

Serena Bindi est anthropologue et maître de conférences à l'Université de Paris, au sein du Centre d'Anthropologie Culturelle (CANTHEL). Ses travaux, basés sur des matériaux ethnographiques collectés dans l'État indien himalayen de l'Uttarakhand, s'inscrivent dans les domaines de l'anthropologie du religieux et de l'anthropologie de la santé. Elle s'est intéressée à la possession oraculaire ; aux aspects matériels et corporels du religieux ; aux processus de patrimonialisation de la possession ; au pluralisme thérapeutique. Ses recherches actuelles portent sur la gestion conflictuelle des traumatismes engendrés par les catastrophes naturelles meurtrières qui ont récemment touché la région. Elle s'intéresse à l'expérience du deuil et à la gestion des émotions et des troubles somatiques entraînés par la perte d'un proche, dans un paysage thérapeutique en mutation, où les rituels de possession coexistent de plus en plus avec des pratiques psychologiques et psychiatriques d'introduction récente.

Mots-clés : anthropologie – médecine – thérapeutique – religion – pluralisme médical.

Introduction

Médecine et religion : approches anthropologiques classiques et contemporaines

Serena Bindi,

MCE, Université de Paris / CANTHEL

Quelles sont, dans le monde contemporain, les formes d'interactions entre le médical et le religieux face à la maladie et la santé ? Comment se réalisent-elles concrètement entre acteurs, pratiques, représentations qui s'inscrivent dans l'un ou l'autre de ces deux domaines (ou simultanément dans les deux) ? Comment, par le biais de ces interactions, les frontières entre le médical et le religieux sont-elles façonnées, refaçonnées, refusées, négociées ? Voici les questions centrales qui ont donné vie à ce numéro de *cArgo*¹.

Les termes de médecine et de religion qui en forment le titre désignent des domaines de la vie sociale, que l'Occident a nettement distingués en instituant, au cours de son histoire, une séparation entre ce qui concernait le physique et se fondait sur un savoir objectif, et ce qui concernait le spirituel et était basé sur un système de croyances :

¹- Une partie des contributions à ce numéro est issue de présentations effectuées dans le cadre du colloque « Reconfigurations contemporaines des relations entre religion et médecine », organisé par S. Bindi et qui s'est tenu les 20 et 21 juin 2017 au Centre d'Anthropologie Culturelle (CANTHEL) de l'Université de Paris. D'autres contributions – ainsi que les réflexions développées dans cette introduction – ont été présentées et discutées durant les séances du séminaire de recherche « Santé et Religion », coordonné par Serena Bindi de 2014 à 2020 à l'Université de Paris (anciennement Paris Descartes), et cofinancé (depuis 2019) par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR-19-CE27-0015 PHANTASIES) et l'IDEX Dynamique Université de Paris (IdEx ANR-18-IDEX-0001). Je remercie chaleureusement Roger Renaud, Chiara Calzolaio, Giacomo Mantovan et Chiara Quagliariello pour leur aide et leurs suggestions pertinentes lors de la rédaction de ce texte. Je suis extrêmement reconnaissante à Anne Eon, coordinatrice éditoriale de la revue, pour son travail infatigable et sa perspicacité, de même qu'à Francis Affergan, à Erwan Dianteill et à l'ensemble de la rédaction de *cArgo* pour m'avoir confié la responsabilité de ce numéro.

Cette distinction entre domaine médical et domaine religieux, propre initialement au monde occidental, s'est par divers processus universalisée. Et elle revêt aujourd'hui une importance centrale à un niveau global, ainsi que l'ont montré de précédents travaux (Adams *et al.*, 2011 ; Naraindas *et al.*, 2014). En s'exportant sur tous les continents, elle a influencé et continue d'influencer toutes les institutions qui l'ignoraient dans le reste du monde comme au sein de l'Occident. Ces institutions, de même que leurs acteurs, ont dû se positionner ou se repositionner par rapport à la dichotomie qui était ainsi établie entre le médical et le religieux. Elles ont pu la reprendre à leur compte, en se revendiquant soit comme des « médecines » soit comme des « religions ». Elles ont pu s'inscrire de façon partielle dans le médical ou le religieux. Elles ont pu réfuter la distinction de ces deux domaines ou chercher à la dépasser. Mais il leur a fallu nécessairement se déterminer par rapport à elle, quelles qu'aient été les diverses stratégies qu'elles ont à cet égard adopté.

Ce sont avant tout ces positionnements et repositionnements qui constituent l'intérêt de ce numéro de *cArgo*. L'objectif n'est pas de proposer de manière générale ou essentialiste une redéfinition du médical, du religieux et de leur croisement éventuel. Il convient plutôt de voir, à travers l'étude sur différents terrains de pratiques et représentations spécifiques, comment les relations entre le médical et le religieux peuvent s'avérer diverses et mouvantes, sont le résultat de processus dynamiques et sont sans cesse reconfigurées, de multiples façons, par les acteurs eux-mêmes.

La fracture épistémique des domaines du médical et du religieux...

La constitution du médical comme champ distinct et indépendant du religieux est un phénomène à l'origine localisé en Occident. Et, en Occident même, il est relativement récent. Les langues indoeuropéennes témoignent étymologiquement d'une indistinction entre les soins du corps et de l'âme. Et de cette indistinction, on a maints témoignages encore dans l'Antiquité où les *therápôn* (thérapeutes) grecs, par exemple, pour ne citer qu'eux, étaient à la fois des praticiens soucieux du corps des patients et les serviteurs d'un dieu, sous les auspices duquel ils effectuaient leurs soins.

C'est aux v^e et iv^e siècles av. J.-C. que commence à se formuler en Grèce, avec l'école hippocratique, une séparation entre une médecine qui se veut rationnelle en reposant sur l'observation et des constats objectifs et une médecine magique ou religieuse qui recourt dans ses interprétations et pratiques à des forces non objectivables (Zempléni, 1982 : 5). Dans le même temps, la maladie est regardée comme un fait en soi, se manifestant identiquement chez tout homme, indépendamment de la singularité individuelle et de l'inscription sociale du patient² (*Ibid.*). On assiste donc bien alors aux premiers pas vers ce qu'on appelle aujourd'hui la biomédecine, en référence à son orientation vers la biologie ou, plus précisément, la physiologie voire la physiopathologie, qui est devenue la pratique médicale prédominante des sociétés euro-américaines et s'est largement diffusée dans le monde.

²- Sur l'ignorance de la dimension sociale par la biomédecine, voir notamment dans ce numéro Benoist et Bindi.

³- Certains auteurs (notamment Lloyd, 1979) ont d'ailleurs montré que l'opposition de l'école hippocratique avec toute pensée magico-religieuse n'était pas aussi nette que ce qu'avait retenu jusque-là l'histoire de la médecine.

La dichotomie introduite par l'école hippocratique restait cependant relative³ et, si elle se poursuit à l'époque romaine avec la médecine galénique, un croisement entre le médical et le religieux continue de marquer l'histoire de la chrétienté. Au Moyen Âge et au-delà, ce sont essentiellement des institutions religieuses qui gèrent les hôpitaux, les hospices et les dispensaires. Bien des maladies sont interprétées et traitées en relation au divin ou à un mal métaphysique qui le contredit. Et sans parler de médecines populaires englobant ou non des éléments chrétiens, maintes pratiques religieuses – invocation des saints, culte des reliques, pèlerinages, prières propitiatoires – se comprennent comme des manières de soigner non seulement l'âme mais également le corps (Grmek, 1995 ; Zupanov et Guenzi, 2008).

C'est à partir du XIX^e siècle, avec le développement de la médecine clinique et la sécularisation des institutions de soin, que la médecine s'émancipe du religieux, que « la santé publique et l'Église se répartissent respectivement, non sans conflits, les cures du corps et celles de l'âme » (Zupanov et Guenzi, 2008 : 14). C'est alors qu'entre la médecine, se voulant système de pensée empirique, objectif et sécularisé, et la religion, ensemble de valeurs subjectives, doctrinales et morales, s'instaure, en conformité avec d'autres évolutions sociales, la fracture épistémique dont nous avons parlé⁴ (Foucault, 1963 ; Gordon, 1988 ; Good, 1994).

Certes, d'autres techniques de soin et représentations du corps, de la maladie et de la guérison ont continué d'exister en Occident, pouvant même y connaître éventuellement un regain d'intérêt (Laplantine, 1982 : 65 ; Schmitz, 2006 ; Kessler-Bilthauer et Evrard, 2018 ; Lombardi, dans ce numéro). Mais la vision sécularisée de la biomédecine, considérant le corps et la maladie comme relevant uniquement de la « nature » et de lois mécaniques (Gordon, 1988 ; Le Breton, 2008), s'est imposée au point de marginaliser toute autre conception et d'être largement partagée, fût-ce passivement, par l'ensemble de la société (Lock et Gordon, 1988 ; Lock et Nguyen, 2010).

De plus, à la suite de la période coloniale et de l'internationalisation des pratiques de santé, l'hégémonie de la biomédecine s'étend aujourd'hui, on l'a dit, à tous les continents et y influence à différents degrés les systèmes de santé coexistant éventuellement avec elle (Naraindas *et al.*, 2014 : 5). À cet égard, la tendance existe à dire qu'elle n'est pas simplement un « savoir occidental » qui aurait été exporté et imposé dans le monde par le biais de la colonisation, mais qu'elle est le résultat d'un processus d'échanges mutuels entre les nations colonisatrices européennes et les pays assujettis (Zupanov et Guenzi, 2008 : 13 ; Adams *et al.*, 2011). Néanmoins, comme il est souligné dans Naraindas *et al.* (2014), ces échanges n'ont pas été égaux, mais ont plutôt pris la forme de « conversations asymétriques ». En dehors comme au dedans de l'Occident, la biomédecine continue de se structurer autour de certaines dichotomies fondatrices, comme notamment la séparation entre un domaine « naturel », apanage de la médecine, et un domaine « surnaturel », relevant de la religion (*Ibid.* : 9). Et ces dichotomies ont des effets concrets, de nature diverse, sur toutes les pratiques qui se situent à l'intersection du médical et du religieux. Elles conduisent à certains aménagements, dans l'effort de

⁴ Pratiques biomédicales et chrétiennes ont cependant pu continuer de s'influencer « de manière plus ou moins subreptice » (Zupanov et Guenzi, 2008 : 4), notamment dans le traitement des maladies mentales (Guillemain, 2006).

les surmonter. Et il n'est pas rare pour un système thérapeutique de suivre selon les cas plusieurs voies ou de s'en réclamer, à l'exemple de l'Ayurveda qui tend à se présenter comme une pratique holistique et écologique à un niveau global (Zimmermann, 1992), spirituelle en Europe (Warrier, 2014) et scientifique en beaucoup de contextes du sous-continent indien (Lang et Jansen, 2013). L'article d'O. Legrip-Randriambelo, dans ce numéro, nous mène précisément au cœur de tous les repositionnements que, dans la région betsileo à Madagascar, se doivent ainsi d'effectuer les différentes thérapies locales.

...Mais des interactions persistantes

Si prévalente que puisse être universellement la biomédecine, la dichotomie médecine/religion n'apparaît cependant nulle part absolue.

D'un côté, on peut même estimer, à l'instar de certains (Laplantine, 1982, 1986 ; Gordon, 1988 ; Good, 1994) que la biomédecine elle-même se rattache, d'une certaine façon, à la sphère du religieux, de par les observances et la foi qu'elle demande. Au nom du souci prédominant et exigeant de la santé et en vertu des règles qui en résultent et des autorités qui en découlent, ne tend-elle pas à combler le vide laissé par la désaffection des grandes religions ? Comme le note Gordon (1988 : 40), si les traditions religieuses occidentales ont cherché à s'élever au-dessus du « simplement humain » et à se libérer des émotions, des soucis terrestres et des contraintes de la vie sociale, la biomédecine ne fait-elle pas, au fond, plus ou moins de même, en proposant, *via* ses « rites technologiques », un idéal de vie au-delà des ravages du temps voire de la mort (Comaroff, 1984) et un modèle du corps humain transcendant le temps, le lieu, la contingence (Taylor, 1985) ? Ne nous transporte-t-elle pas, elle aussi, à sa façon, dans un univers de croyance, une promesse de salut, un champ du surnaturel au-dessus du « simplement humain » ?

D'un autre côté, la biomédecine – de même, d'ailleurs, que d'autres pratiques non religieuses qui coexistent avec elle et qui sont reconnues comme des médecines alternatives, telles que l'homéopathie, l'acupuncture, etc. – n'a nulle part complètement monopolisé ou sécularisé le domaine du soin. Des pratiques qui se veulent essentiellement ou pour une part « religieuses » ou « spirituelles » continuent d'y être agissantes, soit qu'elles proposent de véritables formes de thérapie du corps et de l'esprit (cf. les trois premiers articles de ce numéro), soit qu'elles interfèrent, de différentes manières, avec la pratique même de la biomédecine (cf. les quatre articles suivants). Dès lors, c'est sur la réalité de la frontière entre religion et médecine qu'on est en droit de s'interroger, puisque le religieux est partout présent, à côté voire à l'intérieur de la biomédecine, y compris en Occident. La manière dont le médical et le religieux s'entrecroisent dans les pratiques de soin est certes infiniment variable, mais leur entrecroisement semble un fait constant. Et c'est à examiner, à travers des exemples concrets de terrain, comment il se réalise sous différentes formes que sont consacrés les articles de ce numéro.

Ils s'inscrivent en continuité et en dialogue avec une longue tradition d'études anthropologiques qui ont porté sur des pratiques variées illustrant ce croisement du médical et du religieux. Et même s'il est impossible de faire ici un état des lieux

complet de cette vaste littérature, il n'est pas inutile de rappeler quelques-uns des jalons ayant marqué le développement du regard anthropologique sur le sujet et des outils conceptuels élaborés au fil de ce développement.

Regards de l'anthropologie sur les interactions entre le médical et le religieux

Les thérapies magico-religieuses

Tout comme d'autres disciplines nées dans le monde occidental, l'anthropologie a repris à son compte la vision dichotomique séparant le médical, expression d'un savoir positif, et le religieux, système de croyances. Et elle a longtemps eu tendance à aborder l'étude des pratiques thérapeutiques présentes dans d'autres cultures en fonction – explicitement ou implicitement – de cette vision (Augé, 1986 ; Good, 1994). Les anthropologues (citons entre autres Rivers, 1924⁵ ; Evans Pritchard, 1937 ; Hallowell, 1941 ; Ackerknecht, 1946 ; Turner, 1968) se sont cependant trouvés confrontés généralement à des modes de traitement de la maladie, où la distinction entre médical et religieux, savoir et croyance n'était pas appropriée, et qui s'inscrivaient à la fois et de manière indissociable dans les deux domaines. On les a qualifiés souvent de thérapies « magico-religieuses » ou de « rituels thérapeutiques »⁶. Et leur analyse s'est essentiellement inscrite dans l'anthropologie de la religion, se concentrant sur l'étude – et parfois la comparaison – de rites, de croyances, de mythes, de cosmologies.

Ainsi se sont néanmoins posées les bases fondatrices et se sont forgés les outils d'une anthropologie médicale, qui s'est progressivement constituée au long du xx^e siècle. Même si beaucoup des études sur les thérapies « magico-religieuses » n'ont pas mis principalement l'accent sur la dimension proprement thérapeutique, elles n'en ont pas moins révélé que les notions de corps, de maladie, de santé, de soin, loin d'être universellement partagées, variaient considérablement et étaient profondément façonnées par la société et la culture.

Elles ont mis en lumière que, dans beaucoup de sociétés, la maladie n'était pas regardée, ainsi que cela se passe en Occident, comme un accident frappant le corps d'un individu, mais comme un événement qui, tout en se manifestant à travers un individu, engageait l'ensemble du groupe social et sa présence au monde. Dès lors, la thérapie ne concernait pas que cet individu mais visait à « soigner » des relations entre personnes et à rétablir l'ordre dans des cosmologies élargies comprenant les humains, les ancêtres, les divinités, les esprits. Ceci a mené beaucoup de ces travaux à proposer une approche commune, que certains ont définie comme « fonctionnaliste »

⁵- Il est coutume de considérer W. H. R. Rivers (1924) comme le fondateur de l'anthropologie médicale (voir Fainzang, 2000 : 7), pour avoir le premier exposé, d'une part, que la pratique thérapeutique était un processus social qu'il fallait étudier au même titre que les autres processus sociaux et, d'autre part, que les conceptions thérapeutiques qui paraissent à nos yeux erronées n'en sont pas moins fondées sur un système de croyances cohérent et logique.

⁶- À ce propos, J.-P. Olivier de Sardan dénonce aussi la tendance, qui a connu un fort développement, à surinterpréter des pratiques rituelles, telles que la possession, en les considérant toujours comme thérapeutiques. Il note à ce propos que « l'aspect thérapeutique d'un système rituel (et ce qu'il inclut comme type d'efficacité symbolique magico-thérapeutique) ne peut être posé comme une donnée *a priori*, imputée sans autre examen aux divers ensembles de croyances et pratiques collectives qui traitent de la souffrance, de la maladie, de l'infortune ou de l'affliction (et qui font parfois appel à l'efficacité symbolique d'incorporation). Aussi ne peut-on associer la possession et la maladie mentale en général, en négligeant les systèmes d'interprétation locaux et leurs contextes » (Olivier de Sardan, 1994 : 22).

(Fainzang, 2000 : 8), en soutenant que la maladie et son traitement apparaissent dans ces sociétés comme des « ressources » permettant de réaffirmer des liens sociaux, des règles collectives, des univers de sens.

Cette approche a notamment été approfondie par l'anthropologie de la maladie telle qu'elle a été théorisée en France par M. Augé (1984 ; voir aussi le célèbre ouvrage collectif co-édité par M. Augé et C. Herzlich, 1994) et A. Zempléni (1982, 1985). Cette école a montré que la maladie et les recours thérapeutiques sont indissociables d'un système symbolique global, où désordre biologique et désordre social sont étroitement imbriqués. Elle a ainsi mis en évidence des « usages sociaux de la maladie » (Zempléni, 1982), amenant à voir en elle, au lieu d'un malheur subi isolément, un événement chargé de sens, intéressant la vie et les représentations de tout un groupe. Et une telle approche, si elle s'est surtout exercée sur des terrains non occidentaux et où la biomédecine n'était pas la pratique thérapeutique prédominante, a également montré son potentiel heuristique dans des contextes sociaux où cette dernière occupait au contraire une telle position. S. Fainzang (1988, 1995) a décrit, par exemple, comment dans la France contemporaine, la maladie, sa perception et son traitement peuvent être des manières de dire, de mettre en actes, de résoudre des conflits relationnels.

Typologies

Dans le développement des études anthropologiques sur la maladie et son traitement, une seconde orientation s'est manifestée. À la différence de la précédente, elle ne se concentre pas, selon le modèle de la monographie classique, sur les pratiques spécifiques d'un groupe donné. Elle cherche, sur un mode comparatiste, à établir une typologie des façons dont les sociétés expliquent les causes des dysfonctionnements du corps humain et envisagent les moyens d'y remédier. Plus ou moins inspirés par l'idéologie du Grand Partage, des auteurs proposent alors des taxinomies dressant une classification dichotomique entre, d'une part, des systèmes thérapeutiques « magico-religieux » et, d'autre part, des systèmes « empirico-rationnels ». Une des plus souvent citées de ces classifications est celle de G. M. Foster (1976), qui distingue deux modèles étiologiques, l'un « personnaliste » et l'autre « naturaliste ». Dans le premier, la maladie est attribuée à l'intervention délibérée d'un agent humain (sorcier), non humain (ancêtre, mauvais esprit) ou surnaturel (divinité ou tout autre être pensant). Dans le second, la maladie est due à l'action de forces ou d'éléments naturels, donc impersonnels et systémiques, le modèle de référence étant plutôt celui de l'équilibre entre les éléments du corps – entre le *yin* et le *yang* dans la médecine chinoise, entre les humeurs dans la médecine hippocratique et ayurvédique. Le modèle « personnaliste » serait caractéristique des thérapies « magico-religieuses » et serait particulièrement attesté en Afrique. Le modèle « naturaliste » se rencontrerait dans les grandes traditions savantes de la Grèce et de la Rome antiques, de la Chine, de l'islam et de l'Inde⁷ (*Ibid.*).

Ces classifications ont certes le mérite de montrer que d'autres traditions thérapeutiques, tout en suivant une logique qui leur est propre, répondent à un modèle comparable à la biomédecine et que celle-ci n'a pas l'apanage de la rationalité et n'en

⁷- G. F. Murdock (1980) organisera pour sa part, de façon plus minutieuse et documentée mais selon les mêmes principes, sa présentation des théories de la maladie, en distinguant cinq types de causalité « naturelle » et treize types de causalité « surnaturelle » (voir Augé, 1986).

représente pas l'unique modèle. Mais elles restent basées sur une vision dichotomique ethnocentrique pour laquelle médecine et religion constituent des domaines séparés. Et comme l'ont fait observer, entre autres, M. Augé (1986) et B. Good (1994), elles s'appuient à cet égard sur des simplifications réductrices et erronées. Elles ignorent le plus souvent la complexité des systèmes thérapeutiques et la coexistence en leur sein de différentes conceptions. Aucun de leurs auteurs, note par exemple M. Augé (1986 : 83), ne « prête attention au fait que dans les systèmes africains, où la cause du mal est souvent en effet identifiée à l'action d'un agent extérieur, la maladie elle-même est présentée comme une rupture d'équilibre (entre instances psychiques, entre humeurs du corps ou qualités comme le chaud et le froid) exactement comme dans les systèmes jugés par eux "naturalistic" ».

Du reste, dans son célèbre ouvrage *Witchcraft, Oracles, and Magic among the Azande* (1937), Evans-Pritchard lui-même, tout en continuant selon certains (Good, 1994 : 11) à reproduire implicitement la dichotomie entre « savoir » et « croyance », a décrit l'existence dans un même contexte de plusieurs modèles d'interprétation des causes des malheurs (maladie, infortune, etc.) et mis en lumière leur complémentarité, puisqu'ils apportent des réponses à différentes questions : **celles du pourquoi et du comment d'un événement** malheureux, ainsi que celles du « **pourquoi moi ?** » et du « **pourquoi ici et maintenant ?** ». Il a ainsi montré que la rationalité – les critères selon lesquels nous jugeons la vérité et agissons en conséquence – est ancrée dans les institutions sociales et culturelles, et non dans une structure préexistante de l'esprit. Cela a déclenché un débat philosophique vigoureux dans les années 1960 et a contribué à ce que les sociologues et les anthropologues s'interrogent, quelques décennies plus tard, sur les fondements culturels et sociaux de la rationalité biomédicale (cf. ci-dessous).

Dans l'entretien réalisé pour ce numéro avec S. Bindi, J. Benoist invite à dépasser ces classifications dichotomiques et à embrasser l'idée, comme le dit le titre choisi pour l'entretien, d'un continuum des pratiques se situant entre les deux pôles de la médecine et de la religion. Cette proposition se situe dans la continuité d'une tendance générale de l'anthropologie, au cours des dernières décennies, à abandonner les grandes typologies pour donner la priorité à des descriptions fouillées et attentives des pratiques et des représentations **émiques**. Avec la prise de conscience des « usages sociaux de la maladie », de l'inscription locale des usages et des représentations thérapeutiques dans un système symbolique global, de l'existence de divers modes de rationalité, de la complexité de pratiques et conceptions, mêlant toujours, de diverses façons, ce qu'on séparait comme médecine et religion, s'est imposée l'idée que les pratiques d'interprétation et de traitement de la maladie présentes dans une société répondaient à une logique interne, qu'il importait d'abord de reconnaître et d'étudier dans la dynamique qui lui était propre.

Le pluralisme médical et l'étude anthropologique de la biomédecine

Tout comme le souligne J. Benoist (Benoist et Bindi, dans ce numéro), les années 1970 ont vu se développer, parallèlement et complémentirement aux évolutions que nous venons de décrire, une approche qui a permis de révolutionner l'étude des relations entre santé et religion : l'analyse du pluralisme médical. Initialement

développé par C. Leslie (1976) pour l'étude de sociétés asiatiques, ce concept se réfère au fait que, dans un même contexte, les personnes peuvent choisir parmi un éventail d'options thérapeutiques coexistantes. Et il a été prouvé que ce pluralisme médical se rencontrait virtuellement partout dans le monde, y compris en Occident, et qu'il se caractérisait souvent par une prédominance de la biomédecine sur les autres pratiques thérapeutiques (voir notamment Baer, 2011). Mais même dans ce cas, les situations sont très variables. Comme nous l'avons souligné ailleurs (Orr et Bindi, 2017), de nombreux travaux se sont attachés à explorer les modalités de coexistence de différentes pratiques, les facteurs structurels rendant un système thérapeutique prépondérant ou subordonné, les influences culturelles, sociales, cognitives qui président aux « hiérarchies de recours » (selon l'expression de L. Romanucci-Ross, 1969), c'est-à-dire à la priorité donnée à telle ou telle pratique thérapeutique par les patients et leur famille au cours de leur « itinéraire de soin ». Des approches interprétatives symboliques ont vu le jour, centrées sur les significations inhérentes aux traditions de guérison, tandis que des approches structurelles – et, plus tard, critiques – ont examiné les facteurs sociaux favorisant l'utilisation et l'expansion de ces mêmes traditions ou y faisant obstacle (Baer, 2011 ; Orr et Bindi, 2017). Beaucoup d'études ont également porté sur la façon dont les politiques de la santé façonnées sur la biomédecine et sa domination influencent les interactions entre différents praticiens ou institutions de santé et entre ces praticiens et institutions et leurs clients (Crandon-Malamud, 1991 ; Baer, 2011 ; Orr et Bindi, 2017). Et à la lumière de ces recherches, on a pu interroger de façon renouvelée, tant du point de vue des thérapeutes que des patients, les modalités de cohabitation entre pratiques qui se définissent ou qu'on définit comme relevant du religieux, pratiques qui se revendiquent du médical ou encore pratiques qui ne s'inscrivent pas dans cette dichotomie (Legrip-Randriambelo, dans ce numéro).

Un autre changement important de perspective et marquant « un nouveau départ pour l'anthropologie médicale » (Good et Del Vecchio Good, 2000 : 380) a été qu'à partir des années 1980, la biomédecine elle-même est devenue un objet légitime d'études anthropologiques. Jusque-là, en effet, elle était posée, à l'instar de la science, comme vérité universelle dépassant tout relativisme culturel. Distincte en cela des autres systèmes thérapeutiques, culturellement déterminés quant à eux, elle servait implicitement ou explicitement de référence pour les évaluer et étudier (Fainzang, 2000 : 13). Mais, depuis les années 1980, une partie de l'anthropologie médicale a adopté une perspective relativiste, en considérant la biomédecine comme un système ethnomédical à l'égal de tous les autres, produit comme tous les autres d'une construction historique et culturelle complexe, reflétant les valeurs et les normes des sociétés dans lesquelles elle s'est développée. À partir de quelques travaux pionniers (Hahn et Gaines, 1985 ; Lock et Gordon, 1988), de nombreuses études empiriques, portant sur diverses spécialités ou sous-spécialités médicales et leurs acteurs, ont montré que ce qu'on considérait comme une pratique et une connaissance aculturelles et monolithiques était en réalité profondément et diversement façonné culturellement et socialement (citons, parmi d'autres, Martin, 1991 ; Mol, 2002 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Lock et Nguyen, 2010). Plusieurs articles de ce numéro (Dupuis ; Linconstant ; Nédélec ; Pujol, Prodhomme et Chassagne) vont dans le même sens. Il ne s'agit évidemment pas de nier la réalité biologique de la douleur et de la souffrance, mais d'observer comment, dès

lors qu'on s'efforce d'expliquer, ordonner et traiter cette réalité, se produit un processus de contextualisation, dans lequel la relation dynamique de la biologie avec les valeurs culturelles et l'ordre social doit être prise en compte.

Partant du constat que les catégories biomédicales sont des catégories culturelles, l'école dite de Harvard, dont A. Kleinman, psychiatre et anthropologue, est le principal représentant, a remis ainsi en question les prétentions de la biomédecine à monopoliser la vérité sur une réalité ultime de la maladie : la maladie ne se réduit pas à cette réalité unique, n'est pas uniquement un fait objectif dont les uns seuls auraient la clé d'interprétation, mais est l'objet de constructions symboliques multiples (Kleinman, Eisenberg et Good, 1978 ; Kleinman, 1980 ; Good, 1977, 1994). La rencontre médecin/patient est alors envisagée comme une performance, dans laquelle deux constructions culturelles différentes d'une même réalité, à l'occasion en conflit l'une avec l'autre, sont mises en scène. Pour les étudier, Kleinman et ses collègues ont proposé une distinction, qui a fait florès, entre la maladie en tant qu'objet de savoir médical (*disease*) et la maladie vécue par le patient et expérience culturellement construite (*illness*) (Kleinman, Eisenberg et Good, 1978). La maladie-*illness* s'enracine, en effet, dans le contexte familial et social du patient et est ainsi reliée à la morale, à la cosmologie, au religieux (voir l'exemple qu'en donne C. Quagliariello, dans ce numéro). L'attention que lui portent les travaux de l'école de Harvard n'est pas pour remettre en cause la validité thérapeutique de la biomédecine, mais vise à la renforcer au contraire grâce à la prise en compte de la perspective du patient (Kleinman, 1980 ; Eisenberg et Kleinman, 1981). L'idée est qu'il faut traiter à la fois la maladie-*disease* et la maladie-*illness*, et donc que la biomédecine a besoin de la collaboration de l'anthropologie de la maladie-*illness*, afin de pouvoir non seulement soigner les symptômes mais aussi combler le besoin qu'ont les patients de donner un sens à leur expérience de la souffrance. Une idée analogue est exprimée par J. Benoist à la fin de son entretien avec S. Bindi dans ce numéro : « Le médecin sensibilisé à cela par l'anthropologie, en se penchant avec cette sensibilité élargie sur des discours de malades qui ne semblent pas avoir directement trait à leurs symptômes, accède mieux à leurs représentations et à leurs demandes informulées. Et il retrouve, via l'anthropologie, cette "partie manquante de la médecine" que souligna Andras Zempléni (1985). »

En dialogue et parfois en opposition avec l'école de Harvard, d'autres perspectives de recherche se sont ouvertes, critiquant des analyses trop centrées sur les variables culturelles et symboliques des représentations de la maladie, et mettant plutôt en avant les liens existant entre les processus sociopolitiques, d'un côté, et la souffrance et son traitement, de l'autre. En revendiquant une approche matérialiste, combinant l'économie politique et l'anthropologie médicale, certains ont souligné que, tout en se manifestant pathologiquement dans des corps individuels, les maladies sont les traces incorporées d'une histoire collective, la métonymie de processus sociopolitiques et économiques plus vastes qui génèrent des conditions de vie inégales pour les sujets en fonction de leur position sociale (Farmer, 1999, 2003 ; Fassin, 2006, 2020). De nombreuses études ont été consacrées aux multiples enjeux de pouvoir, de contrôle, de résistance qu'impliquent les pratiques biomédicales et les politiques de santé (Fassin, 1996 ; Dozon et Fassin, 2001 ; Pordié, 2005 ; Legrip-Randriambelo, dans ce numéro). D'autres ont essayé de combiner

une prise en compte des processus de domination avec une approche centrée sur les dimensions sémiologiques des processus thérapeutiques (Lock et Scheper-Hughes, 1996) ou une ethnographie sensible aux expériences vécues et aux subjectivités (Biehl, 2005).

L'ensemble des évolutions que nous venons de rapporter ont évidemment profondément influencé l'étude des relations entre médical et religieux qui constitue le thème central de ce numéro. C'est en tirant profit des outils et perspectives d'analyse qui se sont développés ces dernières décennies que les divers articles recueillis s'attachent à réfléchir aux reconfigurations contemporaines du médical, du religieux et de leurs croisements. À travers les divers cas concrets dont ils traitent en différents milieux et les regards qu'ils proposent sur lesdites reconfigurations, ces articles peuvent quant à eux contribuer à l'enrichissement des multiples domaines d'études aujourd'hui ouverts dans le vaste champ renouvelé et élargi de l'anthropologie médicale.

Médecine(s) et religion(s) dans des paysages thérapeutiques pluriels

Les trois premiers articles ont comme point commun d'analyser des pratiques et représentations qui existent au sein de contextes thérapeutiques pluriels. Deux d'entre eux, fondés sur des ethnographies réalisées respectivement en Italie et à Madagascar, s'intéressent aux façons dont des pratiques thérapeutiques différentes de la biomédecine et qui se revendiquent du religieux, du médical ou des deux coexistent les unes avec les autres et avec la biomédecine. Le troisième se consacre à une seule pratique thérapeutique, le « néo-chamanisme » en France, pour proposer une analyse de sa logique interne et du type de « guérison » qu'elle propose. Ce faisant, ces trois articles s'inscrivent dans la continuité directe des études sur le pluralisme médical, et notamment de celles qui ont abordé, au cours des dernières décennies, la cohabitation du religieux et du médical et les « gestions religieuses » de la santé (Benoist, 1996 ; Lautman et Maître, 1996 ; Massé et Benoist, 2002 ; Schmitz, 2006 ; Durisch-Gauthier, Rossi et Stolz, 2007 ; Pordié et Simon, 2013 ; Kessler-Bilthauer et Evrard, 2018 ; Rougeon et Denizeau, 2021).

Quelles frontières et pour qui ?

La nature des frontières entre pratiques qui se revendiquent les unes du religieux, les autres du médical, la perception qu'en ont les acteurs, les stratégies qu'ils adoptent à ce propos sont donc les questions au cœur des deux premiers articles, de C. Quagliariello et O. Legrip-Randriambelo.

C. Quagliariello les aborde du point de vue des patients : des femmes sénégalaises immigrées, qu'elle a côtoyées dans une maternité en Italie centrale et qui, pour concevoir un enfant, pendant la grossesse et après l'accouchement, ont recours, à côté des traitements biomédicaux, à des pratiques religieuses tirées de l'islam. En revanche, c'est du point de vue des thérapeutes (biomédecins, exorcistes appartenant au mouvement protestant du Réveil luthérien malgache et devins-guérisseurs prodiguant des soins en collaboration avec des entités spirituelles locales) qu'O. Legrip-Randriambelo pose la question des frontières entre médical et religieux, dans le contexte du paysage thérapeutique pluriel de la région betsileo des hautes terres de Madagascar, à un moment où ce paysage est refaçonné par de nouvelles normes et formes de bureaucratization des pratiques de soin mises en place par l'État et par l'OMS.

Ces deux textes montrent bien comment la biomédecine construit des frontières via ses pratiques et politiques de santé. Mais ils illustrent aussi la nature processuelle, dynamique, voire contestée de cette construction. Les frontières n'ont pas le même sens pour tous les acteurs, qu'ils soient spécialistes ou patients, et elles sont par eux continuellement traversées et retracées. En Italie, même si certains soignants regardent d'un mauvais œil des pratiques qu'ils jugent irrationnelles et potentiellement nocives, leurs patientes tendent à combiner le biomédical et le religieux, dans une logique pragmatique de maximisation de l'efficacité, en ne les considérant nullement comme incompatibles : une attitude fréquemment observée chez les patients dans des contextes thérapeutiques pluriels, ainsi que le rappellent J. Benoist et S. Bindi dans ce numéro. À Madagascar, si l'idéologie sous-tendant les politiques officielles de santé tend à obliger les thérapeutes qui ne sont pas biomédecins à prendre position entre religieux et médical, on n'en constate pas moins une importante circulation de techniques, représentations et savoirs entre spécialistes de diverses sortes. Et la distinction entre religieux et médical n'est pas propre à tous, tandis qu'elle semble pour d'autres en constante redéfinition, en réponse à des situations spécifiques.

Tout comme d'autres auteurs, qui ont mis l'accent sur l'hybridité thérapeutique, les « zones frontalières » et les « réseaux », « les cultures », les « paysages » médicaux (Johannessen et Lázár, 2006 ; West et Luedke, 2006 ; Baer, 2011), C. Quagliariello et O. Legrip-Randriambelo nous invitent, à travers leurs analyses, à ne pas penser les interactions entre religieux et médical comme se produisant entre deux domaines ou systèmes distincts et cohérents bien définis, mais comme des processus hétérogènes (les acteurs pouvant avoir dans un même contexte des positionnements différents) et en constante transformation.

Au-delà des découpages

Il existe aussi des pratiques qui remettent en question l'hiatus entre religieux et médical, non pas parce qu'elles le dépassent de diverses façons, mais parce qu'elles s'y opposent ouvertement et prennent sens dans cette opposition. C'est ce que montre l'article de D. Lombardi, consacré à la pratique « néo-chamanique » en France. C'est en permettant aux participants d'adopter – via la rencontre avec des êtres non humains – une attitude fortement réflexive envers leurs états intérieurs et les actions ritualisées qu'ils entreprennent que cette pratique leur donne la sensation de s'autoguérir. De manière explicite, elle se revendique ainsi simultanément du spirituel et du thérapeutique.

C'est également le cas de nombreuses autres pratiques, au succès croissant desquelles invite à réfléchir cet exemple ethnographique du « néo-chamanisme » en France : mouvements New Age, mouvements se réclamant de spiritualités (comme le bouddhisme) ou maîtres spirituels (comme les gourous indiens) venus d'ailleurs, mouvements que R. Dericquebourg (2001) a appelés les « religions de guérison » (comme l'antoinisme, l'Église de la science chrétienne, l'Église de scientologie, etc.) ou encore mouvements de nouveau religieux au sein du christianisme lui-même (tels que le nouveau charismatique ou le pentecôtisme). Bien que très différents les uns des autres, tous ces mouvements ont en commun de construire leur spécificité et leur

attractivité sur une remise en cause délibérée de la frontière entre religion (thérapie de l'âme) et médecine (thérapie du corps). Ils s'opposent à la vision biologique et mécaniste dominante de la biomédecine, qui, comme l'a noté Kleinman, laisse inassouvi le besoin que peuvent avoir des patients de donner sens à leur souffrance et de l'inscrire dans les logiques sociales et collectives⁸. Et ils répondent à ce besoin en proposant d'autres modèles du corps, de la maladie, de la guérison, en ne coupant pas la maladie du social, en valorisant généralement une approche globale de l'être humain insistant sur l'unité entre le corps, l'âme et l'esprit, et en intégrant souvent des éléments de thérapies psychologiques et psychiatriques aux éléments religieux⁹.

Biomédecine et religion

Les quatre articles qui suivent (E. Nédélec ; L. Linconstant ; N. Pujol, C. Prodhomme et A. Chassagne ; D. Dupuis) s'inscrivent en continuité avec la vaste littérature, mentionnée plus haut, qui s'attache à analyser, via des approches ethnographiques fines, les pratiques et les savoirs de la biomédecine. Il n'est plus question, comme dans les trois textes précédents, de pratiques médicales et religieuses existant au sein de contextes thérapeutiques pluriels, dominés par la biomédecine. C'est à la présence dans la biomédecine elle-même du religieux ou de quelque chose qui, selon les acteurs, s'en rapproche, que ces articles s'intéressent. Le « religieux », en l'occurrence, ne renvoie pas à des pratiques qui s'en réclament ouvertement, en proposant des formes de thérapie alternatives à la biomédecine. Il ne fait pas non plus allusion à la dimension religieuse ou rituelle que, de l'extérieur, des anthropologues ont vue dans certaines pratiques et représentations biomédicales. Il fait référence soit à des concepts tirés de religions instituées ou relevant des sphères du sacré et du spirituel et consciemment utilisés par des soignants dans leur relation clinique avec leurs patients (Nédélec ; Pujol, Prodhomme et Chassagne) ; soit à l'interférence d'institutions religieuses désireuses d'intervenir dans la promulgation des lois et normes pouvant ou devant entourer certaines pratiques médicales (Linconstant ; Dupuis). Dans les deux cas, la référence au religieux (ou au sacré) n'est donc pas une interprétation par l'anthropologue des faits observés. Elle est elle-même un de ces faits, elle est assumée par les acteurs eux-mêmes. Quelles formes prend cette présence du religieux au sein de pratiques ou processus biomédicaux ou en lien avec eux ?

Articulations asymétriques

Dans les cas présentés par E. Nédélec et par N. Pujol, C. Prodhomme et A. Chassagne, le religieux, nous l'avons dit, est introduit à l'initiative même des spécialistes dans la

⁸- Dans un marché de la santé toujours plus diversifié, il existe aussi de multiples pratiques (dites parallèles, douces ou alternatives, comme l'homéopathie, l'acupuncture, la naturopathie, etc.) qui, tout en ne se présentant pas comme religieuses ou spirituelles, proposent des modèles de santé et du corps différents de ceux de la biomédecine et qui unifient souvent les dimensions physique, psychique et spirituelle de la personne. Et certains estiment que ces pratiques marquent aussi un rapprochement du médical et religieux, du fait de « la structure de leurs explications, leurs formes de validation des étiologies, des thérapies et des pouvoirs des thérapeutes » (Benoist et Bindi, dans ce numéro ; voir aussi Gueullette et Denizeau, 2015).

⁹- Selon D. Hervieu-Léger (2006), l'essor de ces pratiques spirituelles et thérapeutiques – tout comme le mouvement plus vaste dont elles font partie et qu'une partie de la sociologie des religions appelle « le retour du religieux » – est à mettre en rapport avec une caractéristique spécifique de la modernité et de sa dynamique « utopique » que la science et la biomédecine contribuent à produire. Ces nouvelles formes de religiosité se développent en effet dans un espace d'attente et de tension, créé par l'opposition, caractéristique de la modernité, entre le monde limité du présent avec ses contradictions et le monde illimité du futur (l'horizon du progrès).

relation clinique avec les patients. On assiste donc à une forme d'articulation, de synergie entre religieux et biomédecine. Quelles en sont les raisons ? Et comment en sont établies les conditions et les normes ?

E. Nédélec a observé l'imbrication des registres discursifs biomédicaux et religieux dans la pratique des spécialistes d'un service d'oncologie en Côte d'Ivoire, et elle montre qu'ils font « un usage volontaire et stratégique » des références religieuses (issues essentiellement du christianisme et de l'islam). D'un côté, cet usage est à mettre en relation avec la nécessité de combler la faible légitimité institutionnelle, médicale et sociale qu'a encore l'oncologie dans le contexte local, où elle demeure une médecine « en construction, en évolution et en improvisation ». De l'autre, il permet aux spécialistes de faire face aux doutes et aux inquiétudes concernant l'issue de la maladie (le patient pourra-t-il guérir ?) et de trouver une bonne façon de communiquer avec le malade, en cas de mauvaise nouvelle à lui annoncer.

N. Pujol, C. Prodhomme et A. Chassagne, de leur côté, ont mené leur étude sur l'inclusion, au sein de la pratique clinique, du religieux ou, plutôt, de la spiritualité (selon leur terminologie et celle qui est le plus souvent employée dans les débats et politiques sanitaires sur la question) dans plusieurs unités françaises de soins palliatifs, un secteur où la prise en compte de la « spiritualité » est traditionnellement très présente. En Amérique du Nord, dans un contexte de grand essor du champ disciplinaire du *spiritual care* – prenant appui sur une littérature scientifique qui s'intéresse précisément aux effets de la religion et de la spiritualité sur la santé –, les équipes soignantes incluent de plus en plus des figures de spécialistes du spirituel, formés à l'université, émancipés de toute tutelle religieuse et qui adoptent un langage biomédical pour parler de leur domaine même (à travers des notions comme celle d'« *evidence based spiritual care practice* » ou celle d'« anamnèse spirituelle »). À un tel modèle, qui est en train de se répandre aussi en Europe, s'opposent en revanche les spécialistes en soins palliatifs rencontrés par N. Pujol, C. Prodhomme et A. Chassagne. À leurs yeux, le savoir concernant la bonne manière et les moments d'aborder des questions spirituelles avec les patients ne se prête pas à la protocolisation. Il doit être appris par l'expérience et être appliqué en l'adaptant au cas par cas.

Dans les deux cas décrits, service d'oncologie en Côte d'Ivoire et soins palliatifs dans des unités françaises, l'articulation entre religion (ou spiritualité) et biomédecine s'effectue de façon asymétrique. Le religieux (ou le spirituel) est utilisé comme une ressource, un outil permettant à des spécialistes ou à des institutions biomédicales de remédier à ce qu'ils perçoivent comme des faiblesses ou des manques : l'incertitude, un aspect central de toute pratique biomédicale et dont le sociologue T. Parsons (1951) a été un des premiers à souligner l'ampleur ; le face-à-face avec l'échéance possible ou probable de la mort ; un modèle de relation médecin/patient dont est bannie toute humanité ; une vision mécaniciste du corps, ne pouvant répondre aux besoins de signification du patient.

Néanmoins, les modalités de cette articulation asymétrique du religieux (ou du spirituel) avec le biomédical sont extrêmement variées et les normes la définissant sont loin de faire consensus. Alors que dans certains contextes, comme dans le cas

décrit par E. Nédélec, les références au religieux sont utilisées de manière personnelle et en dehors de toute réflexion explicite ; dans d'autres, comme en Amérique du Nord, des normes précises s'imposent, menant à une sorte de « médicalisation » du religieux ; et dans d'autres encore, comme dans les unités de soins palliatifs décrites par N. Pujol, C. Prodhomme et A. Chassagne, une réflexion bien présente sur le spirituel conduit les spécialistes à rejeter explicitement tout modèle médicalisé, qui ferait perdre à la spiritualité le rôle important qu'elle peut jouer dans la qualité des relations interpersonnelles de soin.

Empiètements, aménagements et frictions

Religion et biomédecine peuvent aussi entrer dans des rapports de compétition voire de friction à propos de domaines que chacune considère comme relevant de sa compétence exclusive ou principale, ressentant alors toute intervention de l'autre comme une intrusion ou un empiètement illégitimes. C'est ce qu'illustrent les articles de L. Linconstant et D. Dupuis. Quelles sont les facteurs générateurs de ces situations de tension ? Quelles stratégies les acteurs (institutions et personnes) mettent-ils en place pour gérer de telles tensions ?

L. Linconstant traite de l'implication du religieux en Italie dans ce qui touche à la Procréation médicalement assistée (PMA)¹⁰, tant sur le plan législatif qu'en ce qui concerne les choix des particuliers. Officiellement, l'Église catholique condamne tout recours à la PMA, mais pour éviter une situation ouverte de conflit, elle a été amenée à chercher un « aménagement pratique », à travers son intervention dans la promulgation d'une loi régulant la PMA, en en gommant les aspects qu'elle jugeait les plus négatifs. Autre aménagement, celui de femmes qui recourent à la PMA, tout en continuant de se considérer comme catholiques : elles rompent, non pas avec la foi, mais avec les représentants de l'Église, considérés comme non habilités à pouvoir légiférer sur ces questions.

L'article de D. Dupuis est centré sur les processus, actuellement en cours en Europe et en Amérique du Nord, de valorisation du potentiel thérapeutique de substances hallucinogènes, qui font de plus en plus l'objet d'essais cliniques et sont considérées par certains cliniciens comme la prochaine génération de traitements des troubles psychiatriques. L'auteur souligne le rôle central joué dans ce contexte, à côté de groupes militants de différentes natures, par des groupes issus d'organisations religieuses utilisant elles-mêmes des hallucinogènes, comme, par exemple, les mouvements brésiliens du *Santo Daime* et de l'*União do Vegetal*. Pour ces organisations, l'usage des hallucinogènes n'a certes pas seulement une fonction thérapeutique. Mais certains groupes en leur sein voient dans la reconnaissance de cette fonction par l'autorité médicale l'opportunité d'une légitimation plus générale de l'ensemble de leurs pratiques, ce qui les conduit à collaborer activement au processus de médicalisation. Une telle stratégie ne fait cependant pas l'unanimité et, à l'intérieur des organisations concernées, des voix divergentes se sont élevées, déplorant que dans ce processus de médicalisation s'efface la dimension « spirituelle » qui constitue la raison d'être fondamentale de l'utilisation

¹⁰- L'auteur utilise dans le texte le terme « Assistance Médicale à la Procréation (AMP) » qui est celui qui est inscrit dans la loi de bioéthique et dont l'usage est privilégié par l'Agence de la biomédecine.

des hallucinogènes.

Les deux articles mettent en présence une même sorte de fait, montrent comment des institutions religieuses et la biomédecine se disputent le contrôle d'un espace donné : la procréation dans un cas, la finalité de l'utilisation de substances hallucinogènes dans l'autre. Ce sont là deux exemples du développement continu d'un processus plus général qu'à la suite de quelques travaux pionniers, comme celui de I. Zola (1972), une partie de la sociologie et de l'anthropologie de la santé a nommé « médicalisation » : à savoir l'importance croissante de la biomédecine dans la vie quotidienne depuis les dernières décennies du xx^e siècle, faisant que de nombreux aspects de l'existence auparavant pris en charge par la religion ou d'autres institutions sont devenus graduellement de son domaine de compétence et de régulation. Et l'on voit dans l'article de L. Linconstant comme dans celui de D. Dupuis comment la biomédecine peut à cet égard exercer, directement ou indirectement, une profonde influence à la fois sur l'expérience et les représentations collectives et au niveau législatif et juridique. Au terme d'un long processus, la PMA a fini par être légalisée en Italie et elle y est largement acceptée et pratiquée, y compris par des personnes de foi catholique. De même, en de nombreux pays, notamment aux États-Unis et au Canada, la perspective de l'utilisation thérapeutique de substances hallucinogènes a amené une évolution progressive du regard porté sur l'expérience hallucinatoire, auparavant considérée généralement comme pathologique et de plus en plus envisagée au contraire comme potentiellement bénéfique ; et elle a parallèlement enclenché un mouvement graduel de dépénalisation de l'usage de ces substances. Face à ce pouvoir de la biomédecine de façonner les pratiques, les représentations, les dispositions légales, les organisations religieuses n'ont souvent d'autres possibilités que de chercher un accommodement. Elles doivent, faute de pouvoir s'y opposer, tenter de collaborer aux processus d'expansion des domaines de compétence de la biomédecine.

Les deux articles montrent aussi, néanmoins, que tout ne se résume pas à une prévalence grandissante de la biomédecine, qu'elle entraîne souvent plutôt une adaptation et une transformation qu'un effacement ou une subordination du religieux et que le processus général de médicalisation qu'on a évoqué s'avère, si on l'observe de manière minutieuse, infiniment complexe. Tout d'abord, les stratégies adoptées par les acteurs religieux peuvent déboucher sur des aménagements leur permettant de perdre le moins de terrain possible (l'Église catholique, dans l'article de L. Linconstant) ou sur des collaborations dont ils tirent profit (les groupes religieux décrits par D. Dupuis). Ensuite et surtout, les situations de tension résultant de l'expansion de la biomédecine peuvent susciter paradoxalement un retour du religieux ou de quelque chose qui lui ressemble, là où on pouvait le penser en voie de disparition. L. Linconstant expose ainsi que les patientes qui décident de suivre un parcours de PMA ne se bornent pas, bien souvent, à mettre de côté les normes édictées par l'Église et à privatiser leurs pratiques de culte, mais finissent par instaurer des modes très intimes de relation avec la figure divine, au point que celle-ci devient parfois pour elles un « partenaire thérapeutique » plus fiable que les soignants et dont « l'avis » est davantage suivi. D. Dupuis, de son côté, montre que les voix qui s'élèvent contre la pure et simple médicalisation des hallucinogènes ne sont pas seulement les avocates nostalgiques de croyances locales périmées et dépassées. Leur critique de la vision mécaniste et neurocentrique sur laquelle

repose l'usage thérapeutique des hallucinogènes tel que l'envisage la biomédecine est aussi la défense et la promotion d'une autre vision de l'homme et de l'esprit humain, en connexion avec des entités spirituelles et non humaines, qui est loin d'être sans écho dans le monde contemporain.

Questions et perspectives

L'entretien de S. Bindi avec J. Benoist, qui clôt ce numéro, retrace l'itinéraire de J. Benoist, médecin et anthropologue, spécialiste des sociétés créoles. C'est l'occasion de dresser un vaste panorama de l'anthropologie médicale et des problématiques fondamentales qu'elle ouvre aujourd'hui, en mettant en perspective de nombreux thèmes de recherche évoqués dans cette introduction ou explorés par les différents articles de ce numéro, en abordant aussi des questions épistémologiques centrales, directement corrélées à la complexité d'une position médiane entre médecine et anthropologie et aux liens entre ces deux disciplines. Au fil de l'entretien, le lecteur peut prendre la mesure de l'importante contribution de J. Benoist tant à la connaissance des sociétés créoles qu'au développement de l'anthropologie médicale et à notre connaissance des rapports entre pratiques médicales et domaine religieux.

De par leur richesse et leur diversité, les textes ici réunis amènent à constater que l'étude des relations entre médical et religieux, tout en étant un des thèmes les plus classiques de l'anthropologie, demeure aujourd'hui d'une extrême vitalité et actualité. Et ce numéro 11 de *cArgo*, s'il est évidemment loin de pouvoir prétendre à l'exhaustivité, s'est donné pour mission de faire découvrir au moins quelques-unes des multiples formes que prennent de nos jours ces relations. Il montre tout particulièrement qu'il s'agit de formes toujours culturellement et socialement situées, qui nécessitent une approche très attentive à ne pas surinterpréter la réalité de terrain et qui ne cessent de se redéfinir au gré des changements sociaux et politiques et des contacts interculturels. En lui-même et de par ses croisements avec d'autres domaines de recherche, le champ de l'anthropologie médicale est aujourd'hui, de manière générale, infiniment ouvert et riche de questionnements. On espère que ce numéro de *cArgo*, par-delà les études ponctuelles et elles-mêmes ouvertes qui le composent, en donnera pleinement l'idée.

Références bibliographiques

Ackerknecht E. H.,

1946, « Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine », *Bulletin of the History of Medicine*, 19 : 467-497.

Adams V., Schrempf M. et Craig S. R. (éds.),

2011, *Medicine between Science and Religion: Explorations on Tibetan Grounds*, Oxford, New York, Berghahn.

Augé M.,

1984, « Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement », in Augé M. et Herzlich C. (dir.), *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines : 35-92.

Augé M.,

1986, « L'anthropologie de la maladie », *L'Homme*, 26/1-2 : 81-90.

Augé M. et Herzlich C. (dir.),

1994, *Le sens du mal : Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines.

Baer H.,

2011, « Medical Pluralism » in Singer M. et Erickson P. (eds.), *A Companion to Medical Anthropology*, Oxford, Wiley-Blackwell : 405-423.

Benoist J. (dir.),

1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.

Biehl J.,

2005, *Vita : Life in a Zone of Social Abandonment*, Berkeley, University of California Press.

Comaroff J.,

1984, « Medicine, Time and the Perception of Death », *Listening: Journal of Religion and Culture*, 19 : 155-169.

Crandon-Malamud L.,

1991, *From the Fat of Our Souls. Social Change, Political Process, and Medical Pluralism in Bolivia*, Berkeley, University of California Press.

Dericquebourg R.,

2001, *Croire et guérir. Quatre religions de guérison*, Paris, Éditions Dervy.

Dozon J.-P. et Fassin D. (dir.),

2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland.

Durisch-Gauthier N., Rossi I. et Stolz J. (dir.),

2007, *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*, Genève, Labor et Fides.

Eisenberg L. et Kleinman A.,

1981, « Clinical Social Science », in Eisenberg L. et Kleinman A. (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht, The Netherlands, Reidel : 1-23.

Evans-Pritchard E. E.,

1937, *Witchcraft, Oracles, and Magic among the Azande*, Oxford, Clarendon Press.

Fainzang S.,

1988, « La Maladie De Lucie », *Ethnologie Française*, 18/1 : 55–63.

Fainzang S.,

1995, « L'alcool, les nerfs, le cerveau et le sang », *L'Homme*, 135/3: 109-125.

Fainzang S.,

2000, « La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale », *Ethnologies comparées* [En ligne], Disponible sur : <http://recherche.univ-montp3.fr/cerce/r1/s.f.htm>.

Farmer P.,

1999, *Infections and Inequalities. The Modern Plagues*, Berkeley, University of California Press.

Farmer P.,

2003, *Pathologies of Power. Health, Human Rights and the New War on the Poor*, Berkeley, University of California Press.

Fassin D.,

1996, *L'espace politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France.

Fassin D.,

2006, *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte.

Fassin D.,

2020, *De l'inégalité des vies*, Paris, Collège de France.

Foster G. M.,

1976, « Diseases Etiologies in Non-Western Medical Systems », *American Anthropologist*, 78/4 : 773-782.

Foucault M.,

1963, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France.

Good, B. J.,

1977, « The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1 : 25-58.

Good B. J.,

1994, *Medicine, Rationality, And Experience. An Anthropology Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press.

Good B. J. et Del Vecchio Good M.-J.,

2000, « "Parallel Sisters": Medical anthropology and medical sociology », in Bird C., Conrad P. et Fremont A. (eds.), *Handbook of medical sociology*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall : 377-388.

Gordon D.,

1988, « Tenacious Assumptions In Western Medicine », in Lock M. et Gordon D. (eds.), *Biomedicine Examined: Culture, Illness, and Healing*, Dordrecht and Boston MA, Kluwer Academic Publishers : 19-56.

Grmek M. (dir.),

1995, *Histoire de la pensée médicale en Occident. Tome 1 : Antiquité et Moyen Âge*, Paris, Seuil.

Gueullette J.-M. et Denizeau L.,

2015, *Guérir. Une quête contemporaine*, Paris, Éditions du Cerf.

Guillemain H.,

2006, *Diriger la conscience, guérir les âmes. Une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses (1830-1939)*, Paris, La Découverte.

Hahn R. A. et Gaines, A. D. (eds.),

1985, *Physicians of Western Medicine. Anthropological Approaches to Theory and Practice*. Dordrecht, The Netherlands, Reidel.

Hallowell A. I.,

1941, « The Social Function of Anxiety in a Primitive Society », *American Sociological Review*, 6 : 869-881.

Hervieu-Léger D.,

2006, « Religion et Modernité », in Mesure S. et Savidan P., *Dictionnaire des Sciences Humaines*, Paris, Presses Universitaires de France : 981-83.

Jaffré Y. et Olivier De Sardan J.-P. (dir.),

2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

Johannessen H. et Lázár I. (eds.),

2006, *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*, New York, Oxford, Berghahn.

Kessler-Bilthauer D. et Evrard R. (dir.),

2018, *Sur le divan des guérisseurs...et des autres. À quels soins se vouer ?*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines.

Kleinman A., Eisenberg L. et Good B. J.,

1978, « Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research », *Annals of Internal Medicine*, 88 : 251-258.

Kleinman A.,

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

Lang C. et Jansen E.,

2013, « Appropriating Depression: Biomedicalizing Ayurvedic Psychiatry in Kerala, India », *Medical Anthropology*, 32/1 : 25-45.

Laplantine F.,

1982, « La Maladie, la guérison et le sacré », *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 54/1 : 63-76.

Laplantine F.,

1986, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.

Lautman F. et Maître J. (dir.),

1996, *Gestions religieuses de la santé*, Paris, L'Harmattan.

Le Breton D.,

2008, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses Universitaires de France.

Leslie C.,

1976, « Introduction », in Leslie C. (ed.), *Asian Medical Systems*, Berkeley, University of California Press : 1-17.

Lloyd G. E. R.,

1979, *Magic, Reason and Experience. Studies in the Origin and Development of Greek Science*, Cambridge-London-New York-Melbourne, Cambridge University Press.

Lock M. et Gordon D. (eds.),

1988, *Biomedicine Examined. Culture, Illness, and Healing*, Dordrecht and Boston MA, Kluwer Academic Publishers.