*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, Paris.
- Rosny, É., de, 1996, « La résistance des rites traditionnels dans l'Afrique moderne » in *Théologiques*, Vol. 4, N°1.
- Scheper-Hughes et Lock, 1987, « *The Mindfull Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology* », in *Medical Anthropology, Quarterly*, vol. 1 et 6.
- Scovel Shinn, F., 2002, *Le jeu de la vie et comment le jouer*, Éd. Astra, Paris.
- Singleton, M., 2016, « Le pillage identitaire de l'Afrique » in *Cahiers Interdisciplinaires des religions*, Vol. I, N°1.
- Sow, I., 1977, *Psychiatrie dynamique Africaine*, Payot, Paris.
- Staner et Boutique, 1937, *Matériaux pour l'étude des Plantes médicinales indigènes du Congo - Belge*, Bruxelles.
- Tonda, J., 1994, *L'impérialisme postcolonial. Critique de la société des éblouissements*, Éditions Karthala.
- Van Wing, J., 1938, *Etudes bakongo II, religion et magie, Mémoire*, Institut Royal Colonial Belge, Bruxelles.
- Vernette, J., 1976, *Sectes et réveil religieux*, Mulhouse, Salvator.
- Vernette, J., 1994, *Sectes : Que dire ? Que faire ?* Mulhouse, Salvator.
- Vernette, J., 1997, *Les Sectes*, P.U.F., Paris.

Vidal, D., 1968, Bronislaw Malinowski, *Une théorie scientifique de la culture*, in *Sociologie du travail*, 10^e année, n°4.

Woodrow, A., 1976, *Les nouvelles sectes*, Seuil, Paris.