

INTRODUCTION

Lors des moments critiques du cycle de la vie, tels que la naissance, la mort, ou encore les grandes souffrances corporelles ou mentales, l'interaction entre le médical et le religieux est « universelle dans toute l'histoire connue ». C'est du moins ce qu'observent Hinnells & Porter (1999 : XI) dans l'introduction au volume collectif *Religion, Health and Suffering*. Cependant, ces auteurs font également état de l'étonnante lacune dont souffrent les recherches et les publications portant sur les formes de cette interaction dans les différents contextes historiques et régionaux. Dix ans plus tard, ce champ situé aux confins du religieux et du médical n'a pas, semble-t-il, encore reçu l'attention qu'il méritait. Bien que les études dans les domaines du médical et du religieux se soient multipliées et croisées au fil des deux dernières décennies, l'effort d'analyse et d'interprétation a rarement porté sur leur chevauchement.

Le monde indien offre un foisonnement de matériaux faisant appel à une réflexion sur l'articulation des représentations religieuses et des idées médicales, ainsi que des pratiques qui les accompagnent. Les savoirs sur les corps sont répartis entre plusieurs champs de connaissance – les médecines, le yoga, le tantrisme, l'astrologie, l'alchimie, etc. – où les observations empiriques côtoient des spéculations d'ordre philosophique, métaphysique, cosmologique, rituel ou dévotionnel (Bouillier & Tarabout, eds., 2002 ; Ciurtin, ed., 2004). La variété des techniques de soin développées en Inde au cours des siècles forme une classe plurielle de savoirs et de pratiques dans laquelle il est difficile de distinguer nettement entre le religieux et le médical. Un exemple significatif à ce propos est celui des traités classiques de l'Āyurveda qui, tout en exposant une théorie médicale empirique et rationnelle, revendiquent une origine divine et révélée, et définissent la théorie ayurvédique comme un « membre annexe » (*upaṅga*) de l'Atharvaveda ou comme un « veda annexe » (*upaveda*) du Ṛgveda. De même, dans la littérature védique, on constate que le *soma* est à la fois la liqueur du sacrifice et le roi des plantes, et c'est à lui qu'est adressé l'*oṣadhīstuti*, la « louange

des simples» (RV., X, 97), attribuée à Bhiaj, le «Guérisseur» (Filliozat [1949] 1975 : 35). Plante médicinale divinisée en raison de ses vertus thérapeutiques, ou, au contraire, substance sacrificielle à laquelle on attribue des vertus de guérison en raison de son usage religieux, le *soma*, au sein des représentations collectives, fournit l'un des premiers exemples d'articulation entre discours religieux et discours médical que ce volume se propose d'explorer.

Loin de vouloir accréditer ici le regard orientaliste ou les aspirations New Age à une Inde mystique, spirituelle et holiste dans laquelle les soins du corps se fonderaient sans solution de continuité avec les sentiments dévotionnels et l'harmonie du cosmos, notre propos est de montrer la variété de questionnements conceptuels, historiques et anthropologiques que le sous-continent indien soulève à propos du rapport que le religieux entretient avec le médical. Le régime de pluralisme tant médical que religieux qui caractérise l'Inde à différentes époques et selon la géographie a donné forme à une gamme modulée de praticiens et d'institutions prenant en charge la douleur et la souffrance sous des approches variées et syncrétiques qui demandent à être analysées. Les études ici réunies présentent différentes formes de chevauchement entre les champs du religieux et du médical considérés dans leur contexte historique, social et culturel. Les matériaux utilisés par les auteurs incluent des sources littéraires, des archives missionnaires, ainsi que plusieurs types de données ethnographiques – récits de rêves, témoignages d'*ex-voto*, pratiques rituelles, séances de possession, consultations astrologiques, etc. Multiples sont également les types d'approche analytique selon lesquels la problématique a été abordée, certains auteurs s'intéressant aux aspects religieux de la théorie et de la pratique médicale, d'autres examinant les aspects thérapeutiques des pratiques rituelles ou dévotionnelles, et d'autres encore considérant les interactions entre le médical et le religieux comme un prisme au travers duquel apparaîtrait la complexité des rapports sociaux.

AU-DELÀ DES DÉCOUPAGES

L'étude des articulations entre les champs du médical et du religieux, en Inde comme ailleurs, ne saurait faire abstraction, sous l'angle épistémologique, de la fracture qui s'installe, à partir de l'époque moderne, entre la médecine comme système de pensée empirique, objectif et sécularisé d'une part, et la religion comme ensemble de valeurs subjectives, doctrinales et morales d'autre part (Foucault 1963 ; Good 1996). Si la séparation entre théorie médicale et idées religieuses est déjà postulée à l'époque hippocratique, ce n'est qu'avec l'institutionnalisation de la biomédecine en tant qu'émanation directe et appliquée de la rationalité scientifique que le médical s'impose comme champ de savoirs et de pratiques autonomes et incommensurables par rapport au religieux. À partir du

XX^e siècle, la biomédecine s'affirme non seulement en tant que savoir émancipé du religieux, mais vise à prendre le pas sur l'autorité religieuse dans son pouvoir de contrôle sur les vies humaines.

Tout en reconnaissant l'importance que revêt l'opposition, aujourd'hui revendiquée, entre médecine et religion, ce volume n'entend pas marquer une dichotomie entre un Occident « scientifique » et matérialiste et un Orient spirituel et mystique où il n'y aurait pas de distinction entre pratiques religieuses et médicales. De toute Antiquité se sont tissés des échanges mutuels entre les doctrines savantes des différentes civilisations de l'Europe et de l'Asie, plus encore depuis l'époque coloniale, où les sciences modernes et la médecine ont été au cœur de la construction des États modernes dont l'Inde, d'abord coloniale puis nation indépendante ensuite.

Dans les dernières décennies, de nombreuses études ont mis en évidence les mécanismes à travers lesquels l'entreprise coloniale a marginalisé les savoirs indigènes, appréhendés comme irrationnels et dénués de tout fondement empirique, et ont montré le rôle central joué par la science et la biomédecine en tant qu'instrument du pouvoir colonial et en tant que langage à travers lequel l'identité nationale indienne s'est édiflée¹. D'après certains auteurs d'ailleurs, le processus d'affirmation et de constitution de la science moderne n'est pas un acquis indépendant et intrinsèque des nations européennes, mais le résultat d'un processus d'interaction et d'échanges mutuels, bien qu'asymétriques, entre les nations colonisatrices européennes et les pays assujettis. Les sciences et la médecine ne seraient donc pas des savoirs « occidentaux » imposés dans les colonies, mais plutôt le produit d'une circulation des savoirs au sein d'une formation impériale (Alavi 2007 ; Raj 2006 ; Habib & Raina, eds., 2007).

Si, d'une part, la science moderne et la biomédecine font aujourd'hui partie intégrante de l'histoire et de l'identité nationale indienne, de l'autre, afin d'éviter le piège orientaliste de l'exotisation des matériaux présentés, il est peut-être utile de rappeler, même de manière lapidaire, que l'interpénétration du religieux et du médical est loin d'être absente de l'histoire européenne. Les zones de contact, de superposition et de fusion entre les domaines du religieux et du médical jouent un rôle fondamental dans l'histoire des sociétés occidentales. Les langues, en premier, attestent le lien essentiel entre les deux domaines. Ainsi, le mot latin *salus*, désignant l'intégrité et la conservation de soi, aboutit dans le champ sémantique du religieux en français – au mot « salut » –, et dans celui du médical en italien et en espagnol, *salute* et *salud* signifiant santé. De même, le mot de l'ancien anglais *hal*, (intègre, intact), donne à la fois *holy* (sacré) et *healthy* (en bonne santé). Le terme « thérapeute », du grec *θεραπευτης*, désignait à l'origine le serviteur, adorateur d'un dieu, celui qui est préposé à un sanctuaire, ainsi que la personne qui soigne les malades (notamment les pèlerins se rendant au

sanctuaire). L'interpénétration du religieux et du médical marque toute l'histoire de la chrétienté, le Christ étant le premier des guérisseurs et les évangiles rapportant à maintes reprises les guérisons miraculeuses de Jésus : « Allez... rapportez... ce que vous avez vu et entendu : les aveugles voient, les boiteux marchent, les lépreux sont purifiés, les sourds entendent, et les morts ressuscitent. » (Luc 7 : 22). La figure du Christ est représentée, comme le montre Grmek (ed., 1995), en tant que médecin non seulement du corps, mais aussi de l'âme. Ainsi, les soins du corps que l'Église dispense aux pauvres et aux infirmes à partir du Moyen Âge, à travers les hôpitaux, les hospices et les dispensaires, s'accompagnent d'une véritable pharmacopée de l'âme dont l'hostie est le premier médicament (Rawcliffe 1999 ; Henderson 2006). À partir de cette période, guérison et rédemption, cure du corps et restauration de l'âme sont au cœur du programme de l'Église ainsi que d'un ensemble de pratiques dévotionnelles accomplies par les fidèles catholiques, telles que l'invocation des saints, le culte des reliques, les pèlerinages ou les prières propitiatoires.

Le processus d'émancipation de la biomédecine de toute référence au religieux et la sécularisation des structures de soin ont fortement réduit, à partir de l'époque moderne, les domaines de superposition entre le médical et le religieux, la Santé publique et l'Église se répartissant respectivement, non sans conflit, les cures du corps et celles de l'âme. Toutefois, malgré cette séparation, pratiques religieuses et médicales ont continué à s'influencer mutuellement, de manière plus au moins subreptice. La récente étude de Guillemain (2006) sur le traitement de la maladie mentale en France (1830-1939) montre par exemple comment les méthodes thérapeutiques utilisées par les aliénistes dans les asiles publics et laïcs au XIX^e siècle, de même que le traitement psychiatrique de l'hystérie au début du XX^e siècle, étaient fortement influencés par la « direction de conscience » chrétienne.

En outre, de nouvelles formes religieuses et thérapeutiques en vogue au XX^e siècle en Europe et aux États-Unis remettent en question le hiatus qui sépare les domaines du médical et du religieux. Les mouvements de renouveau religieux au sein du catholicisme – tels que le renouveau charismatique ou le pentecôtisme (Csordas 2002) – ainsi que les nouvelles « religions de guérison » – antoinisme, science chrétienne, scientologie, initiation à la vie (Dericquebourg 2001) – sont l'expression d'une réappropriation explicite de la dimension thérapeutique par des groupes religieux. Au sein de ces mouvements, les pratiques de guérison, de prévention et d'amélioration du bien-être physique et psychique du croyant occupent une place prioritaire dans l'horizon des pratiques dévotionnelles. La popularité dont jouissent en Occident le bouddhisme sous ses différents courants et les mouvements religieux s'inspirant de *gurus* indiens tels que Rajneesh, Maharishi Mahesh Yogi ou Satya Sai Baba, est également l'expression d'un regain d'intérêt pour des formes religieuses susceptibles d'accroître le bien-être de la personne grâce à des techniques psychocorporelles.

L'engouement pour les médecines « douces », « parallèles » ou « alternatives », dont l'approche est définie comme « holiste », par opposition au dualisme matérialiste attribué à la biomédecine, signale un rapprochement entre le médical et le religieux. Depuis les années 1970, les médecines d'origine asiatique, telles que la médecine ayurvédique, chinoise ou tibétaine, ont été intégrées, sous une forme plus ou moins institutionnelle, au sein de l'univers thérapeutique occidental. Délocalisées par rapport à leur contexte d'origine et à la tradition savante dont elles découlent, ces médecines deviennent souvent, comme l'observe Francis Zimmermann (1995 : 86), des « marchandises ethniques bonnes à consommer ». Elles sont réinterprétées et reformulées à la lumière non seulement de l'orthodoxie biomédicale, mais aussi de la culture religieuse à laquelle appartiennent la plupart des consommateurs qui cherchent dans ces traditions autant des soins du corps que des vocations spirituelles. Ainsi, comme le montre l'étude de Reddy (2002) sur la transplantation de la médecine ayurvédique aux États-Unis, le profil du consommateur américain, majoritairement d'origine non asiatique et sympathisant des religions orientales et du mouvement New Age, encourage l'inclusion d'une pratique religieuse comme la méditation au sein du système ayurvédique, bien que cela ne fasse pas partie de la théorie médicale codifiée dans les traités sanskrits. Les médecines indiennes transplantées en Occident subissent souvent des déformations idéologiques qui en font des savoirs holistes, pacifiques, spirituels et écologiques (Zimmermann 1992 ; Langford 1995).

LA SOUFFRANCE AU CARREFOUR DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE ET RELIGIEUSE

L'étude des représentations de la souffrance et des moyens pour l'apaiser est un point focal où se croisent les regards de l'anthropologie médicale et religieuse. Depuis Kleinman (1980), l'anthropologie médicale s'est attachée à étudier l'articulation entre la maladie faisant l'objet du savoir médical (*disease*) et la maladie vécue par le patient (*illness*), en tant qu'expérience culturellement construite dans la religion, la cosmologie et la moralité. Donner la parole aux malades, en particulier à ceux qui souffrent de douleurs chroniques, a ainsi orienté l'anthropologie médicale vers la sociolinguistique, les études de discours et des schémas narratifs (Kleinman 1988)². Une autre branche de l'anthropologie de la souffrance, qui mérite mention ici car elle partage de nombreux principes méthodologiques avec l'anthropologie médicale, concerne la souffrance sociale. Les traumatismes dus à la guerre, la violence, l'émigration forcée, l'injustice, la cruauté, ou la torture sont traités par de nombreux auteurs comme des « maladies ». (Kleinman, Das & Lock 1997 ; Das et al. 2000). Trouver la parole appropriée pour décrire la souffrance sociale, définie par Veena Das comme « perte d'intelligibilité », devient un instru-

ment provisoire de guérison. Sans doute peut-on dire avec Joyce Carol Oates que « l'usage de la langue est tout ce qu'on possède contre la mort et le silence », mais la résolution et la solution extrême de Primo Levi nous rappelleront les limites de la puissance thaumaturge de la parole.

La mise en récit de la douleur et de la souffrance s'articule par ce que Obeyesekere appelle le « travail de la culture » ou « le processus par lequel les affects et les motifs [...] sont transformés en une série de significations et symboles publiquement acceptés » (Obeyesekere 1985 : 147, 1990). Ainsi, les techniques de guérison des shamans, sorciers, et d'autres spécialistes médico-religieux sont basées sur l'interprétation normalisante de la maladie. Chaque culture possède un répertoire, plus ou moins riche, d'exposés de causes pathologiques. Pour la majorité des gens, surtout ceux ayant un accès restreint à la biomédecine, la possession par les *nāga*, *pīcācu*, *yakku*, *preta-bhūta* et les autres divinités ou esprits est probablement le premier moyen pour déterminer la cause d'une détresse psychologique partout en Asie du Sud (Assayag & Tarabout, eds., 1999 ; Carrin, ed., 1999 ; Nabokov 2000). L'efficacité du traitement administré, selon le psychanalyste Sudhir Kakar, dépend des attentes culturelles ; la guérison dans le temple (*temple healing*) présuppose ainsi que les patients (et les guérisseurs) partagent les valeurs communautaires selon lesquelles « s'abandonner à un pouvoir au-delà de l'individu vaut mieux que la lutte et l'effort individuels » (Kakar 2001 : 140).

Kakar propose un autre argument d'ordre ethnopsychiatrique pour expliquer pourquoi les guérisseurs indiens – *astrologues*, *herbalistes*, *devins*, *sorciers*, *shamans*, *exorcistes*, etc. – partagent entre eux certaines valeurs, dans la manipulation du sacré, qui les différencie des psychothérapeutes occidentaux. « Pour beaucoup d'Indiens le *polis* [c.-à-d. l'être social] est constitué non seulement des membres vivants de la famille et de la communauté, mais aussi des esprits ancestraux – les *pitri* – et d'autres esprits peuplant le cosmos indien » (Kakar 1982 : 4). La spécificité de ces esprits est le lien constant qu'ils établissent entre le monde des dieux et le monde terrestre. Leurs actions, décrites souvent comme une « descente » ou la « saisie », peuvent être avantageuses ou néfastes pour les humains et leur environnement³. En privilégiant un modèle biomédical, la psychiatrie et la psychologie ont défini les phénomènes de possession, d'extase ou de transe comme des troubles mentaux et d'« état de conscience modifié » sans se poser la question de leur origine et de leur contexte socioculturel (Tarabout 1999b : 11-12). Dans l'approche biomédicale, l'étiologie démonique est supplantée par des syndromes de dysfonctionnement du corps. Toutefois, s'il s'agit bien d'état de désordre, de détresse et de souffrance, la possession contient également un important répertoire de recettes et de techniques thérapeutiques, comme le montrent les articles du volume 21 de la collection « *Puruṣārtha* » sur la possession en Asie du Sud (Assayag & Tarabout, eds., 1999).

Pour l'anthropologie médicale, une autre perspective méthodologique qui s'est avérée féconde est la réflexion sur les systèmes d'interprétation et les étiologies de la maladie (Augé & Herzlich 1984 ; Claus 1984 ; Trawick 1984). La sorcellerie et la possession, comme le concept savant de *karma*, font partie du « schemata » ou des « scripts », c'est-à-dire du répertoire du savoir social applicable dans les situations quotidiennes d'affliction ou de maladie (Nuckolls 1991). Dans une démarche similaire, Mark Nichter montre comment les habitants de la région du Tuḷunadu, affectés par la maladie de la forêt de Kyasanur, avaient mobilisé de multiples cadres de référence pour en expliquer la cause, l'une étant par exemple l'attaque d'esprits (*bhūta*) enragés par la déforestation. Dans la cosmologie Tuḷuva, les *bhūta* jouent le rôle des dieux patrons des lignages et protègent l'équilibre entre la société et l'écologie (la nature), d'où la perception de cette maladie vectorielle comme punition divine (Nichter 1992).

Depuis le XVI^e siècle, les missionnaires catholiques et protestants avaient assidûment essayé de stigmatiser comme « démoniaques » toutes les formes de « conscience modifiée » ou les rituels extatiques et guérisseurs qui n'étaient pas sanctionnés par les autorités de l'Église. Plutôt que la simple destruction, la politique des missionnaires catholiques prônait la substitution de la possession et des cultes de guérison par la pharmacopée et la technique spirituelle chrétienne. Comme l'article d'Ines G. Županov le montre, la pratique de possession avait été adoptée et « accommodée » dans les rites catholiques d'exorcisme. La démonologie fut ensuite dénoncée et proscrite par les disciplines issues de la rationalité des Lumières. Deux perspectives d'analyse de ces phénomènes s'imposèrent, l'une faisant appel à des interprétations psychologiques, l'autre renvoyant aux catégories de superstition, de magie, et de sorcellerie, phénomènes considérés comme produits de l'imagination primitive. Ces catégories héritées de l'époque coloniale n'ont guère cessé d'être utilisées dans les manuels de folklore après l'Inde indépendante, comme en témoigne l'*Anthropological Survey of India* (Assayag 1996).

Cette perspective à la fois positiviste et réductrice sera définitivement éclipsée dans les années 1980 par les travaux des anthropologues qui se déclarent à l'écoute des expériences subjectives de leurs « objets » de recherche. La parole est donnée aux « malades » pour qu'ils articulent leurs propres récits de vie (ou anamnèses) et retrouvent ainsi le propre idiome de leur détresse. La tension entre les institutions et la personne, dans sa fonction alimentatrice d'un symbolisme social et personnel, est au cœur des travaux de référence pour la construction d'un champ médico-religieux en Asie du Sud. C'est dans les deux livres de Gananath Obeyesekere, *Medusa's Hair* (1981) et *The Cult of the Goddess Pattini* (1984), que cette tension sert de base pour la construction des idiomes culturels par lesquels les individus construisent leurs mondes symboliques. Sans entrer dans un débat sur l'approche

d'Obeyesekere, qualifiée d'ethnopsychologue par M. Lambeck (1985), ce qui retient notre attention dans les carrières ascétiques qu'il retrace dans *Medusa's Hair* réside dans son refus d'opposer et de hiérarchiser les niveaux d'analyse accordés aux traits pathologiques (psychose) et à la symbolique religieuse. Même si l'aspect religieux est beaucoup moins exploré par l'auteur que les profondeurs du conscient et de l'inconscient, il ouvre une piste intéressante : la guérison est vue comme une re-création continue des symboles religieux. Dans sa fresque historique et dans l'analyse du culte de Pattini, une déesse vénérée dans un rituel thaumaturge, Obeyesekere montre bien le lien étroit existant entre l'imagination et la culture déployée dans les pratiques symboliques. Ainsi, le chemin conduisant à la recherche de l'intelligible religieux n'est que celui qu'on emprunte pour fuir le traumatisme. À l'origine du religieux se trouve une déchirure pathologique subie par le corps – Pattini coupe son sein pour punir son ennemi –, que le rituel et la mythologie transforment en source de puissance.

L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE : UN RAPPORT AMBIVALENT AU RELIGIEUX

L'histoire de la médecine et de la maladie en Asie du Sud est devenue depuis vingt ans un champ en pleine effervescence (Pati & Harrison, eds., 2001). Ce nouvel élan des recherches tient avant tout aux transformations opérées au sein de l'historiographie de l'aire sud-asiatique :

- I) la réorientation d'inspiration foucaldienne et saïdienne, la « critique post-coloniale de la raison » et leur dénonciation de l'imbrication hégémonique entre savoir et pouvoir colonial (Chakrabarty 2000 ; Prakash 1999) ;
- II) l'innovation méthodologique émanant d'une démarche sociolinguistique qui considère que toute recherche en histoire doit prendre au sérieux le langage, le discours et la rhétorique (Guha 1983 ; Narayana Rao, Shulman, Subrahmanyam 2001) ;
- III) le désenclavement disciplinaire entre l'indologie classique et d'autres disciplines connexes de l'histoire (Pollock, ed., 2003).

De ce fait, un des premiers buts des historiens de la médecine « coloniale » en Asie du Sud depuis les années 1980 a été d'explorer les aspects culturels et sociaux pour comprendre l'influence durable de la médecine importée d'Europe et la disjonction épistémique qu'elle a opérée avec le passé. Deux voies sont privilégiées : la première est celle de l'histoire sociale de la maladie dans le contexte de l'histoire de l'environnement (Arnold 1993, 2000). Avant même l'essor du colonialisme britannique, l'Asie du Sud fut présente dans l'imaginaire européen comme un terrain fertile des maladies virulentes (Correia 1941 ; Županov 2005). L'environnement tropical devint ensuite une métaphore de la pathogénèse asia-

tique, ouvrant ainsi les portes aux théories racistes. Les monstres de l'époque médiévale – cynocéphales, sciapodes, etc. – ainsi que les démons chrétiens font une réapparition dans les manuels de santé publique de l'époque coloniale en tant que pathologies endémiques ou liées à des pratiques d'hygiène tenues pour aberrantes (Park & Daston 1981 : 23). Les stéréotypes orientalistes se transformèrent alors en figures métonymiques des régions (Greenough 2003 ; Appadurai 1986).

La seconde démarche découle de la première, néanmoins ce n'est plus la maladie que l'on trouve au centre de l'étude, mais plutôt la médecine coloniale en tant qu'« outil du colonialisme » du fait de sa complicité avec les idéologies de l'impérialisme ainsi que dans son rapport avec les pratiques médicales indigènes. À la différence des autres « sciences », l'introduction de la biomédecine supposait l'intervention directe du gouvernement colonial dans l'environnement et la culture indienne. Les études sur la politique médicale et sanitaire britannique se sont multipliées, ainsi que les travaux sur les formes de résistance locale (Pati & Harrison, eds., 2001 ; Kumar, ed., 2001 ; Arnold 1993). Elles correspondent à un terrain très disputé parmi les historiens : les points de désaccord sont nombreux et ont souvent débouché sur la sphère idéologique en raison de la centralité accordée à la question du pouvoir colonial. D'après certains historiens, le gouvernement colonial serait ainsi intervenu de manière excessive lors des épidémies en utilisant des mesures draconiennes contre la population locale, alors qu'en réalité les interventions visaient essentiellement à sauvegarder les intérêts de l'État et de ses agents et soldats. Ainsi, l'argument souvent utilisé par « l'école britannique » de l'histoire de la médecine était que les communautés ou les municipalités locales résistaient aux efforts d'hygiène publique initiés par le gouvernement colonial (Pati & Harrison, eds., 2001 : 4-5). Au contraire, d'après la thèse « nationaliste », toutes les initiatives locales pour améliorer les conditions sanitaires avaient été rejetées par le gouvernement colonial (Ramasubban 1988). Enfin, la complexité de la situation est évoquée dans les études fines sur une région ou une municipalité donnée, comme il en va par exemple de la vaccination contre la variole ou de la question sanitaire dans les lieux de pèlerinage, dans lesquelles on peut discerner la diversité des stratégies coloniales ainsi que celles de l'opposition locale (Bhattacharya 2001 ; Kamat 2001).

D'après certains travaux, c'est précisément l'emprise de la biomédecine sur le corps et l'esprit des Indiens, dans sa configuration coloniale, monopolistique et régulatrice qui stimula les idéologies nationalistes (Arnold 1993). Ainsi, les mouvements de gauche et les nationalistes « modernisants » utilisaient la biomédecine et la sanitarisation comme « un bâton pour frapper les Britanniques », le niveau élevé de maladie dans le sous-continent leur servant d'« indicateur de la négligence impériale » (Pati & Harrison, eds., 2001 : 19).

L'aspect politique est le fil conducteur qui réunit les études récentes sur la médecine à l'époque précoloniale, domaine autrefois réservé aux sanskritistes, aux philologues et aux philosophes, et celles consacrées à la médecine coloniale. La difficulté à établir le dialogue entre indologues et historiens des sciences reste clairement perceptible à la lecture d'un recueil pionnier d'histoire de la médecine, *Studies in Indian Medical History* (Meulenbled & Wujastyk, eds., 1987). Les textes rassemblés dans la partie « tradition classique » de l'ouvrage n'offrent guère de passerelles méthodologiques ou problématiques vers ceux de la partie « moderne ». Cela tient tout autant au fait de l'hétérogénéité des contributions qu'à l'écart creusé par l'épistémologie dominante d'alors, opposant la biomédecine tenue pour « science » aux « pratiques culturelles » et non scientifiques représentées par les médecines traditionnelles.

Des pistes pour une exploration du religieux dans le médical, et du médical dans le religieux, ont été inspirées par l'approche méthodologique des *Subaltern Studies* visant à reconstruire la voix des acteurs colonisés, étouffée ou contrefaite dans les documents impériaux (Guha 1983). Une œuvre déjà classique de cette école « subalterniste » est l'ouvrage de Hardiman, *The Coming of the Devī* (1987), qui n'appartient pas formellement à l'histoire de la médecine. Néanmoins, dans son analyse historique « par le bas » (*history from below*), l'auteur montre magistralement comment un rite de propitiation de la déesse Sītālādevī, traditionnellement tenue pour responsable de l'épidémie de variole, s'est métamorphosé en mouvement politique de réforme des *Ādivāsī*, « the Devī movement ». Cette contestation tribale tissa par la suite des rapports étroits avec le mouvement nationaliste.

L'importance du médical dans le champ religieux est immédiatement visible dans les travaux d'historiens consacrés à la conversion religieuse et aux missions chrétiennes en Inde. Les missionnaires avaient toujours considéré qu'en déployant leur pouvoir de guérison, ils démontreraient la supériorité de leur foi. Rosemary Fitzgerald montre également que les missions protestantes du XIX^e siècle ont en fin de compte moins réussi à convertir les Indiens au christianisme qu'à la biomédecine, grâce à leur « clinical Christianity » (Fitzgerald 2001 ; Basu 2001). Même si les « missions médicales » n'ont pas démontré leur efficacité dans les conversions en masse, elles ont été le champ de rencontre, de contestation et d'accommodation religieuse. L'article d'I. G. Županov, ce volume, relate ainsi les enjeux socioculturels des stratégies de guérison catholiques du XVI^e au XVIII^e siècle.

En dépit des études sur les théories médicales savantes et sur la rencontre entre médecine coloniale et thérapies locales (intégrées à la matrice culturelle, sociale et cosmologique), les aspects religieux ont rarement été abordés dans les dernières décennies, ce qui constitue une véritable lacune. En se donnant pour tâche de décrire la logique de développement et d'efficacité d'une « science »

exacte comme la biomédecine à l'époque coloniale, ainsi que ses implications idéologiques, les historiens ont souvent omis d'en considérer la dimension religieuse. En revanche, ceux qui défendent les pratiques médicales locales ainsi que ceux qui se méfient du scientisme occidental, comme le fait par exemple Ashish Nandy, évitent souvent d'utiliser le terme « religieux » au profit de « psychologique » et « culturel » (Nandy 1980 : 2). Sans vouloir minimiser l'importance des facteurs sociaux et politiques que les pratiques médicales sous-tendent, ce volume se propose de réintégrer le religieux au sein du médical pour montrer l'importance du rôle idéologique qu'il revêt dans les démarches thérapeutiques.

LE RELIGIEUX DANS LE MÉDICAL

L'abondance de sources que nous offre l'Inde – à la fois textuelles, historiques et ethnographiques – où le médical et le religieux se croisent et interagissent ne facilite pas pour autant la tâche analytique que ce volume se propose d'accomplir. Bien au contraire, la porosité des frontières entre ces domaines nous oblige à questionner les outils mêmes de notre enquête. Si l'objectif est de focaliser l'attention sur les recoupements entre soins et cultes, remèdes et rituels, thérapeutes et officiants, le risque encouru serait de dissoudre et confondre les deux domaines, en traitant tout acte thérapeutique de religieux, et tout acte religieux de thérapeutique. Ce gommage ferait disparaître la raison d'être de cet ouvrage, qui consiste à étudier les articulations, les jointures, et parfois les frictions entre le médical et le religieux. Une définition des termes « médecine » et « religion » ne rentre toutefois pas dans le propos de ce volume. La notion abstraite de « religion », comme l'ont montré Asad (1993) et Van der Veer (2001), est une construction conceptuelle récente liée à l'émergence des États modernes et à l'expansion européenne, et n'a pas d'équivalent dans la plupart des langues indiennes. De même, la notion moderne de « médecine » rend difficilement compte de l'hétérogénéité des savoirs préventifs, diagnostiques et thérapeutiques que l'on rencontre dans le monde indien⁴. Les contributions ici réunies, en accordant une importance majeure aux concepts et aux terminologies locales, ne s'attachent pas à donner une définition univoque du religieux et du médical. Elles explorent de vastes champs sémantiques aux frontières fluides, incluant des représentations cosmologiques, magiques, rituelles et divines pour ce qui relève du religieux, et des idées et des pratiques contribuant à la santé et au bien-être de la personne pour ce qui est du médical.

La question des frontières qui séparent le médical du religieux est au cœur de la contribution de Martha Ann Selby, qui étudie le discours sur la conception et la gestation dans les traités ayurvédiques classiques de la *Caraka Saṃhitā* et de la *Suśruta Saṃhitā*. Plusieurs historiens de la médecine ont souligné le

changement épistémologique radical qui s'opère entre la médecine « magico-religieuse » de la littérature védique, notamment de l'Atharvaveda, et la théorie « empirico-rationnelle » de la doctrine ayurvédique classique (Filliozat [1949] 1975 ; Thite 1982 ; Zysk 1991, 1996). Ces travaux soulignent davantage la discontinuité des « paradigmes », au sens de Kuhn, de modèles incommensurables de connaissance : si la médecine védique attribue l'origine des maladies à des êtres démoniaques qui attaquent les êtres humains et associe la guérison à l'intervention divine et à l'efficacité des rituels, la théorie ayurvédique établit une étiologie physiologique et naturaliste fondée sur la rupture de l'équilibre humoral et prescrit principalement des remèdes d'origine végétale. D'autres études se sont en revanche intéressées aux éléments de continuité entre les deux médecines, en mettant en évidence les aspects magico-religieux qui perdurent dans la doctrine ayurvédique classique, au plan de l'étiologie comme de la thérapeutique, notamment dans les sections concernant la grossesse et l'accouchement, les maladies infantiles et les troubles psychiques (Roşu 1986 ; Smith 2006 ; Wujastyk 1998). L'article de M. A. Selby, plutôt que de se focaliser sur l'opposition entre médecine magique et rationnelle, montre la variété de registres, à la fois médicaux, philosophiques, cosmologiques et rituels, qui interviennent pour structurer la réflexion ayurvédique sur la gestation. À travers l'analyse des narrations obstétriques, M. A. Selby s'attache à montrer le rôle central des catégories philosophiques, et notamment celles de la philosophie *samkhya*, permettant de relier observations empiriques et prescriptions rituelles, déductions logiques et langage homologique, mondes visible et invisible. Autrement dit, son étude met en évidence comment la philosophie *samkhya* joue, au sein de la théorie ayurvédique, un rôle fondamental de médiation entre discours médical et expression religieuse, deux langages qui apparaîtraient autrement comme contradictoires.

Dans un tout autre contexte temporel, géographique, religieux et médical, le cas du praticien musulman de médecine tibétaine au Ladakh que nous présente Laurent Pordié soulève également des interrogations à propos des frontières qui séparent le médical du religieux. Tout en étant exceptionnel par sa rareté, l'exemple ethnographique analysé par L. Pordié est paradigmatique en ce qu'il permet de s'interroger sur la valeur essentielle ou, au contraire, accessoire, du lien qui unit savoir médical et tradition religieuse. On sait que les théories médicales naissent et prennent forme dans des contextes sociaux et historiques particuliers et sont empreintes, dans une certaine mesure, d'idées religieuses. C'est pourquoi la médecine ayurvédique est souvent définie comme étant « hindoue », la médecine *yūnānī* « islamique », et la médecine tibétaine « bouddhiste ». Ces associations entre traditions médicales et religieuses ont fait l'objet d'instrumentalisations de la part de mouvements nationalistes, revivalistes et communalistes, au XIX^e et au XX^e siècle (Attewell 2007 ; Leslie 1976 ; Prakash 1999 ; Sivaramakrishnan 2006).

La question qui se pose est alors de savoir de quelle nature est le lien entre une théorie médicale et la matrice religieuse qui l'imprègne. S'agit-il d'un lien contingent et contextuel, ou plutôt d'un lien intrinsèque et nécessaire ? Peut-on pratiquer ces médecines sans adhérer aux idées et aux valeurs religieuses qui ont marqué leur genèse ? L'histoire de l'Inde nous offre maints exemples de syncrétismes médico-religieux, comme l'observe Leslie à propos de la période musulmane : « les hindous devinrent médecins Yūnanī sans se convertir à l'islam, tout comme les musulmans étaient médecins ayurvédiques » (Leslie 1976 : 356). L'exportation et la globalisation des médecines asiatiques à partir des années 1970 ouvrent également des pistes de réflexion concernant les formes d'hybridation entre savoirs médicaux et idées religieuses, les praticiens et les patients de ces médecines transplantées étant souvent d'une autre appartenance religieuse par rapport à la matrice religieuse de la médecine qu'ils mettent en pratique ou qu'ils recherchent (Alter, ed., 2005 ; Høg & Hsu, eds., 2002). L'étude de L. Pordié nous montre que la médecine tibétaine, tout en étant de matrice bouddhiste, peut être pratiquée par un médecin de religion musulmane, sans que la doctrine médicale ne soit compromise dans son essentiel. Autrement dit, la théorie médicale tibétaine ne doit pas nécessairement être accompagnée d'une pratique religieuse bouddhiste. La religion, dans les termes de L. Pordié, fournit des « paradigmes de soutien » qui aident à la mise en œuvre de la médecine tibétaine. Alors que les « paradigmes constitutifs » de la théorie médicale ne peuvent pas être modifiés, les paradigmes de soutien sont flexibles et peuvent varier selon les contextes. Dans le cas illustré, l'incompatibilité entre la théorie médicale tibétaine et l'identité religieuse musulmane du praticien ne semble donc pas relever des principes de la doctrine médicale, mais plutôt des conflits religieux et politiques qui marquent la région du Ladakh. La discrimination dont la famille du praticien musulman fait l'objet, à la fois de la part des villageois musulmans et d'autres praticiens bouddhistes, met en évidence la façon dont les tensions intercommunautaires rendent le greffage des pratiques religieuses musulmanes sur la théorie médicale tibétaine difficile, sinon impossible.

L'impact de la dimension religieuse sur la pratique médicale fait également l'objet de l'ethnographie des guérisseurs Tuḷu au Sud Canara que nous offre Marine Carrin, où la perméabilité des frontières entre le médical et le religieux est examinée à travers les biographies et les savoirs d'un groupe hétérogène de praticiens, incluant des médecins ayurvédiques de caste brahmane, des guérisseurs de la caste royale Buṅṅ, des praticiens intouchables Naḷke, des autochtones, et d'autres guérisseurs. D'après M. Carrin, l'identité professionnelle des guérisseurs Tuḷu se définit par opposition à celle des thérapeutes religieux : alors que les premiers privilégient l'observation empirique et soignent le corps, les deuxièmes, médiums et exorcistes, s'intéressent plutôt à l'identification des causes profondes

du mal et interagissent avec les agents surnaturels censés être responsables des maladies, tels que la Déesse ou les puissances *bhūta* (entités semi-divines). Si la guérison médicale opérée par les guérisseurs a pour but d'éliminer les symptômes pathologiques visibles sur le corps, la guérison religieuse vise à éradiquer les sources invisibles du mal. Malgré cette distinction au regard de l'identité professionnelle, l'étude de M. Carrin montre comment les représentations religieuses interviennent à plusieurs niveaux de la pratique médicale des guérisseurs. Ainsi, les puissances surnaturelles *bhūta* rentrent dans l'étiologie médicale concernant les rhumatismes, les fractures et les désordres nerveux car elles sont associées aux cinq éléments et à l'humeur du « vent » (*vāta*) de la théorie ayurvédique. Les systèmes étiologiques et taxinomiques élaborés par les guérisseurs Tuḷu, leurs méthodes d'acquisition des compétences et des pouvoirs thérapeutiques, les échanges de savoirs entre les différentes catégories de guérisseurs, font émerger un univers médico-religieux complexe où la pénétration d'éléments religieux au sein de la pratique médicale apparaît aussi bien chez les guérisseurs de haute caste que chez ceux de basse caste. Le religieux joue cependant un rôle nettement plus important chez les guérisseurs marginaux et de basse caste, leur pouvoir thérapeutique étant lié à la capacité de conjuguer des compétences anatomiques et botaniques avec la maîtrise de l'impureté et des puissances maléfiques.

TRADITIONS SAVANTES ET PRATIQUES LOCALES

Si les études mentionnées plus haut, tout en soulignant les aspects religieux, ont pour objet le domaine du médical, d'autres articles que nous verrons *infra* – tels ceux d'Isabelle Clark-Decès, William Sax, Brigitte Sébastia – s'intéressent plutôt aux pratiques religieuses considérées sous leurs aspects thérapeutiques. À mi-chemin entre ces deux approches se situent quelques travaux explorant des systèmes de pensée et des ensembles de pratiques liminaires, qui pourraient difficilement être définis comme étant proprement « religieux » ou « médicaux », mais dans lesquels on peut très clairement observer, précisément en raison de leur caractère hybride, l'articulation des discours religieux et médical. Il s'agit de l'oniologie et des rêves de guérison dont traite Fabrizio Speziale, de la magie apotropaïque (qui détourne le mal) et des amulettes examinées par David Gordon White, et de l'astrologie et des remèdes contre l'influence planétaire qu'analyse Caterina Guenzi. Ces trois études partagent une approche combinant l'observation des pratiques locales et l'analyse des sources textuelles, et mettent en évidence la perméabilité des frontières et l'interpénétration entre traditions savantes et pratiques dites « populaires ».

Dans son étude sur les rêves de guérison dans les sanctuaires soufis du Deccan, F. Speziale met en évidence de multiples niveaux d'interpénétration et de conver-

gence entre discours médical et religieux au sein de la tradition islamique et sunnite en particulier. Un premier niveau d'interpénétration est celui des soufis, les saints sunnites incarnant à la fois l'autorité spirituelle et le savoir médical, la faculté mystique et le pouvoir de guérison. L'interprétation des rêves constitue un deuxième niveau de convergence. En effet, l'oniologie fait aussi bien l'objet de la doctrine religieuse que de celle médicale et les rêves peuvent être reconsidérés comme un *topos* autour duquel s'articulent les deux savoirs. En tant qu'espace de liminalité entre la vie et la mort, entre le microcosme et le macrocosme, les songes sont, selon la doctrine coranique, un moyen de communication privilégié entre l'homme et la réalité divine et spirituelle. Les rêves « véridiques », inspirés par Dieu, sont une source première de la révélation et, en accord avec le modèle prophétique, ont une valeur initiatique. Du point de vue de la doctrine médicale, d'inspiration galénique, les songes relèvent en revanche de la sphère organique et indiquent le tempérament humoral du rêveur, bien que la valeur révélée de certains rêves et la transmission du savoir médical par voie onirique soient également reconnues au sein de la théorie médicale. Après avoir montré le recouvrement entre discours médical et religieux au sein de l'oniologie savante, l'étude de F. Speziale analyse les représentations de la guérison au niveau de l'oniologie populaire. À travers l'examen des narrations oniriques des patients s'adressant aux sanctuaires soufis, il fait émerger les analogies et isomorphismes entre le symbolisme de la guérison et celui de l'initiation religieuse. Chargées de thèmes thérapeutiques et chirurgicaux d'une part, et dévotionnels et rituels de l'autre, les narrations oniriques mettent en évidence de nombreuses passerelles et homologies entre les représentations religieuses et médicales.

La continuité entre idées médicales et religieuses, ainsi que les similitudes entre traditions savantes et pratiques « populaires » sont également au cœur de l'étude de D. G. White. À travers l'analyse d'une ample gamme de matériaux – incluant des rites apotropaïques liés à Bhairava, des mythes théogoniques, ainsi que des passages textuels tirés des traités tantriques, ayurvédiques, et atharvaniques – D. G. White tisse une vaste toile à travers laquelle on peut lire de manière évidente la continuité et les parallèles entre la tradition savante, brahmanique, orthodoxe – celle que depuis les travaux de Robert Redfield et Milton Singer on appelle la *Great Tradition* – et les traditions populaires, locales, hétérodoxes, tout en invalidant ainsi la fracture postulée par plusieurs générations d'orientalistes et d'indianistes entre ces deux traditions. L'usage de bracelets apotropaïques et d'amulettes de protection des enfants comme des adultes contre les attaques des démons ou de la sorcellerie, et que l'on considère généralement comme une pratique représentative de la « superstition » des basses castes, est en effet sanctionné non seulement dans les textes tantriques, mais dans les traités canoniques de l'Āyurveda, ainsi que dans la littérature atharvanique, c'est-à-dire dans des

textes qui relèvent de la tradition sanskrite brahmanique, voire même de la *śruti*, la Révélation, pour ce qui est de l'Atharvaveda. La démonologie et les pratiques apotropaïques définissent une zone privilégiée de contact et d'échange entre théories médicales, pratiques « populaires », et religion orthodoxe.

Une autre zone de contact privilégiée entre savoirs souvent considérés comme antinomiques est celle des représentations astrologiques, que C. Guenzi étudie à travers l'analyse des pratiques thérapeutiques suivies par les astrologues de Bénarès. Les planètes (*graha*) et l'influence planétaire, dans la littérature sanskrite tout comme dans le travail des astrologues tel qu'on l'observe de nos jours, font l'objet de représentations variées et hétérogènes, où les langages dévotionnel, scientifique, magique et astrologique se mélangent sans solution de continuité. Déjà, dans la littérature sanskrite, on observe que les *graha* ont un statut hétéroclite en ce qu'ils sont décrits tantôt comme des démons saisisseurs dans les traités ayurvédiques et tantriques, tantôt comme des corps astraux ou des éléments cosmologiques dans la littérature astronomique, astrologique et divinatoire, tantôt comme des divinités faisant l'objet de prescriptions rituelles, dévotionnelles et iconographiques, ainsi que de récits mythologiques, dans la littérature puranique. Les techniques thérapeutiques utilisées de nos jours par les astrologues de Bénarès afin de protéger leurs clients de la mauvaise influence planétaire font également émerger la diversité de statuts et de langages avec lesquels les planètes sont représentées. Selon les remèdes astrologiques prescrits – actes dévotionnels, pierres précieuses, amulettes ou prescriptions comportementales – les planètes sont envisagées respectivement en tant que divinités, corps astraux, puissances démoniaques ou éléments cosmologiques. L'analyse de C. Guenzi s'attache ainsi à montrer comment l'efficacité des remèdes telle qu'elle est conçue par les astrologues et leurs clients combine et concilie les cosmologies religieuse, biomédicale, magique et astrologique.

RITUELS DE RÉMISSION

L'un des concepts clé qui relie les sphères du médical et du religieux en Inde, notamment dans le monde hindou, est celui de *doṣa*, cette notion désignant à la fois les trois humeurs de la théorie ayurvédique – vent, bile et phlegme –, et une notion morale-religieuse négative que l'on traduit généralement par « faute/défaut ». Sans vouloir investiguer ici la genèse philologique de ce mot et son évolution sémantique (à ce propos, voir Scharfe 1999), nous évoquons la notion de *doṣa* en raison de la continuité qu'elle suggère entre les étiologies « empirico-rationnelles » de la théorie humorale ayurvédique et les étiologies morales-religieuses selon lesquelles les maladies et les souffrances sont dues à un mauvais comportement ou à un état des choses « défectueux ». Comme

plusieurs auteurs l'ont montré, dans la médecine ayurvédique la maladie n'est pas conçue seulement comme la rupture d'un équilibre interne entre les trois humeurs, mais aussi comme le résultat d'un déséquilibre entre les composantes psychosomatiques de la personne et son environnement naturel, climatique et social (Nichter 1981; Zimmermann 1982). De manière similaire, dans les étiologies religieuses, les souffrances sont souvent perçues comme la conséquence d'une rupture de l'harmonie entre la personne, son entourage familial ou social et les puissances cosmiques ou divines. Les états de détresse peuvent ainsi être attribués à la rage d'un dieu ou d'une puissance néfaste qui ont été offensés, comme dans le cas bien connu de la déesse Sītālā ou Māriyamman dispensant la variole (Apfell Marglin 1990; Nicholas 2003; Trawick 1984), ou comme dans le cas du *nagadoṣa*, la « faute/offense » commise à l'égard des esprits serpents, dont traite M. Carrin dans ce volume. En outre, de nombreuses études ont montré l'importance de la théorie du *karma* et des actes mauvais accomplis dans le passé en tant que systèmes étiologiques (Keyes & Daniel 1983; Nuckolls 1991; Wadley & Derr 1989; Nichter 1992). Toutes les étiologies ne remontent cependant pas à une transgression de l'ordre préétabli, les puissances surnaturelles pouvant aussi attaquer de manière indiscriminée ou en raison de la faiblesse psychophysique de la victime. Le terme *doṣa* peut dans certains cas désigner aussi une articulation cosmique défavorable se reflétant sur le corps de la personne, comme dans le cas des *grahadoṣa*, les « défauts planétaires » indiquant qu'une personne est victime d'une mauvaise configuration astrale (Guenzi, ce volume). De toute manière, il a été montré dans plusieurs travaux que, même là où un acte fautif a été accompli et identifié, ses conséquences ne retombent pas nécessairement sur l'individu responsable, mais elles peuvent affliger également son entourage familial, son village, ses descendants ou d'autres personnes vulnérables.

Lorsqu'un état de détresse, individuel ou collectif, est attribué à un acte mauvais, c'est souvent à travers l'accomplissement d'un rituel ou d'un acte dévotionnel que la faute peut être réparée. De la fonction réparatrice des rituels traitent précisément les contributions d'I. Clark-Decès et de W. Sax, ce volume. Dans son étude sur le rituel contre la sécheresse menée dans le district de Viluppuram, I. Clark-Decès observe que les habitants du village de Somatur attribuent cet état de calamité naturelle à l'accomplissement d'un acte mauvais et que cette étiologie est également répandue dans d'autres régions du Tamil Nadu. Le rituel de la *koṭumpāvi* met alors précisément en scène le responsable de la transgression, appelée l'« infâme personne » (*koṭumpāvi*), à travers la construction d'une effigie anthropomorphe féminine en terre cuite que l'on transporte dans les rues du village sur un chariot. L'interprétation de ce rituel en termes de « bouc émissaire », de victime arbitraire sur laquelle se canalise la violence collective, en accord avec la théorie du sacrifice de René Girard, ne semble toutefois pas

rendre compte de la signification et de la terminologie qui caractérisent ce rituel au Tamil Nadu. Le rituel de la *koṭumpāvi*, en effet, ne prévoit pas de mise à mort violente, et la majeure partie du rituel consiste plutôt en la préparation et la décoration de l'image. D'après l'analyse d'I. Clark-Decès, c'est le moment où la *koṭumpāvi* « ouvre les yeux », devient vivante, et meurt, qui doit être perçu comme central afin de comprendre le caractère réparateur de ce rite. L'ouverture des yeux est interprétée comme un acte qui éveille la conscience et la subjectivité morale chez le spectateur du rituel s'identifiant à la *koṭumpāvi*. Comme dans le cas de la sorcellerie, la sécheresse engendre une affliction dont le responsable est invisible, et ce n'est qu'à travers la « vision » de l'« infâme personne » représentée dans l'effigie, que la victime peut entreprendre un processus de guérison, même si c'est parfois à travers une prise de conscience douloureuse.

Si l'analyse d'I. Clark-Decès montre la façon dont un rituel célébré pour résoudre une affliction collective (la sécheresse) intervient au plan de la subjectivité individuelle, l'étude de W. Sax adopte une perspective complémentaire et montre comment un rituel célébré pour un individu donne forme à une thérapie collective et intervient au niveau des relations familiales. Son étude menée dans le district de Chamoli en Uttarakhand est centrée sur le culte de Bhairava sous la forme de Nāth Yogi. Dans cette région, Bhairava est connu en tant que « dieu de justice » qui punit ceux qui commettent des fautes et qui protège les victimes, notamment les gens de basse caste, les femmes et les pauvres subissant des injustices. Dans les cas ethnographiques illustrés par W. Sax, la « faute » qui cause l'affliction, identifiée à travers des séances oraculaires, est la rupture de l'équilibre et de l'unité familiale. Lorsque les membres d'une famille se disputent et se séparent, le plus souvent en raison d'un conflit d'intérêts, ils endurent toutes sortes de souffrances jusqu'à ce qu'un rituel de réparation permettant de rétablir la cohésion familiale soit célébré. Les rituels de réparation consacrés à Bhairava, accomplis par un guru et pouvant durer plusieurs jours, sanctionnent à tout moment l'importance de l'unité familiale, celle-ci étant à la fois la condition nécessaire pour la réussite du rituel, et la preuve de l'efficacité du rituel. Tout comme la cérémonie de l'« ouverture des yeux » marque l'entrée en jeu de la conscience subjective dans le rituel de la *koṭumpāvi* analysé par I. Clark-Decès, dans le rituel de Bhairava examiné par W. Sax, la phrase « je n'ai personne ! », prononcée par l'affligé, déclenche la mise en place d'une thérapie relationnelle.

STRATÉGIES DE GUÉRISON

Trois articles dans ce volume étudient les stratégies de guérison au sein des institutions catholiques, la perception de leur efficacité ainsi que leurs ramifications politiques et sociales. Les trois auteurs, une historienne et deux anthropologues,

partagent une même approche centrée autour des discours de guérison. En examinant la pénétration du christianisme dans l'Asie du Sud durant l'époque moderne (XVI^e-XVIII^e siècle), alors sous l'égide de l'Empire portugais, Ines G. Županov envisage la manière dont les actes de guérison sont employés par les missionnaires catholiques en tant que stratégie de conversion. La promesse de guérison fut tout d'abord un moyen efficace pour attirer les Indiens vers les lieux du culte catholique – église ou chapelle –, pour leur faire entendre la liturgie et l'Évangile. Les missionnaires se proposaient de jouer le rôle de guérisseurs afin de remplir ensuite leur rôle principal de « médecins de l'âme », à l'image du Christ. Pour accomplir cette dernière tâche d'une manière satisfaisante, ils étaient naturellement obligés d'apprendre les langues vernaculaires, ce qui les mena ensuite vers des pratiques d'accommodation aux différentes formes locales d'organisation religieuse, culturelle et politique. C'est néanmoins en ces moments de crise et de rupture représentés par la conversion religieuse qu'on entrevoit que les liens entre la médecine et la religion ne sont pas seulement extrêmement solides, mais intrinsèques aux yeux des patients.

La biomédecine dénie au contraire par avance ce type de liens, en dépit des convictions spirituelles privées des médecins. Comme le montre Matthias Frenz, ce volume, dont l'étude fait grand usage des *ex-voto* publiés dans le journal de la basilique catholique de Velankanni, pour les cas dits incurables, certains médecins recommandent aux patients des thérapies alternatives, y compris religieuses. Cela n'est par ailleurs aucunement une spécificité catholique : M. Carrin dans son article nous montre qu'au Sud Canara, il existe une collaboration instituée entre les guérisseurs Tuḷu et les médecins des hôpitaux locaux concernant les pratiques de massage dans les maladies osseuses, lesquelles n'excluent pas d'autres types d'invocation religieuse pratiquée par ces guérisseurs populaires. À la fin d'un parcours thérapeutique, quand la biomédecine échoue ou quand la famille du patient ne peut plus payer les soins hospitaliers, B. Sébastia décrit dans son article, ainsi que dans ses travaux antérieurs sur le sanctuaire catholique de Puliampatti, comment le recours à des cures religieuses (sorcellerie, exorcisme, possession, pèlerinage, etc.) s'impose (Sébastien 2007). Le religieux est donc au service du médical.

Pour les missionnaires catholiques du XVI^e au XVIII^e siècle et pour les missionnaires protestants du XIX^e et du XX^e siècle, la guérison était, au contraire, au service du religieux et du politique, avec le soutien des pouvoirs coloniaux européens⁵. Une fois le christianisme enraciné comme une religion parmi d'autres dans le paysage religieux de l'Inde, sa fonction thérapeutique n'a cessé de prendre de l'ampleur, notamment autour des lieux de culte après la fin de l'époque coloniale. Les pouvoirs guérisseurs attribués à un lieu ou aux agents surnaturels qui l'investissent ont fait couler de l'encre parmi les anthropologues

qui ont étudié les lieux des puissances divines en Asie du Sud (Tarabout 1999b : 22). L'occupation sociale des terroirs semble avoir toujours été représentée dans l'imaginaire populaire et dans plusieurs textes savants comme ayant à la base des substances homologues entre certains types d'êtres humains et certains types de sol (Daniel 1984). Les divinités régnaient de la même façon en des lieux avec lesquels elles entretenaient des liens privilégiés, voire magiques et « substantiels ». Le territoire ainsi délimité correspond souvent à une aire sacrée, attaché à un souverain divin et administré par une caste, un lignage ou un royaume.

Le sanctuaire de Velankanni étudié par Matthias Frenz est un lieu de puissance investi par une divinité catholique, la Vierge Marie, qui prospère précisément parce que ses pouvoirs sont perçus par les pèlerins comme émanant du lieu. Pour les chrétiens, les hindous et les musulmans qui fréquentent cette imposante basilique blanche sur le bord de la côte du Coromandel et dédiée à Notre Dame de la Santé, la Vierge Marie est une divinité indienne. De l'avis de ceux qui viennent chercher le soulagement de leurs souffrances – physiques, psychologiques, économiques ou sociales – et laissent les traces de leurs vœux dans les divers *ex-voto*, la Vierge Marie ressemble à s'y méprendre à la Déesse, en particulier de par ses qualités de divinité apotropaïque. Ces qualités ambiguës de guérisseuse et de divinité enragée menaçant les dévots ne sont pas acceptées par les administrateurs ecclésiastiques du sanctuaire qui veillent à maintenir la perception de la Vierge dans les limites de l'orthodoxie catholique – selon laquelle la mère du Christ est une personne divine bienveillante qui n'agit pas de son propre gré, mais se charge uniquement de l'intercession entre Dieu et les hommes. Dans l'article de M. Frenz, on découvre que les administrateurs officiels essaient de contenir et de camoufler la tension entre l'interprétation populaire de l'efficacité de la guérison accomplie dans le sanctuaire et le discours normalisant dicté selon les règles définies par la hiérarchie catholique. M. Frenz montre aussi que ces normes ont changé au cours des deux derniers siècles ; ainsi, depuis l'Indépendance, on ne mentionne plus dans les brochures officielles relatives au sanctuaire la conversion au catholicisme dans les cas des guérisons sur place. D'après M. Frenz, la construction du discours ou ce qu'il appelle « *the culture of healing* » ne peut qu'être bénéfique à la prospérité et à la popularité du sanctuaire, mais l'administration ecclésiastique s'applique à en exercer un contrôle rigoureux.

Et même si la basilique de Velankanni ne revêt pas l'aspect artisanal du sanctuaire de Puliampatti étudié par B. Sébastia, les règles de comportement décrétées par l'administration semblent y être mises en pratique de manière plus draconienne. Ainsi, il n'y a plus depuis les années 1960 d'exorcismes publics spectaculaires devant « l'arbre de la bannière » (*koṭimaram*) de la basilique. Cet arbre, planté habituellement devant les églises catholiques au Tamil Nadu, est

le lieu par excellence, considéré comme le creuset de la puissance divine pour ceux qui cherchent la guérison par la possession. Le sacristain de Velankanni ne voulait pas immédiatement révéler que les cérémonies d'exorcisme et de possession continuaient à être pratiquées après l'interdiction officielle, désormais un peu à l'écart du sanctuaire principal, devant une petite chapelle éloignée avec ou sans l'aide professionnelle d'un prêtre.

À la lumière des articles présentés dans ce volume, on prend conscience qu'à la différence des cures biomédicales, les stratégies de guérison préférées des patients et des guérisseurs sont toujours enracinées dans la localité où résident les puissances guérisseuses. En Asie du Sud, pour soulager la souffrance chronique ou sans remède allopathique, on se tourne vers la tradition religieuse, la cosmologie, le terroir naturel. Il s'agit d'une démarche issue des théories humorales, savantes et populaires, selon laquelle le déséquilibre intérieur est toujours lié aux déséquilibres de l'environnement, et qui procède aussi de la conviction que le monde est peuplé de puissances apotropaiques. Qu'il s'agisse de démons, esprits, dieux et déesses, ces personnages habitent toujours en des lieux de leur choix dont ils puisent leur pouvoir de guérison (Tarabout 1999a : 322). Les herbes qui poussent autour de ces endroits sont également collectées par les herboristes et considérées comme des remèdes (voir M. Carrin, ce volume).

Tout ne revient pas toutefois au seul génie du lieu, nous rappelle B. Sébastia. Les patients et leurs familles à Puliampatti sont venus profiter de la puissance surnaturelle imputée à saint Antoine, mais les enquêtes détaillées et les récits de vie montrent un élément ultime d'un long parcours thérapeutique. La thérapie religieuse est souvent le dernier recours des gens qui ont déjà tout essayé – biomédecine et guérisseurs locaux de toute sorte – et se sont ruinés ce faisant. B. Sébastia rappelle que les médecines traditionnelles ont très peu de centres de traitement pour les maladies mentales. Elle montre aussi, à la lumière des cas étudiés dans ce sanctuaire thaumaturge réputé, que les troubles psychogènes étaient souvent en fin de compte redéfinis par l'entourage familial des malades comme une attaque surnaturelle et que les stratégies de guérison religieuse s'adressaient tout autant aux malades qu'à leurs proches. Pour cette raison, ce sont les parents qui insistent sur la possession par les forces maléfiques pour prouver l'étiologie surnaturelle de la maladie. « Attribuer la maladie à un agent exogène, sortilège ou esprit malveillant soutient B. Sébastia, ouvre l'espoir vers une possible guérison. »

Velankanni n'est sûrement pas un endroit aussi désespérant que Puliampatti, mais la souffrance y règne aussi. En choisissant de travailler sur les *ex-voto*, M. Frenz présente des guérisons réussies, alors que B. Sébastia se concentre sur l'acte même de guérison pour des maladies souvent incurables. Pour I. G. Županov, les stratégies de guérison sont en revanche étroitement liées à la conversion, dimension absente des textes de B. Sébastia et de M. Frenz. Cela ne veut pas dire

que la conversion due à la guérison n'y existe pas, mais les familles préfèrent ne pas en parler pour éviter des tensions avec les nationalistes hindous.

UN NOUVEAU CHAMP DE SAVOIR À CONSTRUIRE ?

De par leur richesse et leur diversité, les contributions à ce volume nous obligent à nous reposer ces questions fondamentales : un champ interdisciplinaire reliant spécifiquement le religieux et le médical est-il envisageable ? Comment le structurer ? Quels seraient les concepts clés de ce champ émergent ? À ce stade de notre réflexion et en s'inspirant des résultats présentés ici, nous sommes d'avis que la construction de ce champ ne peut se faire qu'en renforçant le dialogue entre historiens, sanskritistes et anthropologues et en les encourageant à dépasser leurs frontières disciplinaires et thématiques.

Les notions clés que l'on retrouve sur cette friche épistémique pionnière sont variées et de différents ordres. Par exemple, dans le contexte de l'Asie du Sud, le concept de *doṣa* relève du registre ayurvédique tout en renvoyant également aussi à une signification morale (religieuse). De nombreux savoirs et techniques liés aux pratiques de guérison sont également marqués d'une forte ambivalence qui trahit leur position incertaine à la lisière du médical et du religieux. Et comme en témoignent tous les textes présentés dans ce volume, le rituel constitue le lieu par excellence où les pratiques de santé sont conçues comme une condition d'harmonie entre la personne, son entourage, et le macrocosme.

L'Asie du Sud, riche d'une grande hétérogénéité ethnographique et d'un impressionnant corpus de traditions savantes, se prête tout particulièrement à la mise au travail de ce nouveau champ thématique dont on puisera dans cet ouvrage un certain nombre de matériaux.

C. G. & I. G. Ž.

REMERCIEMENTS

Cette introduction a bénéficié des remarques du Comité de rédaction de «Puruṣārtha», qu'il en soit ici remercié. Nous tenons à adresser un remerciement tout particulier à Marie Fourcade qui, avec ses ponctuelles relectures et sa généreuse collaboration, a contribué de manière indispensable à la réalisation de cet ouvrage.

NOTES

1. Voir précisément ARNOLD 1993 et 2000; KUMAR, ed., 1991 et 1995; COHN 1996; BABER 1998; NANDY 1988; PRAKASH 1999; LAL 2006.
2. L'écart entre la douleur vécue et celle dont traite la biomédecine est au cœur des livres de MORRIS (1991 et 1998).
3. FREEMAN (1999: 150) propose une autre ontologie de la personne qui sous-tend les rites de possession, d'exorcisme et d'adoration des images dans les temples d'Inde du Sud: « *[They] lie along a continuum of beliefs and practices that share in common the idea that essential aspects or elements of persons – seen and unseen, human, demonic and divine – can disaggregate, transmute, and relocated back and forth among various kinds of animate and inanimate embodiments* ».
4. Il est difficile de trouver en sanskrit un mot correspondant au terme abstrait de « médecine », cette science étant généralement indiquée soit par le corpus de l'*Āyurveda*, la « science de la longévité », soit par un terme comme *cikitsā*, que l'on peut traduire par « traitement », « thérapie », mais qui n'inclut pas les aspects préventifs et diagnostics de la médecine.
5. Ce soutien n'était pas toujours sans ambiguïté. À maintes reprises les missionnaires et l'État colonial ne suivirent pas des projets et des buts identiques. Voir ŽUPANOV (1999).

BIBLIOGRAPHIE

- ALAVI, S. (2007), *Islam and Healing: Loss and Recovery of an Indo-Muslim Medical Tradition (1600-1900)*. Delhi, Permanent Black.
- ALTER, J. S., ed. (2005), *Asian Medicine and Globalisation*. Philadelphie, University of Pennsylvania Press.
- APFFEL MARGLIN, F. (1990), « Smallpox in two systems of knowledge », in F. Apffel Marglin & S. Marglin, eds., *Dominating Knowledge: Development, Culture and Resistance*. Oxford, Clarendon Press, pp. 102-144.
- APPADURAI, A. (1986), « Theory in anthropology: centre and periphery », *Comparative Studies in Society and History*, 28 (2), pp. 356-361.
- ARNOLD, D. (1993), *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*. New Delhi, Oxford University Press.
- ARNOLD, D. (2000), *Science, Technology and Medicine in Colonial India*. Cambridge, Cambridge University Press.
- ASAD, T. (1993), *Genealogies of Religion. Discipline and Reasons of Power in Christianity and Islam*. Baltimore, The John Hopkins University Press.
- ASSAYAG, J. (1996), « Déjà lu ». L'héritage colonial de l'anthropologie en Inde », *L'Homme*, 137, pp. 205-209.
- ASSAYAG, J. & TARABOUT, G., eds. (1999), « Puruṣārtha », 21 : *La Possession en Asie du Sud. Parole, corps et territoire*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- ATTEWELL, G. (2007), *Refiguring Unani Tibb. Plural Healing in Late Colonial India*. Hyderabad, Orient Longman.
- AUGÉ, M. & HERZLICH, C. (1984), *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des archives contemporaines.

- BABER, Z. (1998), *The Science of Empire : Scientific Knowledge, Civilization, and Colonial Rule in India*. New Delhi, OUP.
- BASU, R. S. (2001), «Medical missionaries at work : the Canadian Baptist missionaries in the Telugu country, 1870-1952», in D. Kumar, ed., *Disease and Medicine in India : A Historical Overview*. New Delhi, Tulika Books, pp. 180-197.
- BHATTACHARYA, S. (2001), «Re-devising Jennerian vaccines ? European technologies, Indian innovation and the control of smallpox in South Asia, 1850-1950», in B. Pati & M. Harrison, eds., *Health, Medicine and Empire : Perspectives on Colonial India*. New Delhi, Orient Longman, pp. 217-269.
- BOULLIER, V. & TARABOUT, G., eds. (2002), *Images du corps dans le monde hindou*. Paris, CNRS Éditions.
- CARRIN, M., ed. (1999), *Managing Distress : Possession and Therapeutic Cults in South Asia*. Delhi, Manohar.
- CHAKRABARTY, D. (2000), *Provincializing Europe : Postcolonial Thought and Historical Difference*. Princeton, Princeton University Press.
- CIURTIN, E., ed. (2004), *Du corps humain, au carrefour de plusieurs savoirs en Inde*. [Mélanges offerts à Arion Roşu]. Paris, De Boccard.
- CLAUS, P. (1984), «Medical anthropology and the ethnography of spirit possession», in E. V. Daniel & J. F. Pugh, eds., *South Asian Systems of Healing. Contributions to Asian Studies*, [Special Issue], 18, pp. 60-72.
- COHN, B. (1996), *Colonialism and its Forms of Knowledge : The British in India*. Princeton, PUP.
- CORREIA, A.C.G. da Silva (1941), *O ension de Medicina e Cirurgia em Goa nos séculos XVII, XVIII e XIX*. Bastorá, Rangel.
- CSORDAS, T. (2002), *Body, Meaning, Healing*. New York, Palgrave Macmillan.
- DANIEL, V. E. (1984), *Fluid Signs : Being a Person the Tamil Way*. Berkeley, University of California Press.
- DAS, V. et al., eds. (2000), *Violence and Subjectivity*. New Delhi, OUP.
- DERICQUEBOURG, R. (2001), *Croire et guérir. Quatre religions de guérison*. Paris, Éditions Dervy.
- FIGEIREDO, J. M. de (1984), «Ayurvedic medicine in Goa according to European sources», *Bulletin of History of Medicine*, 58 (2), pp. 225-235.
- FILLIOZAT, J. ([1949] 1975), *La Doctrine classique de la médecine indienne*. Paris, École française d'Extrême-Orient. 2^e éd.
- FITZGERALD, R. (2001), «“Clinical christianity” : the emergence of medical work as a missionary strategy in colonial India, 1800-1914», in B. Pati & M. Harrison, eds., *Health Medicine and Empire : Perspectives on Colonial India*. New Delhi, Orient Longman, pp. 88-136.
- FOUCAULT, M. (1963), *Naissance de la clinique*. Paris, Presses universitaires de France.
- FREEMAN, R. (1999), «Dynamics of the person in the worship and sorcery in Malabar», «Puruṣārtha», 21 : *La Possession en Asie du Sud : parole, corps, territoire*. Paris, Éditions de l'EHESS, pp. 149-181.
- GOOD, B. (1996), *Medicine, Rationality and Experience : An Anthropological Approach*. Cambridge, Cambridge University Press.

INTRODUCTION

- GREENOUGH, P. (2003), «The social and cultural framework of health and disease in India», in V. Das, ed., *Sociology and Social Anthropology*. New Delhi, OUP, pp. 303-325.
- GRMEK, M., ed. (1995), *Histoire de la pensée médicale en Occident*. Tome I: *Antiquité et Moyen Âge*. Paris, Le Seuil.
- GROVE, R. (1995), *Green Imperialism: Colonial Expansion, Tropical island and Edens and the Origins of Environmentalism, 1600-1860*. Cambridge, CUP.
- GUHA, R. (1983), *Elementary Aspects of Peasant Insurgency in Colonial India*. New Delhi, OUP.
- GUILLEMAIN, H. (2006), *Diriger les consciences, guérir les âmes. Une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses (1830-1939)*. Paris, Éditions La Découverte.
- HABIB, I. & RAINA, D., eds. (2007), *Social History of Science in Colonial India*. New Delhi, OUP.
- HARDIMAN, D. (1987), *The Coming of the Devī: Ādivāsī Assertion in Western India*. New Delhi, OUP.
- HENDERSON, J. (2006), *The Renaissance Hospital: Healing the Body and Healing the Soul*. New Haven, Yale University Press.
- HINNELLS, J. R. & PORTER, R., eds. (1999), *Religion, Health and Suffering*. Londres, Kegan Paul International.
- HØG, E. & HSU, E., eds. (2002), *Countervailing Creativity: Patient Agency in the Globalisation of Asian Medicines, Anthropology & Medicine*, [Special Issue], 9 (3).
- KAKAR, S. (1982), *Shamans, Mystics and Doctors*. New York, Alfred A. Knopf.
- KAKAR, S. (2001), *The Essential Writings of Sudhir Kakar*. New Delhi, OUP.
- KAMAT, M. (2001), «“The Palkhi as plague carrier”: the Pandharpur fair and the sanitary fixation of the colonial State in British India, 1908-1916», in B. Pati & M. Harrison, eds., *Health, Medicine and Empire: Perspectives on Colonial India*. New Delhi, Orient Longman, pp. 299-316.
- KEYES, C. F. & DANIEL, E. V., eds. (1983), *Karma: An Anthropological Inquiry*. Berkeley, University of California Press.
- KLEINMAN, A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, University of California Press.
- KLEINMAN, A. (1988), *The Illness narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York, Basic Books.
- KLEINMAN, A., DAS, V. & LOCK, M. (1997), *Social Suffering*. Berkeley, University of California Press.
- KUMAR, D. (1995), *Science and the Raj (1857-1905)*. New Delhi, OUP.
- KUMAR, D., ed. (1991), *Science and Empire: Essays in Indian Context*. Delhi, Anamika Prakashan.
- KUMAR, D., ed. (2001), *Disease and Medicine in India: A Historical Overview*. New Delhi, Tulika Books.
- LAL, M. (2006), «Purdah as pathology; gender and the circulation of medical knowledge in late colonial India», in S. Hodges, ed., *Reproductive Health in India: History, Politics, Controversies*. Delhi, Orient Longman, pp. 85-114.
- LAMBEK, M. (1985), «Ecstasy and agony in Sri Lanka. A Review article», *Comparative Studies in Society and History*, 27 (2), p. 298.

- LANGFORD, J. (1995), «Ayurvedic interiors : person, space and episteme in three medical practices», *Cultural Anthropology*, 10 (3), pp. 330-366.
- LESLIE, C. (1976), «The ambiguities of medical revivalism in Modern India», in C. Leslie, ed., *Asian Medical Systems : A comparative Study*. Berkeley, University of California Press, pp. 356-367.
- MEULENBLED, G. J. & WUJASTYK, D., eds. (1987), *Studies in Indian Medical History*. Groningen, Forsten.
- MORRIS, D. (1991), *The Culture of Pain*. Berkeley, University of California Press.
- MORRIS, D. (1998), *Illness and Culture in the Postmodern Age*. Berkeley, University of California Press.
- NABOKOV (CLARK-DECÈS), I. (2000), *Religion Against the Self: An Ethnography of Tamil Rituals*. Oxford, OUP.
- NANDY, A. (1980), *At the Edge of Psychology. Essays on Politics and Culture*. New Delhi, OUP.
- NANDY, A. (1988), *Science, Hegemony and Violence : Requiem for Modernity*. New Delhi, OUP.
- NARAYANA RAO, V., SHULMAN, D., SUBRAHMANYAM, S. (2001), *Textures of Time : Writing History in South India, 1600-1800*. New Delhi, Permanent Black. [Trad. fr., Le Seuil, 2004].
- NICHOLAS, R. W. (2003), *Fruits of Worship : Practical Religion in Bengal*. Delhi, Chronicle Books.
- NICHTER, M. (1981), «Negotiation of the illness experience : ayurvedic therapy and the psychosocial dimension of illness», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5, pp. 5-24.
- NICHTER, M. (1992), «Of ticks, kings, spirits, and the promise of vaccines», in C. Leslie & A. Young, eds., *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley, University of California Press, pp. 224-253.
- NUCKOLLS, Ch. W. (1991), «Culture and causal thinking : diagnosis and prediction in a South Indian fishing village», *Ethos. Journal of the Society for Psychology and Anthropology*, March, 19 (1), pp. 3-51.
- OBEYSEKERE, G. (1981), *Medusa's Hair : An Essay on Personal Symbols and Religious Experience*. Chicago, University of Chicago Press.
- OBEYSEKERE, G. (1984), *The Cult of the Goddess Pattini*. Chicago, University of Chicago Press.
- OBEYSEKERE, G. (1985), «Depression, buddhism and the work of culture in Sri Lanka», in A. Kleinman & B. Good, eds., *Culture and Depression : Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley, University of California Press, pp. 134-152.
- OBEYSEKERE, G. (1990), *The Work of Culture*. Chicago, University of Chicago Press.
- PARK, K. & DASTON, L. J. (1981), «Unnatural conceptions : the study of monsters in Sixteenth and Seventeenth Century France and England», *Past and Present*, 92, pp. 20-54.
- PATI, B. & HARRISON, M., eds. (2001), *Health, Medicine and Empire : Perspectives on Colonial India*. New Delhi, Orient Longman.
- POLLOCK, S., ed. (2003), *Literary Cultures in History : Reconstructions from South Asia*. New Delhi, OUP.

- PRAKASH, G. (1999), *Another Reason: Science and the Imagination of Modern India*. Princeton, PUP.
- RAJ, K. (2006), *Relocating Modern Science: Circulation and Construction of Scientific Knowledge in South Asia and Europe (Seventeenth to Nineteenth Centuries)*. Delhi, Permanent Black.
- RAMASUBBAN (1988), «Imperial health in British India, 1857-1900» in R. MacLeod & M. Lewis, eds., *Disease, Medicine and Empire*. London, Routledge, pp. 38-60.
- RAWCLIFFE, C. (1999), «Medicine for the soul: the Medieval English hospital and the quest for spiritual health» in J. R. Hinnels & R. Porter, eds., *Religion, Health and Suffering*. Londres, Kegan Paul International, pp. 316-338.
- REDDY, S. (2002), «Asian medicine in America: the ayurvedic case», *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. Vol. 583: *Global Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*, pp. 97-121.
- ROŞU, A. (1986), «Mantra et yantra dans la médecine et l'alchimie indiennes», *Journal asiatique*, CCLXXIV, pp. 203-268.
- SCHARFE, H. (1999), «The doctrine of the three humors in traditional Indian medicine and the alleged antiquity of Tamil siddha medicine», *Journal of the American Oriental Society*, 119 (4), pp. 609-629.
- SÉBASTIA, B. (2007), *Les Rondes de saint Antoine. Culte, affliction et possession en Inde du Sud*. Paris, Aux Lieux d'Être («Sous prétexte de médecines»).
- SIVARAMAKRISHNAN, K. (2006), *Old Potions, New Bottles: Recasting Indigenous Medicine in Colonial Punjab (1850-1945)*. New Delhi, Orient Longman.
- SMITH, F. (2006), *The Self Possessed: Deity and Spirit Possession in South Asian Literature and Civilisation*. New York, Columbia University Press.
- TARABOUT, G. (1999a), «Corps possédés et signatures territoriales au Kérala», «Puruṣārtha» 21: *La Possession en Asie du Sud: parole, corps, territoire*. Paris, Éditions de l'EHESS, pp. 313-355.
- TARABOUT, G. (1999b), «Prologue», «Puruṣārtha» 21: *La Possession en Asie du Sud: parole, corps, territoire*. Paris, Éditions de l'EHESS, pp. 9-30.
- THITE, G. U. (1982), *Medicine: Its magico-religious aspects according to the Vedic and Later Literature*. Poona, Continental Prakashan.
- TRAWICK, M. E. (1984), «The changed mother, or what the smallpox Goddess did when there was no more smallpox», in E. V. Daniel & J. F. Pugh, eds., *South Asian Systems of Healing, Contributions to Asian Studies*, [Special Issue] 18, pp. 24-45.
- VAN DER VEER, P. (2001), *Imperial Encounters: Religion and Modernity in India and Britain*. Princeton, PUP.
- WADLEY, S. & DERR, B. W. (1989), «Eating sins in Karimpur», *Contributions to Indian Sociology*, n.s., 23 (1), pp. 131-148.
- WUJASTYK, D. (1998), *The Roots of Āyurveda: Selection from Sanskrit Medical Writings*. Delhi, Penguin Books.
- WUJASTYK, D. (1999), «Miscarriages of justice: demonic vengeance in classical Indian Medicine», in J. R. Hinnels & R. Porter, eds., *Religion, Health and Suffering*. Londres, Kegan Paul International, pp. 256-275.
- ZIMMERMANN, F. (1982), *La Jungle et le fumet des viandes. Un thème écologique dans la médecine hindoue*. Paris, Gallimard/Le Seuil («Hautes Études»).

- ZIMMERMANN, F. (1992), «Gentle purge: the flower power of Āyurveda», in C. Leslie & A. Young, eds., *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley, University of California Press, pp. 209-223.
- ZIMMERMANN, F. (1995), *Généalogie des médecines douces. De l'Inde à l'Occident*. Paris, PUF.
- ŽUPANOV, I. G. (1999), *Disputed Mission: Jesuit Experiments and Brahmanical Knowledge in Seventeenth-Century India*. New Delhi, OUP.
- ŽUPANOV, I. G. (2005), *Missionary Tropics: The Catholic Frontier in India (16th-17th Centuries)*. Ann Arbor, The University of Michigan Press.
- ZYSK, K. G. (1991), *Ascetism and Healing in Ancient India: Medicine in the Buddhist Monastery*. Oxford, OUP.
- ZYSK, K. G. (1996), *Medicine in the Veda: Religious Healing in the Veda*. [With Translations and Annotations of Medical Hymns from the RigVeda and the Atharvaveda and Renderings from the Corresponding Ritual Texts]. Delhi, Motilal Banarsidass.