

Le corps exclu : notes sur le sida en Malaisie

Silvia Vignato *

Durant ces quinze dernières années, une industrialisation éclair et une politique de développement exacerbée ont donné à la Malaisie son aspect actuel de pays riche parmi les non-riches. Il existe ainsi, en Malaisie, un réseau public de soins (hôpitaux et dispensaires) correct et accessible depuis tous les recoins de la nation, où l'on trouve les principales catégories de médicaments [Suleiman, 1993]. Néanmoins, l'épidémie du sida progresse rapidement : en juin 1997, on comptait environ 21 000 séropositifs et un millier de malades, et on relevait 400 nouveaux infectés par mois [Kementerian Kesihatan Malaysia, 1997]; l'augmentation de la transmission *in utero* et la diffusion des cas dans l'ensemble du pays confirmaient l'expansion de l'épidémie [MAC, 1997]. L'épidémie est répandue de façon assez homogène dans l'ensemble de la Malaisie. Les États du Nord (Perlis, Kedah et Kelantan) sont très lourdement concernés par la toxicomanie en raison de leur proximité avec la Thaïlande, pays producteur d'héroïne [Singh, Crofts, 1993]. De très nombreux cas de sida se sont déclarés dans les villages de pêcheurs malais, probablement à cause des déplacements fréquents des pêcheurs et de leur utilisation de drogue, et dans les plantations, où les changements dans les systèmes d'embauche créent du chômage et facilitent la diffusion de la toxicomanie chez les jeunes. Les structures étatiques ne fournissent pas d'inhibiteurs de protéases.

Dans cet article, je rends compte d'une enquête préliminaire sur le sens de la prise en charge du corps malade proposée par l'État malaysien, d'abord, et ensuite, par des centres thérapeutiques « ethniques » autonomes. Je fais l'hypothèse que l'État malaysien, essentiellement constitué par des Malais et inspiré de l'islam, réagit à l'épidémie sans tenir compte de la « réalité ethnique » de ses citoyens (60 millions d'individus classés en trois groupes ethniques séparés : 60 % de Malais, 30 % de Chinois, 10 % d'Indiens). Cette cécité s'expliquerait par le but gouvernemental d'inscrire dans le corps de chaque citoyen une idéologie nationale qui ne lui correspond

* Lasema, CNRS.

Cet article est basé sur une enquête spécifique de trois mois menée en Malaisie en 1997, à Kuala Lumpur et dans l'État de Perlis. L'enquête a été financée par le CNRS (Irsa-SHS), mais n'aurait pas été possible sans le soutien du Malaysian Aids Council, et surtout de l'inépuisable Susan Chong, que je remercie. Merci aussi à Daniel Perret pour son aide logistique.

pas, pas entièrement du moins. Pour vérifier cette hypothèse, je m'appuie sur des enquêtes effectuées pendant trois mois en ville (Kuala Lumpur et Penang) et en milieu rural (Perlis, Kedah). Comme l'objet de l'analyse est le décalage entre les actions institutionnelles et les perceptions communes aux trois ethnies malaysiennes, je considérerai toujours la société malaysienne dans son ensemble. La politique de l'État en matière de santé n'est d'ailleurs pas sélective selon l'ethnie.

Le sida aux yeux de l'État: le risque de l'infection morale

La position idéologique: le « risque » défini comme l'utilisation immorale de son corps

Dans leur discours médiatique et institutionnel sur le sida, les représentants de l'État malaysien¹ ont misé sur la stigmatisation de « groupes à risque » (en malais, *golongan berisiko*). Le critère général d'identification des individus y appartenant tient à une certaine conception du statut moral du corps par rapport à l'ensemble de la société: on « risque » le sida par n'importe quel acte physique exécuté en dehors ou contre la loi morale, celle-ci recoupant, en partie, la morale islamique. En effet, dans la presse, les responsables gouvernementaux indiquent comme personnes « à risque », outre les toxicomanes² et les prostituées, tous ceux qui plus généralement se rendent coupables du péché de *zina*, « fornication » – péché défini par la loi islamique et puni par la loi fédérale malaysienne: les hommes homosexuels et les couples non mariés, d'abord, mais aussi les femmes homosexuelles et ceux qui pratiquent la masturbation [*Berita Harian*, 4 avril 1996; *Utusan Malaysia*, 27 février 1996; *Watan*, 14 juin 1996]. La même idée inspire les campagnes de sensibilisation à l'affichage³. La fornication mortelle aurait en outre une nature non malaysienne, liée à l'Occident ou à une occidentalisation des mœurs⁴: dans les affiches et à la télévision, on voit des bars équivoques de style moderno-occidental, des femmes en minijupe en attitude de promiscuité, des costumes-cravates et, ici et là, des chevelures blondes. L'alcool aussi, interdit aux musulmans et « typiquement occidental⁵ », apparaît comme

1 Il y a eu des contrastes entre les diverses instances du gouvernement fédéral au sujet du sida. La version homogène que je présente est ce qui résulte de l'attitude globale montrée par les porte-parole et par les intervenants du gouvernement.

2 En Malaisie, est « toxicomane », et bon pour trois ans de réhabilitation forcée, quiconque, soumis à contrôle (n'importe qui peut être arrêté et soumis à test), présente dans son sang ou dans ses urines des traces de dérivés de la morphine mais aussi de THC, le principe actif de la *cannabis indica*.

3 Des affichages brefs et écrits en malais et en anglais, dont l'impact reste faible auprès des importantes minorités linguistiques existant dans le pays, notamment celles utilisant un alphabet spécifique (tamoul, bengali, arabe). Le problème linguistique de la communication sur le sida est d'ailleurs signalé par les volontaires des ONG, qui manquent de mots techniques et aseptisés pour aborder « certains sujets » sans devenir lubriques.

4 Cf. les entretiens avec la vice-ministre de la santé, M^{me} Harrison Aziz Shahabudin, *Utusan Malaysia*, 27 février 1996 et *Beyrer*, 90-91. Le discours qui tranche entre les Malaisiens, porteurs « naturels » d'une morale asiatique, et « les Occidentaux », dégénérés et débauchés, n'est pas une nouveauté en Malaisie. À ce sujet, cf. l'ouvrage écrit par le Premier ministre Muhammad Mahatir en 1980, *The Challenge*.

5 En réalité, la Malaisie connaît un problème d'alcoolisme de plus en plus grave qui n'est pas du tout dû à une occidentalisation des mœurs. L'abus d'alcool, fléau traditionnel des Tamouls, semble s'étendre aux Chinois aussi.

dangereusement lié au sida: sous les effets de l'alcool, explique-t-on, on tend à commettre des actions immorales.

Les conséquences pratiques: l'exclusion des coupables de la société civile

Cette équivalence entre « risque » et immoralité, où le risque, notion statistique, est assimilé à la cause de la maladie [Herzlich, Pierret, 1998 : 1 109-10], mène les organismes étatiques à conseiller une seule modalité de prévention: l'abstinence, la droiture morale. Le refrain répété dans la presse, dans les (rares) campagnes de sensibilisation et dans les actions les plus visibles des ONG est qu'en Malaisie, on ne cherche pas à développer le *safe sex* (rapports sexuels protégés), mais plutôt le *right sex* (rapports sexuels justes, de droit): à l'intérieur du mariage. Proposer le préservatif, dans cette optique, équivaldrait à inciter les gens, notamment les jeunes, à persévérer dans leur comportement immoral, car il n'y aurait même plus la peur du sida pour les arrêter; proposer l'échange de seringues ou montrer la façon correcte de les nettoyer aurait le même effet [Vignato, 1999]. L'État refuse donc d'accepter un corps sain mais immoral⁶. On remarquera d'ailleurs que cette position n'arrête pas la production malaysienne de préservatifs, une des plus importantes au monde entier.

Dans l'image gouvernementale du sida, le corps qui enfreint la loi morale devient un corps terrible, obscène, souffrant, mourant et donnant la mort – non seulement coupable de *zina*, mais aussi dangereux. On décrit les séropositifs comme des porteurs de mort; on montre à l'affiche des corps parfois monstrueux (débilisés, ravagés par des infections qui n'ont jamais concerné la Malaisie), parfois désirables et trompeurs (les filles occidentalisées et tentatrices des karaoké). Bien que dans les mots, on invite à la tolérance, les images poussent plutôt à la répression (des tentations) et à l'exclusion (des coupables). Dans les aires où j'ai enquêté, les enfants et beaucoup d'adultes réagissent à la mention « *Aids* » avec le slogan du spot télévisé, repris à l'affiche: « *Aids, pembunuh* » (le sida est un assassin). La charge de mort associée au sida s'alourdit davantage avec les affirmations des doctes en islam pour lesquels l'individu coupable est le seul responsable de son état [Ishak Mohammad Sood, *Utusan Malaysia*, 16 juillet 1996]. Les campagnes ne cessent de rappeler qu'on ne risque rien à partager sa vie quotidienne avec un séropositif, mais ce dernier, désigné comme assassin, finit par porter la responsabilité de sa mort tout seul, même lorsqu'il est censé faire partie des « victimes innocentes » (dont l'archétype est la femme fidèle d'un débauché).

Parce qu'elles sont dangereuses pour l'ensemble de la société, en Malaisie, les « personnes à risque » doivent être sous contrôle. Or *zina*, la fornication, est une infraction à la loi. La police a le droit d'arrêter tout « suspect », homme ou femme dont le corps semble dénoncer une pratique immorale (de toxicomanie, d'homosexualité, de fornication...), puis d'effectuer sur lui un contrôle systématique du sang ou des urines; si le test dénonce la présence de substances psychotropes ou si l'immoralité est prouvée d'une autre manière (par exemple: témoignage d'un poli-

6 Sur l'histoire de cette même position en Occident, cf. Fabre [1998 : 45-71].

cier), c'est la réclusion. Les prostituées de trottoir sont régulièrement arrêtées, testées et emprisonnées (*Undang-Undang dan Pelacuran di Malaysia*, 1996). Les prisons, les maisons pour femmes mineures et les centres de réhabilitation malaysiens sont pleins; le gouvernement s'active pour en bâtir de nouveaux. Mais la réhabilitation est une notion, pour l'instant, vide de contenu. Rien n'est prévu pour une réinsertion sociale à la sortie de la réclusion. Le « risque », s'il est découvert, mène donc à une exclusion radicale de la société civile ordinaire; l'amalgame entre culpabilité (morale) et infection (physique) produit une diffusion de l'infection au sein des « groupes à risques » dont des membres sont enfermés dans des endroits institutionnels et engendre, pour ceux qui sont toujours en liberté, une crainte générale de l'annexion forcée à ces groupes, dont il est bien difficile de se sortir⁷.

Il serait faux, toutefois, d'attribuer une attitude ingénue aux responsables politiques malaysiens: les dirigeants du ministère de la Santé savent ce qu'ils font lorsqu'ils sanctionnent les positions souvent extrêmes et toujours moralisantes des autorités islamiques [Beyrer 1998 : 90-91]. En ce sens, pour agir sur le sida sans entacher l'idéologie nationale fondée sur la morale islamique, la stratégie de stigmatisation des « groupes à risque » s'est avérée un moyen très efficace: ayant exclu de la société civile une catégorie d'individus supposés nier son fondement moral, l'État malaysien est prêt à la réannexer à un niveau inférieur et séparé. Pour ne pas prendre en charge directement ces citoyens d'un ordre inférieur, l'État finance (conjointement à des organismes internationaux) les ONG spécialisées qu'il peut ainsi mieux contrôler.

En 1992, avec l'appui et l'approbation tacite des ministères de la Santé et des Affaires intérieures, fut fondé le Malaysian Aids Council (MAC, <http://www.asiaconnect.com.my/aids/>), organisme regroupant les ONG impliquées dans la lutte contre le sida. Le MAC coordonne les financements gouvernementaux pour l'ensemble des ONG, fonctionne comme pôle de concertation sur les stratégies à adopter et comme centre de formation, de documentation et d'orientation. Son inspiration est de promouvoir une « société sensible aux autres » (*caring society* ou, plus rarement en malais, *masyarakat penyayang*) [MAC, 1997 : 2]. Cela signifie qu'en l'absence d'une politique sociale, le MAC aspire à faire en sorte que les « communautés locales », quels que soient les critères de définition, prennent en charge le soutien des séropositifs et les actions de prévention, chacune suivant son code moral.

Mais l'action du MAC est insuffisante. À la seule et partielle exception de Penang, il n'y a pas d'ONG travaillant sur le sida ailleurs qu'à Kuala Lumpur. L'excellent travail qu'elles y accomplissent (distribution de préservatifs et de *kit* anticontagion, échange de seringues, travail de proximité dans les bordels et auprès des toxicomanes, soutien matériel et légal...) n'atteint qu'une fraction infime des personnes concernées par le sida. Les ONG, de plus, sont pour la plu-

7 Les conséquences directes de cette attitude sur la diffusion du virus sont claires dans le cas des « toxicomanes ». 30 % seulement des jeunes enfermés dans des centres de réhabilitation et dans les prisons s'injectent de la drogue; s'ils s'avèrent pour 70 % être séropositifs, on a raison de penser qu'ils contractent le virus pendant leur séjour forcé, par des rapports homosexuels ou parce qu'ils apprennent à injecter de la drogue. Aucune précaution n'est toutefois prise dans les lieux de réclusion afin d'éviter la contagion (distribution de seringues et de préservatifs).

part issues des « groupes à risque » dont elles sont censées s'occuper : quelques-unes sont issues d'une spécialisation des groupes de lutte pour la défense des droits des homosexuels et des transsexuels, une autre est un organisme de femmes pour le soutien des femmes, d'autres sont des associations de lutte contre la toxicomanie où d'anciens toxicomanes deviennent à leur tour éducateurs. À cela s'ajoute une présence significative des chrétiens. Homosexuels, ex-toxicomanes, ex-prostituées ou chrétiens, les membres des ONG malaysiennes spécialisées sur le sida appartiennent en somme à des minorités culturelles de la société et sont pour cela imbibés d'une culture spécifique non uniquement malaysienne. Cette appartenance élargie permet à ces ONG de fonctionner en réseau avec – au moins – leurs semblables en Asie ; mais les empêche de s'adresser à l'ensemble de la population.

Des funérailles infectieuses : la contagion morale définit la contagion virale

L'attitude ambivalente du gouvernement malaysien, finançant indirectement une prise en charge où tout est toléré mais refusant de mettre en place une prévention à l'échelle nationale, mérite d'être analysée davantage. On peut se faire une meilleure idée de la menace que constitue pour l'État le malade du sida si l'on remarque qu'un corps infecté est considéré comme tout aussi menaçant après sa mort que de son vivant ; et si l'on admet, avec Hertz et Bloch, que le traitement des cadavres nous éclaire sur les relations entre les personnes et leur société [Bloch, 1988 ; Hertz, 1907]. Or, le gouvernement malaysien a dicté des règles « d'hygiène » spécifiques pour traiter les cadavres des morts de sida⁸ : il faut laver le corps à l'eau de javel, l'envelopper dans de nombreux sacs en plastique avant la veillée funéraire et, lors de l'enterrement, le manipuler avec des gants en caoutchouc en présence de deux officiers sanitaires.

Je n'ai pas pu vérifier dans quelle mesure ces dispositions sont respectées en milieu rural. À Kuala Lumpur et à Georgetown, où elle le sont, des parents de personnes décédées des suites du sida, toutes ethnies confondues, m'ont exprimé leur rage devant ces règles qui les empêchent de veiller, enterrer ou brûler leur mort convenablement.

Il y a d'abord la peur du stigmatisme menant à l'exclusion. Les familles qui veillent et accompagnent au cimetière un corps plastifié et puant le chlore rendent publique la cause de la mort de leur parent. De ce fait, le conjoint, les enfants, mais aussi les parents du mort risquent d'être considérés comme infectés et contagieux et d'être évités⁹ – c'est pourquoi il arrive qu'ils abandonnent leur mort à l'hôpital. Ce n'est pas uniquement le soupçon qu'ils soient porteurs du virus qui engendre l'exclusion ; il y a aussi l'idée que les parents du mort partagent la culpabilité, ou la responsabilité, de sa maladie – comme si la culpabilité que le discours médiatique

8 J'insiste sur cette réglementation funéraire qui fournit une clé de compréhension de la politique sociale et sanitaire malaysienne ; il faut ajouter que cette attitude du gouvernement s'est constituée en réaction immédiate au danger. En 1999, l'obligation aux règles « hygiéniques » semble s'assouplir.

9 Sur les significations symboliques de la « contagion funèbre », cf. Hertz [1907 : 18].

attribue uniquement au malade était de fait collective. De fait, chez mes interlocuteurs malaysiens urbains d'ethnies diverses, la limite entre une faute dont on est coupable (*zina*, cause du sida aux yeux de l'État) et une erreur commise par d'autres dans le même environnement social est souvent floue. Dans leurs récits spontanés, mes interlocuteurs ont souvent rattaché le sida aussi bien à l'individu malade qu'à son groupe: quelqu'un avait commis une faute, qui revenait à une infraction des règles sociales – des règles très partiellement liées à la « tradition ». Une femme tamoule expliquait que le problème de toxicomanie de son jeune frère, séropositif, résultait du conflit existant dans la famille au sujet de la disparité des castes des parents. Ce qui avait causé le problème était toutefois le fait que les grands-parents paternels, en accord avec la tradition, avaient désavoué leur fils et leur petit-fils: cette erreur (en tamoul, *tavaru*) de la part des grands-parents avait finalement provoqué la séropositivité de son frère. De même, une femme malaise divorcée, prostituée et malade du sida, affirmait que l'obsession de son propre père pour le jeu l'avait mené à mal choisir un époux pour elle, sa fille; elle avait donc été obligée de quitter le foyer, de se prostituer, de vivre misérablement et de laisser un de ses enfants attraper la tuberculose. Si le père avait été un bon musulman, il n'aurait pas engendré la catastrophe, concluait-elle: le manquement (en malais, *salah*¹⁰) du grand-père finalement, et assez logiquement, influençait la santé du petit-fils. De nombreux auteurs attestent cette attitude dans les diverses traditions ethniques malaysiennes [Massard, 1988 : 793, pour les Malais; Koo, 1987, pour les Chinois de Hong-kong et chez les Tamouls; Nabokov, 1997, en Inde ou Rajoo; 1980, en Malaisie; Babb, 1977, à Singapour]; toutefois, aucun de mes interlocuteurs ne semblait penser qu'une compensation (rituelle, symbolique, ou réelle) de la faute puisse mener à la guérison de l'individu malade.

Le malaise éprouvé par les familles au sujet des funérailles spéciales liées au sida ne tient pas uniquement à la peur d'être infecté par le stigma social du malade, mais aussi à celle de s'infliger un malheur supplémentaire par un manquement rituel dangereux. Un jeune séropositif (chinois) déclarait que cette loi offensait « tout ce qu'il était » et qu'il sentait le poids de ces morts que leurs familles n'ont pas pu honorer. Or dans les diverses traditions ethniques malaysiennes, des funérailles mal faites engendrent des âmes en peine, tourmentées et tourmentant leur entourage, ce avec différentes modalités [Laderman, 1987 : 360; Reiniche, 1979 : 20; Kok Hu Jin, 1993 : 116]. On connaît le lien fait au sein des sociétés asiatiques entre le traitement et la décomposition du cadavre et le sort de l'âme. C'est pourquoi il est finalement normal que les « normes hygiéniques », empêchant un correct déroulement de la cérémonie funéraire, paraissent aberrantes à la population: elles mènent à un manque social grave, comme l'abandon d'un proche, ou bien des funérailles imparfaites, qui génèrent des fantômes. Loin de limiter la maladie, elles en deviennent une source renouvelée.

Le gouvernement malaysien a pris sa décision sur le traitement des cadavres des sidéens en dépit d'une réaction négative des citoyens tout à fait compréhens-

10 On remarquera que *salah*, en malais, de même que *tavaru*, en tamoul, signifie aussi bien « se tromper » qu'« être coupable ».

sible et prévisible. Cette crainte démesurée du pouvoir contagieux du mort du sida fait penser à l'attitude de nombreuses sociétés traditionnelles envers ceux qui meurent d'accidents subits, avant le temps « normal » [Hertz, 1907 : 93]. Ces morts, en effet, nécessitent un traitement funéraire spécial car il tendent à rester accrochés aux vivants comme des fantômes désagréables et enragés. Comme les morts du sida, les « malmorts » sont en général définis par une condition physique : les femmes mortes en couches et les victimes d'accidents soudains, y compris les suicidés.

Contre la « malmort » moderne du sida, le gouvernement malaysien a établi de nouveaux rituels plus puissants et adéquats aux temps modernes. Les Malais contrôlant le pouvoir ont d'ailleurs décidé que pour ce faire, il fallait sceller les corps contre les « échappements » d'infection : cela rappelle la notion spécifiquement malaise d'une maladie (*badi mayat*) s'échappant des cadavres comme une puanteur [Massard, 1998 : 80]. Cela fait penser à une conception globale de la société où les corps infectés du virus VIH sont le symbole d'une menace profonde à l'ordre social de même que le sont les « fantômes » issus des morts de malmort. Il faut donc endiguer ce danger de façon spécifique avant et après la mort, envelopper les cadavres, traiter les corps malades après les avoir isolés, en dépit des recommandations de la biomédecine et des experts en épidémiologie.

Mais les citoyens ne partagent pas cette conception. Pour ces derniers, il est beaucoup plus dangereux et culpabilisant de ne pas faire de bonnes funérailles – ou d'abandonner son mort à l'hôpital – que de le manipuler, l'embrasser, le veiller avec son virus. Pour eux, la contagion sociale issue d'un manque collectif est de toute façon plus dangereuse qu'un éventuel virus émanant d'un corps individuel ; pour le gouvernement, le danger de la contagion de l'immoralité est en revanche ce qui prime. Dans les deux cas, comme le fait remarquer Fabre, l'idée d'une transmission de qualités négatives ou positives, de contagion donc, est « au cœur du social » [1998 : 206].

Le pouvoir socialisant du corps malade : des soins pour l'individu à la prise en charge de son groupe

Il ressort de ces premières remarques sur le sida et l'État que le premier risque pour un citoyen craignant d'avoir contracté le virus est précisément d'être incorporé à un groupe à risque. Le simple fait de se soigner rend alors effectivement difficile d'échapper à cette classification. Dans l'ensemble, l'information sur les aides effectivement disponibles circule mal, et une très grande confusion semble dominer au sujet du sida. C'est ce que montre l'examen des appels d'une *hotline* d'une ville moyenne : les usagers demandent comment et où ils peuvent se soumettre au dépistage sans être repérés et posent des questions sur la sexualité en général. J'ai souvent constaté, dans mes enquêtes (notamment dans le milieu industriel de Penang), que les femmes confondaient protection contre le sida et contraception.

D'une façon générale, les Malaisiens consultent les biomédecins parallèlement à des tradipraticiens qui peuvent être, selon l'ethnie, de tradition savante chinoise ou indienne, et à des guérisseurs divers, ayant plus ou moins recours au

surnaturel dans leurs interventions¹¹. Le sida ne fait pas exception. En dehors de Kuala Lumpur, tous les patients du sida que j'ai rencontrés avaient eu affaire à un guérisseur.

L'exemple de cas précis sera particulièrement éclairant pour saisir les itinéraires thérapeutiques pouvant mener au choix d'un centre, et les interactions entre les institutions gouvernementales (médecins des dispensaires, hôpitaux) et les établissements privés.

Un cas de sida : l'histoire de Ahmahuddin et de Malivong

Ahmahuddin¹², 39 ans, est un pêcheur d'un village très proche de la frontière thaïe. Jeune homme, il a goûté à l'héroïne dans les îles thaïlandaises où il débarquait souvent. Ce n'était qu'un vice occasionnel, a-t-il dit à Malivong, Thaïe, lorsqu'il a fait sa connaissance, en 1992; et il lui a proposé de l'épouser malgré sa fille de 14 ans, à condition qu'elle se convertisse à l'islam. Malivong a sauté sur l'occasion et, devenue Faridah et voilée, s'est installée dans le village de son mari. Elle est enceinte de quelques mois lorsqu'il est attrapé en flagrant délit par la police et emmené en prison (il est récidiviste); très peu soutenue par la belle-famille, elle reprend son ancienne activité d'esthéticienne pour nourrir son nouveau-né. Les arrestations d'Ahmahuddin se succèdent, elle a un deuxième enfant. Six mois avant notre rencontre, l'homme est hospitalisé pour une mauvaise bronchite: soumis à test sans l'avoir demandé, il apprend qu'il a le sida. Malivong s'alarme: grâce aux visites qu'elle rend à sa mère, elle a bénéficié des campagnes de sensibilisation thaïes et a une idée précise du danger. Mais le médecin local la rassure en disant que son mari n'aurait qu'« un peu de sida », et qu'elle et les enfants n'ont rien à craindre. Quand je rencontre Malivong, son mari est hospitalisé depuis quatre semaines pour une double pneumonie. Il est très débilité et maigre. Malivong dort avec lui à l'hôpital, au sol, en isolement.

Malivong voudrait se soumettre, elle et ses enfants, à un test. Depuis quatre semaines qu'elle vit à l'hôpital, elle se pose la même question: comment faire? Une série compliquée de détails bureaucratiques l'en ont jusque-là empêchée. Elle a peur d'être abandonnée si elle tombe malade, elle voudrait donc savoir. En même temps, elle est rassurée parce qu'elle a vu qu'on n'a pas abandonné les autres morts du sida, dans le village, et il commence à y en avoir beaucoup; c'est toujours l'homme qui est mort le premier, et les familles n'ont pas complètement abandonné les femmes – mais elles n'étaient pas thaïes. Elle voudrait que son mari rentre à la maison: au moins elle ne serait pas obligée de traîner à l'hôpital, et d'ailleurs, le docteur dit qu'il n'y a plus rien à faire pour lui.

Les deux frères d'Ahmahuddin lui rendent souvent visite. Ils sont, tous deux, de fervents musulmans, mais ils ne considèrent pas leur grand frère comme un cou-

11 Leslie [1976; 1988] attribue ce « pluralisme médical » à l'ensemble de l'Asie.

12 Sauf pour Malivong, qui m'a priée d'écrire son nom thaï en toutes lettres, les noms des protagonistes de ce récit sont tous fictifs.

pable. Les maladies, me dit Hamid, « arrivent » (« *terjadi aje*¹³ »); on n'y peut rien (« *apa nak buat?* »). De même, il pense que Malivong est après tout une femme bonne, et même si elle se plaint de son sort, lui et son frère vont s'occuper d'elle (ils ne mentionnent jamais la possibilité qu'elle et les enfants soient infectés). Eux aussi, ils voudraient que Ahmahuddin quitte l'hôpital: trop de dépenses et aucun résultat. Si les maladies « arrivent », ajoute Hamid, on peut tout de même lutter contre elles avec la foi. Il croit dur comme fer que des gens ont été guéris après avoir passé un mois dans le centre de guérison Pondok Inabah (cf. *infra*), et préfère, de toute façon, faire des donations au maître de celui-ci plutôt qu'à l'hôpital. En outre, les deux petits frères ne veulent pas que leur grand frère meure à l'hôpital. Cela empêcherait des funérailles selon la coutume, une condition indispensable pour que l'âme s'achemine sereinement « au paradis » (*surga*). Or, quelques jours avant de s'avancer sur cette question douloureuse et délicate, Hamid m'avait longuement entretenue sur l'efficacité des méthodes utilisées « dans les pays arabes », d'après lui, pour guérir le sida. Hamid raconte que lorsqu'un individu, homme ou femme, commet le *zina*, donc *forcément* quand il a le sida, on l'attrape, on le fouette jusqu'à ce qu'il saigne beaucoup, puis on récolte ce sang. C'est en effet un baume de guérison pour ceux qui, éventuellement, ont contracté le sida tout en étant innocents (les hémophiles, les femmes fidèles d'un homme débauché). Il me raconte aussi une autre « légende islamique » courante en Malaisie: il serait écrit dans le Coran que lorsque quelqu'un a une maladie contagieuse, il faut l'enterrer sept mètres sous terre, lui et tout son entourage. L'enthousiasme montré pour ces propos exterminateurs contraste avec l'attitude de douloureuse résignation montrée par Hamid envers son frère, et avec le souci pour le salut de son âme auquel le seul obstacle pourrait être une mauvaise cérémonie funéraire.

Remarquons qu'Ahmahuddin, lui, n'a aucune intention de quitter l'hôpital. Accroché à son masque d'oxygène, il jure ne pas pouvoir durer une nuit, chez lui ou au *pondok*, sans cet apport de vie. Il se soustrait à l'image gouvernementale du sida: entouré par sa famille, considéré comme « normal » presque jusqu'à la fin, plus ou moins culpabilisé, c'est peut-être vrai qu'il n'a eu qu'« un peu » de sida.

Le Pondok Inabah (Perlis)

Le Pondok Inabah n'est pas d'accès facile. Perdu dans les rizières, son existence est connue de bouche à oreille. Selon la tradition des *pondok* (en malais, « école religieuse musulmane »), ce centre résidentiel réunit un certain nombre de jeunes sous les enseignements d'un maître, Mhd. Zuki bin Syafi'ie, élève d'une école coranique indonésienne (Pesantren Suryalaya, à Java-Est, rattachée à la tarekat Qodiriyyah Naqsiyabandyyah). Une mosquée a été récemment construite au *pondok*; c'est, avec la maison de Zuki (sompptueux bâtiment assez récent), le seul bâtiment en dur (pavée de marbre, elle est même luxueuse) du petit village auquel

13 Encore une indication d'un raisonnement selon un principe traditionnel malais de catégorisation des maladies en « ordinaires », avec une étiologie précise, et « extraordinaires » [Laderman, 1991 : 56-91]. Mas-sard relate d'une expression linguistique similaire [1998 : 86-87].

le *pondok* est rattaché; ouverte à tous, elle est aussi fréquentée par quelques personnes du village. Bien que le but de l'institution ne soit pas thérapeutique mais religieux, comme l'affirme le maître Zuki, le *pondok* (fondé environ en 1990) s'est spécialisé dès le début en déviance juvénile et toxicomanies. Cela implique nécessairement la présence de nombreux cas de sida, que Zuki affirme avoir guéris au prix d'un grand « travail spirituel » (mal. *kerja rohani*). Zuki étant souvent absent lors de mon enquête, j'ai surtout traité avec son assistant indonésien d'ethnie toba, John S., devenu Jabin Ali après sa conversion à l'islam. La présence et le rôle important de Jabin Ali révèlent l'attitude novatrice du *pondok*: l'histoire de vie de cet ancien débauché chrétien (comme il se décrit lui-même), débarqué dans tous les ports et expert de tous les vices avant de rencontrer le maître et d'embrasser l'islam, est connue par les résidents et par les visiteurs. C'est en effet ce rachat, ou cette guérison, par la conversion, qui fonde son prestige au sein du *pondok*, et non pas un passé d'études religieuses ou d'expériences mystiques – la conversion de Jabin Ali date d'il y a cinq-six ans. Le fait qu'il est indonésien n'est pas non plus pour déplaire aux quelques visiteurs occasionnels que j'ai rencontrés au *pondok*, ce qui peut étonner étant donnée la méfiance générale des Malaysiens envers les très nombreux immigrés indonésiens. La formation du maître Zuki est aussi indonésienne. Les frères de Ahmahuddin qui m'ont emmenée au *pondok* m'ont toutefois expliqué qu'en Indonésie, les musulmans sont vraiment « forts » (en malais, *kuat*). Interrogé sur le sens de cette « force », Hamid parle du pouvoir spirituel donné par un « retour » à la tradition, par opposition aux « paroles vides » des imams malaysiens. La formation javanaise du maître Zuki est donc perçue comme étant plus valable que ce qu'offre le marché local: tout en se réclamant de la tradition, le *pondok* est une institution moderne.

À l'époque de mon enquête, une vingtaine de jeunes hommes résidaient au *pondok*, dont la moitié de Malais et le reste de Chinois à l'exception d'un Indien. Ils logeaient dans une partie de la maison de Zuki, dans une installation aléatoire et collective, et menaient une vie spartiate. Les cheveux coupés très courts, ils avaient à la fois l'air de prisonniers et de bonzes. Ils passaient de nombreuses heures dans la mosquée, absorbés dans la récitation du *zikir* (en malais, « répétition de louange à Dieu », mais expliqué par mon interlocuteur indonésien en tant que *mantra*, « formule magique »): « *laa-ila-ha illallah* ». Le style de vie collectif et la récitation du *zikir* sont les deux seuls types de soins offerts aux jeunes patients.

D'après Jabin Ali, c'est la récitation du *zikir* qui opère la guérison: grâce à ces paroles, scandées selon des schémas variables correspondant, chacun, à des rythmes de respiration, l'âme sortirait du corps comme pendant les rêves pour s'alimenter à sa source immortelle et divine. Lorsqu'il parle d'« âme », Jabin Ali utilise le plus souvent le malais *roh*, mot d'origine arabe utilisé dans l'islam et dans le christianisme pour désigner le principe spirituel de l'être humain; toutefois, et surtout lorsqu'il s'agit de l'âme des rêves, il utilise aussi *sumangat*, « principe vital », mot de racine nousantarienne ainsi que le toba « *tondi* », équivalent; interrogé sur ses choix linguistiques, il nie toute différence entre la signification des trois mots. La guérison, dit Jabin Ali, advient précisément grâce à ce principe vital qui, une fois rentré dans le corps, lui redonnerait de l'énergie et le rafraîchirait. Il est clair que nous trouvons au *pondok* un remaniement et un ajustement de concepts tradi-

tionnels malais comme la prière rafraîchissante [Laderman, 1987 : 258] et le voyage de l'âme (*sumangat*) qui recherche en rêve sa propre guérison [Massard, 1998 : 71], même si, dans les mots de Jabin Ali, le peu de spécificité des termes laisse entrevoir le peu de spécificité des liens à la tradition.

Ce que je désirais comprendre, à l'époque de mon enquête, était principalement la raison pour laquelle le *pondok* et d'autres centres analogues sont en pleine expansion, ce qui pousse les gens à les choisir et le bien-être qu'ils en obtiennent; je ne me suis donc pas intéressée en détail à la conception thérapeutique précise qui l'anime. Remarquons toutefois que lorsque les responsables du *pondok* et ses visiteurs affirment qu'il ne s'agit pas d'un centre de soins, mais d'exercices spirituels (*latihan rohani*), ils veulent mettre en avant le fait, à la fois, qu'il ne s'agit pas d'une institution fermée, et que la notion de soin est une notion globale, indépendante de la spécificité de la maladie. Aucune différence n'est en effet faite selon le type de souffrance motivant le séjour au *pondok*: toxicomanie, séropositivité, folie ou cancer (ce dernier n'étant pas, apparemment, un cas fréquent), le traitement est toujours le même. Il a été très difficile, pendant mes visites, d'établir un contact avec les jeunes hôtes. La présence inévitable de Jabin Ali les poussait à fournir des réponses stéréotypées à toute question. À une exception près, il s'agissait de toxicomanes.

D'après les informations données par les visiteurs du *pondok*, un malade s'adresse au *pondok* pour des raisons pragmatiques: il fournit un service d'accueil et de soutien dont on ne peut pas disposer ailleurs, il permet une prise en charge, quelle que soit sa nature, en dehors de la prise en charge par l'État et la stigmatisation des groupes à risque. Apparemment, il y aurait une légère hostilité envers le *pondok* de la part de l'État, qui n'aime guère les réseaux, même islamiques, un peu souterrains et cachés.

Pusat Pertengahan Athmanantha Guru kulam (Seremban, Negri Sembilan)

L'histoire de Almahuddin a mené au *pondok*; c'est l'itinéraire d'un Malais, bien que, nous l'avons vu, il n'y ait pas que des Malais dans le centre. La clientèle du *Pusat Pertengahan Athmanantha Guru kulam* (*Pusat Pertengahan*, en malais, « maison d'accueil » et *Athmanantha Guru kulam*, en tamoul, « centre spirituel du guru Athmanantha ») est en revanche essentiellement chinoise et indienne; le centre présente des références explicitement hindo-bouddhiques (statues de Ganesh, de la Déesse, de Bouddha...). Son « maître spirituel », Thavathiru Athmanantha Adigalaar, est un Tamoul parfaitement anglophone. Installé dans un environnement très naturel, en colline, le *kulam* est, à la différence du *pondok*, un centre spécifique de soins, même si plusieurs usagers ne présentent pas de pathologie précise et ne se soumettent pas aux traitements. Il n'y a pas de règles strictes: la plupart des patients y arrivent en groupe et y séjournent pour des périodes variables – deux jours, un mois, dans des conditions variant selon les possibilités économiques. Des pièces communes ainsi que des chambres sont à leur disposition, et un autre bâtiment, plus luxueux, est en cours de construction. Comme il arrive souvent dans un contexte de guérison « traditionnelle », on ne mentionne jamais explicitement le prix du séjour.

Bien qu'Athmanantha note, sur un dépliant, que la foi en Dieu est essentielle à la guérison, et qu'il se réclame être le 293^e héritier d'un certain homme saint indien, il admet dans un entretien qu'en réalité, d'après lui, Dieu n'intervient pas beaucoup dans sa méthode. La clé, pense-t-il, est scientifique, non religieuse, car tout dépend de l'énergie cosmique; il affirme toutefois qu'il faut bien mentionner Dieu dans les dépliants pour que les patients (hindous, bouddhistes, taoïstes, catholiques...) aient confiance: l'idée générale de divinité exprimée en anglais, malais et chinois dans les dépliants leur convient tout à fait¹⁴.

On remarquera que le *guru*, tout en se présentant comme un « homme saint » traditionnel, a très peu de racines dans la tradition tamoule dont il est issu. Non seulement il ne mentionne pas, dans le récit de sa vie, un temps de formation auprès d'un maître traditionnel, mais il ne s'est même pas construit une image véritablement spécifique à l'usage de ses clients. Il s'habille en bleu et rouge, à la différence des hommes saints tamouls, porte les cheveux longs attachés dans un chignon haut, comme les Sikhs, et n'affiche aucune affiliation à un temple (il est d'ailleurs de famille catholique). Si l'on considère le déroulement d'un traitement, on trouve confirmation de cette absence de lien spécifique à une tradition. Les herbes médicamenteuses utilisées pour les bains sont d'origine chinoise (la pharmacopée traditionnelle chinoise est très répandue en Malaisie). Comme aucune puissance divine n'est censée intervenir dans le processus, Athmanantha ne prononce jamais de mantra.

Athmanantha a une théorie sur l'être humain selon laquelle la plupart des phénomènes de bien-être ou de maladie dépendent de l'énergie cosmique présente dans chaque homme (*prana* ou, comme il dit lui-même en anglais, *Holy Spirit*, « Saint Esprit »). Toute séance de guérison porte sur la concentration du *prana* dans le maître, que celui-ci obtient grâce à « la méditation », et sur le passage de cette énergie du corps du maître à celui du patient, préalablement rafraîchi et purifié par des bains. Il paraît que dans certains cas, on voit l'énergie virevolter autour du maître comme de la foudre, mais malheureusement je n'ai pas pu assister à des traitements majeurs. Dans les traitements « normaux », le passage s'effectue ou bien par imposition des mains, sur la tête du patient ou sur la partie malade, ou bien, et le plus souvent, par le regard.

Étant donnée l'ampleur du problème de la toxicomanie en Malaisie, Athmanantha a développé une méthode de réhabilitation spécifique pour les usagers de drogue, d'où la présence de nombreux cas de sida. Le sida, dans son optique, n'est qu'une perte presque totale du *prana* essentiel, qui s'échapperait par des « trous dans l'être lumineux » du sujet concerné. Si l'on traite l'ensemble du corps par un rehaussement de l'énergie, comme on le fait pour la toxicomanie, le SIDA aussi s'en trouve amélioré ou guéri. Pour guérir de la toxicomanie,

14 Les médecins ayurvédiques tamouls aussi attribuent au corps un fonctionnement « scientifique », sans lien de dépendance avec les croyances et la moralité de l'« âme » [Trawick, 1988 : 147]. Sur la généralité de l'évocation du « divin » chez ce type de guérisseurs à Maurice, cf. Benoist [1996 : 105]. On remarquera qu'à Maurice, où l'islam n'est pas l'idéologie politique au pouvoir, ses adeptes s'adressent au même titre que les autres croyants à ce type de soignants, ce qui mène Benoist à définir les centres de guérison « alternatifs » comme « des lieux de perméabilité ethnique » [Benoist, 1996 : 94].

Athmanantha effectue d'abord la même « purification interne du corps » (par son toucher) et le même « rechargement » d'énergie cosmique (par sa propre énergie) que pour les malades habituels. De plus, toutefois, il soumet les toxicomanes à des bains « rafraîchissant » à base de citrons verts, à des bains de vapeur aromatisés aux herbes variées et à la tonsure du crâne (qui « réduit la chaleur interne du crâne et aide la catharsis mentale »). Les deux patients à qui j'ai pu parler, deux jeunes toxicomanes, affirment avoir tiré un grand bienfait de ces bains, notamment pour dépasser les crises de manque. Tous deux présents dans le centre depuis environ un mois, ils se plaignent plutôt, au contraire, de ce que depuis la fin de leur dépendance physique les bains ne soient plus si fréquents.

Dans ces théories et ces méthodes, on retrouve quelques idées générales des théories humorales, tout aussi répandues chez les Malais [Laderman, 1988 : 272-286] que chez les Tamouls [Trawick, 1988 : 129-159], ainsi que des échos des principes indiens du Siddha [Bourdier, 1996]. Athmanantha barre la route à toute enquête sur l'origine de ses méthodes prétextant une sorte de révélation qu'il aurait eue de son propre pouvoir pendant la méditation, et l'étude constante de textes « scientifiques ». Il en possède toujours quelques-uns, un ensemble de manuels de Siddha abrégés en tamoul (langue qu'il lit mais n'écrit pas très bien), des textes de vulgarisation de méthodes de guérison inspirées des médecines chinoises et, surtout, un ensemble de livres en anglais sur les pouvoirs de l'esprit (angl. *mind*), une littérature prenant de plus en plus d'importance dans les librairies malysiennes.

Les raisons contingentes de la popularité d'Athmanantha sont les mêmes que pour le *pondok*. Il fournit un endroit agréable et non carcéral où les toxicomanes étant toujours en contact avec leurs familles (une minorité des recensés) peuvent vivre sans se faire ni faire du mal, même les filles; les jeunes le préfèrent à la prison, et leurs familles aux hôpitaux privés – c'est beaucoup moins cher. Le *kulam* semble fournir un service de réhabilitation que l'État n'est pas à même d'assurer et d'ailleurs, les représentants politiques de l'État de Perlis n'hésitent pas à lui donner une reconnaissance officielle. Pour ne pas gâcher cette bonne relation, le *kulam* n'inclut pas de Malais parmi ses hôtes¹⁵. Remarquons que la société de gestion du *kulam* sait se servir des médias pour se faire connaître du public: journaux, magazines, chaînes télévisées diffusent tous les renseignements nécessaires. En revanche, les autorités religieuses hindoues préfèrent ne pas être associées aux activités du *kulam*.

Le corps « resocialisé »

Le temps limité de cette enquête m'a pour l'instant empêchée de découvrir combien de centres de guérison « alternatifs » comme le *pondok* et le *kulam* existent sur l'ensemble du territoire malysien, et quel impact ils ont sur l'ensemble

15 Il est interdit, en Malaisie, de faire œuvre de prosélytisme auprès des Malais. Leur fréquentation d'un centre dirigé par un Tamoul pourrait paraître suspecte aux autorités.

de la population ; j'ai été visiter à plusieurs reprises les deux plus proches parmi les nombreux autres dont j'ai entendu parler. L'analyse effectuée ici rend donc compte de logiques qui se mettent en place, mais ne prétend à aucune « représentativité ».

Le *pondok* et le *kulam* n'ont pas les mêmes univers de référence : le premier a une référence explicite aux traditions malaises, le second est plutôt en relation avec les cultures indienne et chinoise. Cela fait pratiquement le tour des composantes ethniques officielles malaysiennes. Or il me semble qu'outre les côtés pratiques, non négligeables, déjà décrits, ce qui pousse les Malaisiens vers ces centres est cette référence culturelle spécifique, assez profonde et intime pour les clients des différentes ethnies, conjointement au type d'action thérapeutique qu'elle met en branle. Ceci, en dépit du fait qu'aucun des deux centres ne soit à strictement parler « traditionnel », et que les deux maîtres n'aient pas de références précises dans le domaine de la thérapie. En dépit, aussi, du fait qu'aucun suivi thérapeutique précis n'ait lieu pour les ex-patients, et qu'aucun nouveau patient ne puisse recevoir confirmation de la guérison définitive de ceux qui l'ont précédé – au *kulam* on m'a présenté de nombreux patients « guéris du cancer », mais des « problèmes contingents » ont empêché de retrouver les coordonnées des anciens malades guéris du sida, ou simplement des toxicomanes réhabilités.

J'ai déjà mentionné les nombreux éléments issus des cultures spécifiques des patients du *kulam* et du *pondok* qui font immédiatement sens à leurs yeux : les conceptions humorales indiennes et malaises, le Siddha, la composante religieuse, autant de repères bien confortables pour des personnes traversant une situation critique. L'idée qu'on ne survit pas au sida est assez enracinée chez les patients. Ce que savent lui opposer les deux maîtres, Athmanantha et Zuki, bien que chacun de façon différente, est un cadre symbolique et concret qui ne sépare pas dramatiquement le patient de sa famille et n'attribue pas au corps du malade une charge de mort dangereuse et unique. De nombreuses familles fréquentent le *kulam* même après la mort de leur parent¹⁶. Elles viennent le dimanche, se promènent, échangent deux mots avec le guru. Les frères d'Ahmahuddin fréquentent le *pondok* de façon autonome. Il y a d'ailleurs des hôtes du *pondok*, parfaitement sains, qui y résident uniquement pour apprendre à maîtriser leur « pouvoir » (défini par l'un d'entre eux en anglais, dans la conversation en malais, en tant que *power*) : ils « cherchent la science occulte » (en malais, *cari ilmu*). Les corps sains de ces fréquentateurs occasionnels ne sont pas, dans les centres thérapeutiques « ethniques », considérés comme essentiellement différents de ceux des malades. Remarquons donc que ce n'est pas grâce à une idée de la *maladie* alternative à celle de la biomédecine, que les maîtres fournissent de l'aide à leurs patients. C'est une idée générale du corps, sain ou malade, qu'ils mettent en avant, idée qu'on pourrait définir comme « socialisante » : à leurs yeux, la mala-

16 Souvent mes interlocuteurs affirmaient « méditer » (en anglais, « *do meditation* »), mais il y avait toujours une raison extérieure qui les en empêchait lors de cette visite particulière. Je pense donc qu'il n'y avait pas, au centre, une vraie pratique de méditation collective, mais que les présents en parlaient pour donner une justification – à leurs yeux – logique à leur présence.

die ne fait pas qu'établir des liens négatifs du fait de la contagion, ou que couper les liens existant par l'exclusion du malade, mais favorise aussi l'institution de nouveaux liens (économiques, d'affiliation maître-élève, de microcommunauté des familles...). La contagion morale du corps malade change de signe, elle devient positive.

La notion de « corps socialisant » que je dégage de mon étude relie le malade à l'ensemble de la société malaysienne sous le signe de la soustraction à l'idéologie dominante. Restitué à son entourage et à son sentir traditionnel, l'individu malade et sa microsociété constituent une sorte d'alternative locale à l'État, et aux soins qu'il propose. Ceci tout en gardant des références générales en harmonie avec l'État et l'ensemble de la société malaysienne: il n'y a d'exclusion à aucun niveau. Par exemple, le *pondok* s'inscrit pleinement dans l'islam, même si l'interprétation du sida selon les musulmans malais fréquentant le *pondok* diffère considérablement de la version punitive proposée par l'État. Si les deux parlent de *dosa*, « péché », comme cause de la maladie, les gens du *pondok* attribuent à ce mot le sens traditionnel fataliste d'« erreur », « mauvaise étoile », c'est-à-dire la condition impondérable de l'apparition d'une maladie « spontanée¹⁷ ». Les autorités musulmanes étatiques, d'ailleurs, n'aiment guère les *pondok* comme celui de Zuki. Elles y voient des foyers relationnels puissants pour les communautés qui y gravitent. D'une façon analogue, il n'y a pas d'opposition directe entre les responsables de l'hindouisme et du bouddhisme et le *kulam*, mais un certain mépris mélangé d'une crainte de voir leurs religions « nobles » assimilées à ce genre d'activités (selon certains, le maître est un charlatan).

Il me semble finalement pouvoir établir ici un parallèle intéressant avec ce qu'expose Zempléni au sujet du sentiment de responsabilité, ou culpabilité individuelle de la maladie. D'après Zempléni, « le passage de la conscience persécutive du mal à la conscience de la culpabilité se traduit par l'individualisation, la somatisation et la désocialisation de la "maladie du malade" » [Zempléni, 1988 : 1180]. Selon cet auteur, le passage fondamental est celui de l'attribution formalisée et socialement reconnue des causes de la maladie à des entités surnaturelles, en correspondance avec des principes de fonctionnement social, à leur concentration dans le corps. Un passage semblable, mais pas tout à fait identique, se passe en Malaisie. Le corps malade du sida est isolé par l'État, ce qui veut dire que sa disparition n'est pas censée entraîner ou signifier une altération du cosmos social et/ou surnaturel, parce que tout le mal, toute la mort est concentrée en ce seul corps. Il est désocialisé, au sens de Zempléni, et culpabilisé. Mais, à l'inverse, il n'est pas vrai pour tous les cas étudiés que la resocialisation du corps par les guérisseurs implique la « conscience persécutive » d'entités malignes. Au *kulam* et au *pondok*, en effet, ce qui est offert est tout simplement un partage des responsabilités de soins et un soulagement de toute responsabilité, humaine ou surnaturelle, dans l'origine de la maladie. Le cadre de référence est rassurant par ses notions traditionnelles donc familières, mais n'inclut pas

17 Cf., pour les Malais, Massard [1988 : 792]; un traitement semblable de la notion de *dosa* chez l'ethnie karo se trouve dans Rae [1994 : 30-37].

directement, en son sein, les démons, les fantômes et les génies auxquels Zempléni se réfère dans son cas africain. Les implications conceptuelles de cette socialisation traditionnelle revisitée (notions de personne, de cosmos, de nature...) demandent toutefois à être approfondies cas par cas. La nécessité d'étudier les nouvelles catégories de compréhension de l'individu malade qui sont mises en valeur par le sida a d'ailleurs déjà été affirmée par les chercheurs du domaine [Baer, Singer, Susser, 1997 : 120-140].

BIBLIOGRAPHIE

- BABB L.A. [1977], « Hindu Mediumship in Singapore », *Southeast Journal of Social Science*, 2 (1-2).
- BAER, SINGER, SUSSER [1997], *Medical Anthropology and the World System: a Critical Perspective*, Westport, Bergin and Carvey, CT.
- BENOIST J. (éd.) [1996], *Soigner au pluriel; essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.
- BENOIST J. [1996], « Carrefours de cultes et de soins à l'île Maurice », in J. Benoist (éd.), *Soigner au pluriel; essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.
- BENOIST J. [1996], « Prendre soins », in J. Benoist (éd.), *Soigner au pluriel; essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.
- BLOCH M. [1988], « Death and the Concept of Person », in S. Cederroth, C. Corlin, J. Lindström, *On the Meaning of Death*, Uppsala, Acta Universitatis Uppsaliensis.
- BOURDIER F. [1996], « Rencontres thérapeutiques dans l'Inde méridionale ou l'art d'élaborer une médecine *masala* dans les stratégies de soins », in J. Benoist (éd.), *Soigner au pluriel; essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.
- FABRE G. [1998], *Épidémies et Contagions*, Paris, Puf.
- HERZLICH C., PIERRET J. [1988], « Le sida dans l'espace public », *Annales ESC*, 5 : 9-10.
- HERTZ R. [1907], « Contribution à une étude sur la représentation collective de la mort », *L'Année sociologique*.
- KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA [1997], *Laporan kemaskini jangkitan HIV-Aids Malaysia, 1985-1997 (sehingga Mac)*, non publié.
- KOK HU JIN [1993], « Malaysian Chinese Folk Religion: with Special Reference to Weizhen Gong in Kuala Lumpur », in Cheu Hock Tong (éd.), *Chinese Beliefs and Practices in Southeast Asia*, Petaling Jaya, Pelanduk Publications.
- KOO L.C. [1987], « Concepts of Disease Causation, Treatment, and Prevention among Hong Kong Chinese: Diversity and Eclectism », in *Social Sciences and Medicine*, 25 (4): 405-417.
- LADERMAN C. [1987], « Destructive Heat and Cooling Prayer: Malays Humoralism in Pregnancy, Childbirth, and the Postpartum Period », in *Social Sciences and Medicine*, 25 (4): 357-365.
- LADERMAN C. [1988], « A Welcoming Soil: Islamic Humoralism on the Malay Peninsula », in C. Leslie, A. Young (éd.), *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press.
- LESLIE C. (éd.) [1976], *Asian Medical System: a Comparative Study*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- LESLIE C., YOUNG A. (éd.) [1988], *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press.
- MALAYSIAN AIDS COUNCIL [1997], *Memorandum for 1998 Budget Dialogue*, non publié.
- MASSARD J. [1988], « Doctoring by Go-between: Aspects of Health Care for Malays Children », in *Social Sciences and Medicine*, 27 (8): 789-797.
- MASSARD J. [1998], « Étiologie des maladies de la prime enfance. Réflexions à partir de données malaises », in *Sciences sociales et Santé*, 16 (2): 67-93.
- NABOKOV I. [1997], « Expel the Lover, Recover the Wife: Symbolic Analysis of a South Indian Exorcism », in *Journal of the Royal Anthropological Institute*, n. s., 3.
- RAE S. [1994], *Breath becomes the Wind*, New Zealand, University of Otago Press.

- REINICHE M.L. [1979], *Les Dieux et les Hommes*, Paris, La Haye, New York, Mouton.
- SINGH J., CHE'RUS S., CHONG S., CHONG Y.K., CROFTS N. [1994], « Aids in Malaysia », in *Aids*, 8 (suppl. 2).
- SINGH S., CROFTS N. [1993], « HIV Infection among Injecting Drug Users in North-East Malaysia, 1992 », in *Aids Care*, 5 (3).
- SULEIMAN A.B. [1995], « Quality Improvements in the Health Sector: the Malaysian Experience », in *Feedback, ICOMP Newsletter*, XXI (4).
- TRAWICK M. [1988], « Death and Nurturance in Indian Systems of Healing », in C. Leslie, A. Young (éd.), *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press.
- UNDANG-UNDANG DAN PELACURAN DI MALAYSIA [1996], MAC Resource Centre, non publié
- VIGNATO S. [1999], « Brûler les ordures pour sauver la nation : pourquoi le sida doit rester invisible en Malaisie », in M.-É. Blanc, L. Husson, É. Micollier (éd.), *Sociétés asiatiques face au sida*, Paris, L'Harmattan, s.p.
- ZEMPLÉNI A. [1988], « Entre *sickness* et *illness* : de la socialisation à l'individualisation de la maladie », *Social Sciences and Medicine*, 27 (11): 1171-1182.