



**HAL**  
open science

# Méthodes de soin actives et préventives. Apports des maîtres rituels javanais et rapport au développement

Jean-Marc de Grave

## ► To cite this version:

Jean-Marc de Grave. Méthodes de soin actives et préventives. Apports des maîtres rituels javanais et rapport au développement. Moussons : recherches en sciences humaines sur l'Asie du Sud-Est, 2012, 20. halshs-03518167

**HAL Id: halshs-03518167**

**<https://shs.hal.science/halshs-03518167v1>**

Submitted on 9 Jan 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

# Méthodes de soin actives et préventives

## Apports des maîtres rituels javanais et rapport au développement

Jean-Marc DE GRAVE \*

### INTRODUCTION

Les chercheurs qui se sont intéressés aux pratiques de soin à Java ont eu tendance à focaliser leur attention sur la dimension thérapeutique. Ils n'ont pas élaboré de description – *a fortiori* de réflexion – sur la présence des activités concomitantes que les soignants mettaient parallèlement en œuvre. Cette approche induit **une dose d'ethnocentrisme qui n'est pas négligeable** et qui interroge l'influence des catégories propres au chercheur quant à la possibilité de maintenir une part d'objectivité analytique minimale **dans sa grille de lecture des faits sociaux**; un cas de figure similaire a récemment été souligné par D. S. Farrer (2010) à propos de la Malaisie.

Il s'agira donc ici de partir d'une perspective différente, celle de maîtres rituels, dans laquelle les soins s'intègrent dans un corpus de pratiques qui les dépasse et qui les complète. Nous verrons ainsi que l'exposé des activités en cause – initiation rituelle, cultes locaux, méditation, exercices du souffle, techniques martiales – révèle

\* Jean-Marc de Grave est maître de conférences habilité à diriger les recherches au département d'anthropologie d'Aix-Marseille Université; il y est notamment responsable de la spécialité Asie du master recherche et co-responsable du master pro d'anthropologie du développement durable. Il poursuit son travail de chercheur à l'Institut de recherches asiatiques (Aix-Marseille Université, CNRS, IrAsia, UMR 7306, 13284, Marseille, France) où il dirige le thème de recherche « La constitution des savoirs et des savoir-faire ». Il y aborde les thèmes des rituels javanais, de l'initiation rituelle dans le monde malais, des pratiques corporelles de la danse et des arts martiaux (Java et monde malais), ainsi que de l'éducation et de l'apprentissage dans une approche comparative.

un mode de catégorisation intégrative, non cloisonnée. Il révèle aussi des conceptions bien spécifiques de la maladie qui ont été peu prises en compte dans les différentes descriptions portant sur les soins traditionnels javanais.

Nous verrons aussi comment certaines des activités concernées, autrefois tenues secrètes et liées à des formes de culte, ont été adaptées au contexte javanais actuel. Cette adaptation révèle une transformation en cours des classifications locales : ce qui était du domaine du culte et du secret se sécularise et se démocratise, révélant par là une modification des pratiques de base qui ont trait au religieux, à la culture et à la santé.

Dans le prolongement de cette analyse, une approche en termes de développement permet de mettre en perspective la façon dont s'interpénètrent les références locales et celles des institutions internationales comme, par exemple, les « tradipraticiens » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette double rencontre nous fournit l'occasion de mieux mesurer les effets conjugués de la confrontation des catégorisations respectives de différents systèmes de valeurs : ceux des maîtres javanais, ceux des institutions internationales, ceux des praticiens et des réseaux de la biomédecine, ceux enfin des populations javano-indonésiennes qui bénéficient de la démocratisation des techniques prophylactiques et curatives locales.

La comparaison entreprise me conduit à conclure sur le fait que le caractère préventif des méthodes locales fonctionne sur un partage effectif de connaissance des capacités de l'organisme humain, lequel partage induit une action participative volontaire qui implique l'inscription dans un groupe de pratique, là où les institutions et le mode de fonctionnement de la biomédecine tendent comparativement à cantonner les « patients » dans l'ignorance et la passivité. La question se pose alors de savoir si l'OMS peut jouer un rôle effectif pour contribuer à la mise en place ou au maintien d'une participation plus active des malades pour se soigner par eux-mêmes ou si la politique qu'elle favorise ne peut à terme que déboucher sur la constitution d'une élite évoluant dans des réseaux standardisés et autorisée à pratiquer des techniques qui furent un jour locales.

## PERSPECTIVE GÉNÉRALE SUR LES PRATIQUES DE SOIN ET LES SOIGNANTS À JAVA

### Le soignant *dhukun* et la complexité sociale javanaise

Les pratiques thérapeutiques à Java ont suscité quelque intérêt parmi les chercheurs mais finalement peu d'études spécifiques sur la question. Dans les travaux existants, nous retrouvons plus ou moins les mêmes descriptions et constatations (Geertz 1960, Boomgaard 1993, Slamet-Velsink 1996). Il y apparaît que les soignants traditionnels de Java semblent à première vue pouvoir être appelés du terme générique de *dhukun*<sup>1</sup>. Néanmoins, la sur-utilisation du terme dans le contexte national indonésien, celui du tourisme culturel ou des recherches sur Java, fait qu'il est indispensable de préciser un peu cette utilisation pour une meilleure mise en perspective.

Si l'on prend la définition que donne Clifford Geertz (1960 : 86) du *dhukun* : « soignant, sorcier, maître de cérémonies », on voit que le terme peut en venir à recouvrir un spectre d'activités assez large. Pourtant – de façon révélatrice quant à

la difficulté de catégoriser comparativement les grands domaines sociaux –, l'auteur lui-même insiste essentiellement sur les deux premiers aspects (qui correspondent en fait de plus près au champ sémantique du terme<sup>2</sup>).

De plus, Geertz a bien noté que le terme ne faisait pas consensus à Java, de par les connotations qu'il peut impliquer (*ibid.* : 95-96), mais les raisons évoquées quant à cette absence de consensus restent très approximatives, il n'en tire pas de conclusions et utilise le terme sans spécifier les perspectives sociologiques induites par les emplois respectifs. Tout ceci montre bien que l'aspect générique du terme pose problème aussi bien du point de vue interne à la société javanaise que du point de vue externe des chercheurs, mais pour des raisons différentes bien sûr.

Du point de vue interne, si la structure rituelle javanaise de base – le *kejawèn* – se maintient au niveau d'un nombre important de cultes, il apparaît clairement que deux systèmes de valeurs concurrents exercent une forte pression sur lui. D'un côté, les partisans de l'islam orthodoxe poussent le *kejawèn* soit vers la disparition, soit vers la clandestinité. D'un autre côté, ceux du sécularisme républicain indonésien (qui compte malgré tout des adeptes officieux du *kejawèn*) acceptent le *kejawèn* dans la mesure où celui-ci adapte ses pratiques au mode de vie moderne et se folklorise. Cette deuxième tendance représente aussi pour le *kejawèn* un moyen de se prémunir vis-à-vis de la menace musulmane orthodoxe et radicale en développant – notamment depuis les années 1990 – un environnement culturel épuré des éléments culturels actifs, ce qui a des implications importantes quant à la nature des pratiques de soin javanaises.

Pour appréhender cette complexité, il s'agit d'une question de perspective. On peut considérer le *kejawèn* comme central pour comprendre le point de vue javanais de façon interne et par rapport aux autres systèmes de valeurs. C'est la perspective que j'adopte, puisque j'étudie la société javanaise telle qu'elle est dominée par des pratiques et des valeurs javanaises; d'ailleurs, même pour les personnes qui ne se revendiquent pas *kejawèn*, la simple utilisation du javanais les inscrit de fait dans une perspective javaniste: comme le javanais est une langue à niveaux qui implique qu'on n'utilise pas les mêmes termes suivant le rang social de la personne à qui l'on s'adresse, l'ambiance générale demeure bien javanaise. Cela a notamment pour effet de fortement relativiser les discours égalitaires des musulmans ou des républicains au quotidien. C'est un état de fait, et les soignants locaux n'échappent pas à cette règle: on s'adresse en niveau de langue inférieur à une *dhukun* accoucheuse et en niveau de langue supérieur à un *sesepuh* maître rituel.

Dans l'autre perspective, à l'instar de Geertz, on place sur un pied d'égalité les différents groupes en présence en considérant le *kejawèn* comme un élément parmi d'autres. Dans *The Religion of Java*, les trois principaux systèmes de références que Geertz a relevé – celui des musulmans pratiquants, ou *santri*, celui des javanistes musulmans non orthodoxes, les *abangan*, et celui des javanistes liés de très près à l'éthique et à l'étiquette javanaise, les *priyayi*<sup>3</sup> – sont présentés sur un pied d'égalité. Si l'on complète ces distinctions établies dans les années 1950, il convient de spécifier que l'islam réformiste de la Muhammadiyah – présent depuis 1912 et qui prône une modernisation complète de la société indonésienne – est plutôt intolérant vis-à-vis du *kejawèn*, et que l'islam traditionaliste des écoles coraniques, largement dominant

en Indonésie, est bien plus tolérant vis-à-vis de ce dernier et notamment vis-à-vis de ses pratiques de soin.

Ainsi, concernant le terme *dhukun*, il apparaît qu'il peut être appréhendé suivant au moins huit points de vue différents: le *kejawèn* rural – système de valeurs de base de l'activité du *dhukun* –, le *kejawèn priyayi*, le *kejawèn* urbain ou *kebatinan*, l'islam traditionaliste, l'islam progressiste, l'islam radical, l'islam non pratiquant, le sécularisme, auxquels il faut ajouter aussi le christianisme qui, quoique minoritaire, est bien implanté à Java Centre. Chacun de ces systèmes de valeurs induit une définition bien particulière du terme *dhukun* qui peut être valorisante (*kejawèn* rural et urbain), bienveillante (islam traditionaliste et, en certains cas, christianisme), positive ou neutre (islam non pratiquant et sécularisme), négative ou condescendante (*kejawèn priyayi*), hostile (islam progressiste) ou franchement hostile (islam radical). Toute classification se doit de prendre en compte ces différents points de vue et leurs nuances.

### Autres exemples du monde malais : Madura et Sarawak

Les rapports impliqués par l'existence d'une telle complexité sociale se retrouvent quelque peu dans d'autres sociétés de l'archipel malais telles que celle de Madura étudiée par Jordaan ou celle des Melanau de Sarawak étudiée par Ann Appleton. Si la typologie des *dukun* de Madura (Jordaan 1985 : 161-194) ne diffère pas fondamentalement de celle de Java (comparer avec Geertz 1960 : 91-111), ce qui diffère notablement c'est le rapport qui s'établit entre l'islam et les pratiques plus locales. L'auteur insiste sur le fait qu'à Madura rien ne se fait sans référence à l'islam, même les pratiques les plus localisées (*ibid.* : 38-39). Néanmoins, la terminologie locale (*ibid.* : 38, 170) – un peu à l'instar de celle de Java – distingue bien le soignant lettré musulman, le *kiyayi*, du soignant populaire, le *dukun*.

Appleton, quant à elle, dans la description de ce qu'elle appelle les « initiations » des aspirants soignants, les *a-bayoh*, explique que pratiquer en étant catholique est impossible du fait des pressions exercées par la représentation locale de l'Église catholique, tandis que les mêmes pratiques sont tolérées pour un musulman (2006 : 146). Néanmoins, s'il y a conversion à l'islam, le Melanau se voit contraint de se rapprocher de la communauté des Malais musulmans (non melanau, donc) anciennement installés à Bornéo. En tant que guérisseur, il est alors appelé du terme malais *dukun*. L'auteur donne aussi l'exemple d'un soignant ne pouvant se résoudre à quitter la religion catholique et pratiquant plus ou moins secrètement, avec le soutien de ceux qui le consultent (*ibid.* : 141).

Ainsi, le cas de Madura implique la présence généralisée de l'islam (même si on constate l'existence marquée d'éléments javanais comme celle des almanachs). Le cas melanau indique l'influence de l'Église catholique et l'opposition bipartite Melanau/Malais, catholiques/musulmans. Le cas javanais se distingue de ces deux exemples avec une liberté de culte formel bien plus marquée et l'autonomie saillante du javanisme local qui s'arrange néanmoins très bien de la cohabitation avec les cultes normatifs. Ceci n'empêche pas les différences de points de vue évoquées plus haut : une même personne peut être appelée *dhukun* admirativement ou péjorativement, voire être appelée complètement différemment ; c'est ainsi que les *priyayi*, les Javanais éduqués ou de façon générale les Javanais portant un minimum d'intérêt à leur héritage socio-culturel, différencient clairement un *dhukun* sage-femme (*dhukun*

*bayi*) ou un *dhukun* masseur/euse (*dhukun pijet*), d'un maître cérémoniel javaniste – comme le suggère aussi explicitement Andrew Beatty (voir note 2) – ou d'un maître d'arts martiaux (voir plus bas). C'est là aussi que le terme tient place d'interface entre l'État indonésien politiquement unifié et la javanité traditionnelle qui s'adapte continuellement.

### Reformulation urbaine du caractère local des soignants

Dans cette perspective, le terme *dhukun* – *dukun* en indonésien – permet de désigner d'un point de vue extérieur différentes activités et différentes personnes, impliquées dans différents contextes, un peu à la façon dont les termes sorciers ou rebouteux sont devenus génériques en français pour désigner tout et rien à la fois. C'est bien ce qui se passe en Indonésie et cette nouvelle acception du terme est reprise par les observateurs étrangers, ce qui ne fait que la renforcer. La tendance journalistique urbaine nationale a même introduit une terminologie parallèle encore plus excentrée comme *paranormal* ou *pengobatan alternatif* (« soins alternatifs ») pour désigner des personnes et des activités qui correspondent pourtant aux pratiques locales.

Pour ce qui nous intéresse ici, ce que révèle le flou des données portant sur l'utilisation du terme *dhukun*, c'est surtout une absence de perspective élargie qui permette de concevoir que l'initiation rituelle, le théâtre traditionnel et les soins forment, comme nous allons le voir, un tout. Pour éclairer ce propos et les lacunes relevées plus haut, je vais présenter ici certains cas que j'ai observés directement et qui indiquent qu'il existe à Java des soignants qui ne sont pas des *dhukun*, ou en tout cas pas avant tout des *dhukun*, si par méprise ou méconnaissance on en vient à les appeler ainsi. Je vais décrire pour ce faire les deux exemples de soignants évoqués en introduction : le maître rituel *sesepuh* – dont le nom est précédé de l'appellatif très valorisé « *mbah* » (« grand-parent » classificatoire) et qui, en l'occurrence, maîtrise aussi les techniques d'invulnérabilité *kanuragan* – et le *pendekar*, qui maîtrise l'art martial javanais *pencak*, l'« énergie vitale » (*tenaga dalam*) et les techniques de soin attenantes. Nous verrons comment celles-ci permettent une ouverture plus ou moins marquée vers l'islam et le sécularisme, et comment par effet retour, certaines d'entre elles, issues du *kejawèn* – comme les techniques respiratoires ou celles de magnétisme –, connaissent un développement considérable alors que d'autres qui impliquent le recours à des cultes locaux induisent des tensions avec certains groupes religieux normatifs.

### L'INITIATION ET LES SOINS *KANURAGAN*

Le maître cérémoniel – le *sesepuh*, de la base nousantarienne *sepuh* : « âgé, sage, vénérable » – dont il s'agit ici, Mbah Budi, est en premier lieu un maître de *kanuragan* dont une des activités principales est d'initier les jeunes gens aux techniques et aux conceptions ésotériques d'ordre rituel et guerrier du *kejawèn*. Concernant les membres mêmes de l'école, pour les niveaux de base, il s'agit souvent de jeunes Javanais âgés de dix-neuf à vingt-cinq ou trente ans qui viennent en groupes de villages proches de Yogyakarta.

Les membres de niveau élevé *kasepuhan*, quant à eux, représentent une trentaine de personnes environ, la plupart âgées de trente-cinq à soixante ans. Des représen-

tants de différents milieux sociaux se côtoient pour suivre l'enseignement du maître : des ouvriers, des étudiants, des artisans, des enseignants, des employés, des nobles, des commerçants. Mbah Budi représente un point d'ancrage par lequel l'intérêt des jeunes pour la culture javanaise peut perdurer au travers de l'activité rituelle, du pèlerinage et des rapports qui sont ceux de parents à enfants (classificatoires).

L'évolution de la pratique au sein de ce groupe appelé Trah Tedjokusuman s'est un peu modifiée au cours des années 2000. Les réseaux de Mbah Budi se sont développés et il a été plusieurs années durant très sollicité pour aller officier dans d'autres grandes villes de Java comme Djakarta, Surabaya et Semarang. Il s'agissait d'y soigner des personnes, mais aussi d'y effectuer des cérémonies de type propitiatoire, des *slametan*, pour l'ouverture d'un magasin, la construction d'une maison, ou encore l'assainissement de certains lieux où les habitants perdaient la raison. En 2008, suite à une attaque cardiaque à l'âge de quatre-vingts ans, le maître a dû diminuer fortement ses visites à l'extérieur et ralentir l'ensemble de ses activités. Il a alors délégué à son fils une partie de ses activités de formation et d'officiant.

Dans les descriptions que j'ai effectuées du groupe Trah Tedjokusuman que dirige ce maître (voir de Grave 2001 : 17-144, 2008), les activités de soin apparaissent chronologiquement après l'enseignement sur les quatre esprits germains de l'être humain (voir un peu plus loin), et celui sur les entités *aji* et les formes d'invulnérabilité que celles-ci confèrent vis-à-vis des armes, des animaux sauvages et du feu.

### Conceptions javanaises sur les maladies

Notons que la pratique de sauvegarde vis-à-vis des animaux est assimilée aux pratiques de soin et classée sous le terme *gineng*, elle vise à protéger le pratiquant des fauves et des serpents. Il y a d'ailleurs un parallèle explicite qui est établi entre les maladies et les animaux sauvages. Outre le cas de l'enseignement de *sesepuh* dont je parle ici, Stephen Headley (1987 : 138-142) a relevé dans un mythe de création balinaise<sup>4</sup> que les démiurges qui fondaient le monde puis l'homme, sur les ordres de leur père Vidhi, revêtaient l'aspect d'animaux sauvages. Leur travail achevé, ils se sont mis à dévorer les êtres qu'ils venaient de créer. Vidhi a dû intervenir afin de les en empêcher.

C'est sous forme de maladies que les animaux démiurges dévorent leurs proies. Face à elles, on se défend par les rituels appropriés, le *ruwatan* par exemple (voir plus bas) ou le *gineng panyuwunan* (*idem*). Qui plus est, les maladies elles-mêmes sont assimilées à des esprits. L'exemple le plus connu à cet égard à Java est celui de l'armée d'esprits de la Déesse des Mers du Sud, Ratu Kidul, lesquels sèment la maladie dans les régions qu'ils attaquent (voir de Grave 2001 : 174-181). Enfin, dans les conceptions javanaises, la pensée elle-même évolue à un niveau d'existence très proche de celui des esprits, donc de celui des maladies, ce qui n'est pas sans rappeler – toutes proportions gardées – les conceptions en matière de formation et d'évolution des maladies liées au modèle humoral d'Hippocrate et de Galien (Vigarello 2005 : 336-340) – encore actif dans nos notions médicales empiriques –, ou au modèle chamannique (voir notamment Eliade 1968 : 241-242 ; Lévi-Strauss 1974 : 191-234).

### Description de la cérémonie de soin *gineng* et autres soins

Le rapport qui s'établit ainsi entre maladie et esprit induit le type de technique thérapeutique utilisée : la prière d'invocation. Lorsque le pratiquant a dépassé le niveau

cadet (*tingkat kaenoman*) pour atteindre le niveau sage, mûr et avisé (*tingkat kasepuhan*), le *sesepuh* lui retransmet le *gineng panyuwunan* (de *gineng*, que je traduis momentanément par « soins », et de *panyuwunan* « supplique », en niveau de langue soutenu, ce qui peut être traduit par « soins par la prière »). Ce type de soin peut être pratiqué soit individuellement, soit en groupe. L'initiation et la transmission de la faculté de le mettre en pratique s'établissent à l'occasion d'une séance de groupe qui se présente comme suit (voir de Grave 2001 : 69-70).

Les membres « aînés » se réunissent une fois l'an chez le maître à l'occasion d'une nuit sacrée de « vendredi *kliwon* » après avoir observé un jeûne d'une semaine, sans sucre ni sel ajoutés et sans viande. Mbah Budi, assis dans la salle cérémonielle, place des roses rouges, du jasmin et des fleurs de champac dans un verre d'eau consacrée. Il active son brûloir à résine de benjoin et prononce les prières consacrées, puis allume trois bâtonnets d'encens qu'il tient un instant au-dessus de sa tête puis au-dessus de l'eau florale, tout en chuchotant les formules appropriées. Il se saisit alors du verre, le place à proximité de sa bouche et prononce à nouveau des formules avant de le faire tourner par trois fois autour du feu du brûloir. Il demande ensuite aux « aînés » – soit six personnes âgées de trente-cinq à cinquante ans – de s'asseoir en cercle à proximité du brûloir et des trois bâtonnets d'encens. Un verre d'eau est placé au centre du cercle. Un assistant écrit sur un papier le nom de la personne à soigner, lequel papier est placé devant Mbah Budi. Les participants se recueillent, paumes des mains jointes. Mbah Budi récite des phrases en javanais qui sont répétées les unes après les autres par les six hommes. Lors de la phase suivante, le verre d'eau est passé de main en main par les officiants, lesquels se concentrent chacun à leur tour en le tenant à bout de bras face à leur front et en récitant intérieurement les formules consacrées. Lorsque le verre lui revient, le maître le pose devant lui. Les prières de fermeture sont récitées et le *gineng panyuwunan* prend fin. L'eau ainsi consacrée est transvasée dans une petite bouteille qui sera portée le lendemain à l'intéressée.

Comme je l'ai évoqué plus haut, cet enseignement de type *gineng* s'accompagne d'autres enseignements dont un vise à protéger des animaux sauvages et venimeux, un autre protège du feu. Tous ensemble, ils font référence à la notion javanaise *sangkan paraning dumadi*, l'« origine et le devenir de l'existence » qui s'inscrit dans l'« enseignement de perfection » (*ngèlmu kasampurnan*) en vue d'atteindre l'« Union mystique » (*manunggaling kawula Gusti*) (de Grave *idem*).

Notons une caractéristique importante des rituels de type *gineng* : comme ils renforcent les pratiques de niveau cadet, les *mantra* qui les concernent sont prononcés dans le prolongement des *mantra* d'invocation des quatre esprits germains, situant ces derniers dans les quatre orientés de l'espace et dans une cosmologie hiérarchisée qui sert de base au *gineng*. Ces quatre esprits sont d'ailleurs garants de la santé et de l'équilibre de la personne. Le *dhukun bayi* (accoucheuse traditionnelle) en prend soin dès la naissance en consacrant et en traitant de façon appropriée leur forme physique : le placenta, l'amnios, le cordon ombilical et le sang (Headley 1996 : 226, 230-231 ; Suyami 1991 : 109-112), à la différence de la sage-femme (*bidan*) du centre hospitalier qui n'a aucun égard pour eux (Headley *ibid.* : 231). Headley constate de plus que les *dhukun pijet* font aussi intervenir les quatre esprits germains pour orienter cosmologiquement leur massage thérapeutique (*ibid.* : 226, 230-31)<sup>5</sup>.

En parallèle aux enseignements de type *gineng*, les rituels que Pak Budi maîtrise s'étendent à certaines cérémonies de protection comme les *ruwatan* évoqués plus haut. Les *ruwatan* font référence au mythe de Murwa Kala (semblable au mythe de



création balinaise rapporté plus haut) et ils visent à rétablir une opération considérée cosmologiquement néfaste, comme posséder un certain nombre d'enfants ou vouloir épouser quelqu'un dont la date de naissance est inconciliable avec la sienne propre. Les combinaisons néfastes sont censées engendrer des maladies. Par rapport à cela, le rituel thérapeutique peut agir de façon soit préventive soit curative<sup>6</sup>. Notons enfin que Mbah Budi utilise aussi comme remèdes complémentaires des plantes curatives dont certaines sont cultivées dans sa cour.

### Rapport aux répertoire classique, yoga, cérémonies communautaires et personnages valeureux

Pour revenir au terme *gineng*, il fait référence à la poésie et au répertoire classique, celui du théâtre d'ombre, notamment. On le trouve dans l'œuvre *kakawin* tirée du *Bharatayudha* (« la Grande guerre ») *Arjunawiwaha* (Kuntara 1990 : 99). Le terme y apparaît tout d'abord sous la forme *haji ginöng* où il désigne la « grandeur » (de la racine *göng* ou *geng* affixée avec l'infixe *in-*) du « roi » (*haji*). À la suite d'une interprétation associative interne à l'évolution du texte, *haji* semble avoir été assimilé à *aji* et *gineng* à une forme d'*aji* particulièrement puissante puisque c'est celle dont est pourvu le géant Niwatakawaca – lequel menace d'envahir la cité des dieux – et qui le rend complètement invulnérable, excepté dans la bouche : « au bout de la langue » (*jihwagra*) dans la version littéraire *kakawin* et au niveau du « palais buccal » (*cethak*) dans la version théâtre d'ombre. Or, dans la pratique de soin *gineng*, l'officiant place – à un moment donné – le pouce de sa main droite dans la bouche et l'applique contre le palais avant de le tremper dans le verre d'eau qui sera ingéré par la personne à soigner.

Un rapport s'établit donc au niveau du palais qui forme un point faible pour les personnages présomptueux et un point de force pour les personnages empreints de compassion<sup>7</sup>. Il apparaît de plus dans ce rapport que des formes qui sont à la base des pratiques martiales peuvent être développées en pratiques de soin. Il convient d'ailleurs de souligner le fait qu'aussi bien Arjuna que Niwatakawaca ont atteint le plus haut niveau de yoga du çivaïsme tantrique avant la « délivrance » (*moksha*) et que c'est de là qu'ils tiennent leurs capacités guerrières et thérapeutiques particulières.

L'influence de l'islam fait qu'il n'est plus guère question de yoga aujourd'hui à Java comme dans les textes classiques, mais les pratiques en cause continuent de se perpétuer sous une terminologie parfois issue du soufisme. Les formes ultimes qu'enseigne Mbah Budi visent ainsi à attirer le *wahyu* d'origine divine qui est source d'autorité. Suivant les termes du maître, il s'agit de l'autorité qui s'impose d'elle-même et que chacun s'accorde à reconnaître. Cette autorité d'origine divine se différencie de l'autorité qui s'impose par la force physique, laquelle est une autorité liée au niveau *kaenoman*, une autorité qui n'est pas mûre.

L'action même d'un roi aussi célèbre que Sultan Agung (1613-1646) se subdivise aussi en niveau *kaenoman* marqué par la guerre et en niveau *kasepuhan* marqué par la sagesse et les rituels thérapeutiques. La cérémonie Rebo Wekasan qui a lieu au village de Wonokromo (Departemen 1985 : 161-175) commémore ainsi l'intervention de Sultan Agung pour enrayer l'épidémie de maladies qui ravageait la région, en plongeant un « talisman » (*jimat*) à l'endroit où les deux rivières Kali Opak et

Kali Gajah Wong se rejoignent, afin que les gens puissent venir en grand nombre y puiser l'eau salvatrice.

Lors de la cérémonie, outre les offrandes adressées à Dieu, aux esprits locaux et aux ancêtres, des offrandes adressées aux esprits germains sont au nombre de quatre, et une correspondance est indiquée avec les couleurs et les points cardinaux, qui est en tout point identique à celle que l'on trouve dans l'enseignement de Mbah Budi, attestant par là une continuité effective entre cérémonies liées à la personne et cérémonies communautaires<sup>8</sup>.

De plus, outre la tradition indo-javanaise du « prêtre-roi » (*pandhita-ratu*) thérapeute qui s'est perpétuée jusqu'au monarque Hamengkubuwono IX (1912-1988), la description de l'eau qui est utilisée à la fin de Arjuna Wiwaha pour soigner les blessés correspond à celle qu'utilise Mbah Budi dans le rite de soin *gineng* et pour les cérémonies initiatiques. Nous avons ainsi des pratiques très valorisées censées provenir du monde divin, de la royauté de droit divin et des ancêtres mythiques, qui établissent un rapport microcosme-macrocosme explicite. Nous allons voir à présent dans les trois cas d'étude qui suivent comment certains éléments de ces pratiques se détachent progressivement de leur fondement macro présenté comme originel.

### Un jeune maître *kejawèn*

Une nouvelle génération de maîtres *kejawèn* est apparue dans les années 1990. Les techniques de base ne sont pas radicalement différentes mais les référents culturels classiques comme les niveaux de langue, le théâtre d'ombres ou le respect marqué envers les aînés et l'étiquette deviennent beaucoup plus lâches.

À titre d'exemple, Mas Antha est un jeune maître de *kejawèn kebatinan* (51 ans, soit 34 ans lorsque je l'ai connu en 1995). La formation qu'il a suivie est en bonne partie autodidacte. Lorsqu'il était plus jeune, il consultait un vieux maître de temps en temps, mais surtout il pratiquait le jeûne et l'ascèse dans des lieux sacrés et isolés comme le volcan actif Mérapî. En parallèle, deux années durant il n'a mangé tous les jours qu'une seule fois à dix-huit heures, a pris une douche nocturne entre minuit et une heure, et marché dehors en continu jusqu'à trois heures du matin.

Il aurait ainsi acquis entre autres facultés celles de voir les esprits et de communiquer avec, celle de soigner, celle de voir à distance et celle de consulter les ancêtres. Il possède une importante collection d'« objets sacrés » (*pusaka*), des kriss pour la plupart, qu'il utilise parfois dans ses pratiques de soin. Comme la plupart de ses collègues, il reçoit bénévolement les gens en consultation chez lui tous les soirs, notamment pour des problèmes de santé, mais aussi pour des questions ayant trait aux *pusaka*. Un des derniers *laku* (pratique d'ascèse) du jeune maître a consisté à ne pas se mettre une seule fois en colère pendant dix années consécutives.

Les techniques de soin de Mas Antha sont multiples. Celle qui est centrale pour lui est la technique de « résonance » (*getaran*). Il se place dans un état réceptif marqué en se concentrant sur le patient au point de pouvoir ressentir ce que celui-ci ressent, en particulier le mal ou les maux dont il souffre. Par empathie, il agit dessus en se concentrant en vue d'affaiblir la maladie et/ou de la résorber. Notons que la notion d'empathie (*tepa slira*) est centrale à Java. Headley (1996 : 227-228) la relève aussi à propos des techniques de la masseuse évoquée plus haut et même de façon plus générale<sup>9</sup>. Une technique complémentaire de Mas Antha consiste à utiliser son

propre magnétisme par apposition des mains. Une autre consiste à utiliser ses kriss sacrés, notamment en trempant la lame dans un verre d'eau et faire ingérer celle-ci au patient. Ce maître forme des Javanais plus jeunes que lui mais n'attend rien d'eux en retour. Il considère simplement qu'il les oriente et que cela le rend différent d'un maître traditionnel.

Par rapport à celui de Mbah Budi, l'exemple de Mas Antha nous montre qu'il est possible de pratiquer le *kejawèn* en vivant dans un environnement social moderne. En effet, Mas Antha a des activités rémunératrices commerçantes principales, il n'attend pas de revenus de son activité de consultant; il fait ses courses au supermarché avec son épouse et leur fils, là où c'est l'épouse de Mbah Budi qui va seule au marché traditionnel. Mas Antha est, comme Mbah Budi et de nombreux autres maîtres *kejawèn*, fasciné par l'île de Bali, qui est une référence pour eux en matière de pratiques rituelles. Mais Mas Antha s'y rend aussi pour y passer des vacances.

En définitive, le fait que les rapports de Mas Antha avec ses consultants et ses élèves corresponde à une approche relationnelle nettement moins hiérarchisée que celle à laquelle se réfère Mbah Budi est central pour l'analyse sociologique. Pour ce qui nous intéresse ici, cela se ressent dans les techniques de soin qu'utilise le jeune maître. Il les adapte davantage à sa personnalité et à son intuition. Il prend un recul très important par rapport aux formes de cultes héréditaires et à la filiation maître-élève. Il se rapproche de ce fait de la tendance sécularisante que l'on trouve dans les écoles modernes de *tenaga dalam* et de *pencak silat* que je vais présenter maintenant tout en comparant les techniques et les approches utilisées.

## PRATIQUES DE SOIN DES ÉCOLES D'ARTS MARTIAUX

### Les écoles de *tenaga dalam* (« énergie vitale »)

Ces écoles sont très répandues en Indonésie. Depuis plus de vingt ans que je travaille sur la question, j'estime qu'il y en a probablement plus de mille pour plusieurs centaines de milliers de pratiquants, soit plusieurs millions sur plusieurs générations. La base de la pratique consiste en mouvements de déplacement combinés à des techniques respiratoires et de concentration en vue d'augmenter le potentiel de *tenaga dalam* du corps, l'effet le plus immédiat étant une amélioration générale de la santé, voire la guérison de différentes maladies grâce à un entraînement assidu. J'ai déjà décrit en détail ces techniques (de Grave 1996-1997, 2001-2008), notamment celles de l'école Marga Luyu (ML), probablement la plus ancienne du genre. Je vais ici simplement décrire les techniques de soin.

Suivant les explications fournies par les experts de ML, il faut accompagner les mouvements appris de l'intention que l'on a de lutter contre la maladie. C'est l'« intention » (*niat*) qui permet de caractériser l'« énergie » nécessaire à la tâche à accomplir. L'« intention » liée à la « pensée active » (*cipta*) s'exprime au niveau du « ressenti » (*rasa*) et c'est par celui-ci que l'on peut évaluer la nature du mal à combattre et en mesurer l'intensité. Il permet ainsi de pouvoir adapter l'« énergie » utilisée et de la doser pour la mise en pratique. L'« intention » ne doit pas se dissocier du « ressenti » sous peine de s'abstraire, ce dernier sert en quelque sorte d'émetteur à l'énergie curative en même temps que, d'une certaine façon, il s'identifie à elle. On voit ici

que maladie et pensée se rejoignent comme dans les conceptions classiques vues plus haut, ce à quoi il convient d'adjoindre le rôle – central aussi – du « ressenti ».

Cette méthode – qui semble s'apparenter quelque peu à ce que nous appelons magnétisme en France – présente des analogies avec les soins parfois pratiqués en *kebatinan*, comme ceux de Mas Antha évoqués plus haut : extraire l'énergie néfaste, insuffler de l'énergie vitale. Elle en diffère par la façon dont l'énergie est accumulée par celui qui soigne : chez ML cela fonctionne sur la base des techniques offensives et défensives de l'école, dans le *kebatinan* il peut y avoir utilisation de la respiration sans que cela ait trait aux pratiques martiales, ou encore utilisation de la méditation. Mais dans les deux cas, le rapport qui lie l'intention au ressenti reste primordial. La différence notable qui apparaît réside dans la façon d'aborder la maladie. Chez ML celle-ci est, somme toute, considérée comme l'ennemi à supprimer. Dans le *kebatinan*, la gestuelle utilisée ne s'apparente pas à des mouvements d'art martial.

Le ressenti qui sert de source à l'énergie curative repose ainsi, dans le cas du *kebatinan*, sur une « intention » globalement pacifique, alors que la paix sur laquelle il repose chez Marga Luyu encadre des « intentions » martiales adaptées au processus de soin. L'expression de ces intentions passe à la fois par le ressenti et la gestuelle qui donne forme à ce ressenti : mouvements du regard, des membres (mains, tête, jambes) et des organes respiratoires. Dans la pratique, il apparaît que plus l'« intention », le « ressenti » et l'application sont unis et simultanés, plus le soin est efficace car l'« énergie » mieux contrôlée.

Les maîtres qui valorisent l'approche martiale argumentent que celle-ci suscite davantage un état de concentration abouti par rapport à la seule approche *kebatinan* ou religieuse qui tend à conférer un caractère abstrait à la pratique (point d'ailleurs relevé à propos du *pencak* par Geertz 1960 : 158). Les maîtres de *kebatinan*, à l'instar de Mas Antha, affirment en contrepartie que la formation aux pratiques martiales tend à pousser les pratiquants vers le sentiment de colère et qu'elle n'est donc pas la meilleure voie à suivre pour équilibrer les « attachements » (*nepsu*). Par rapport à cela, le maître de Maraga Luyu, Pak Effendi, précise que l'entraînement vise effectivement à pouvoir exprimer sa colère brute au niveau de base mais que c'est pour mieux apprendre à la maîtriser progressivement.

Quoi qu'il en soit de cette passionnante discussion interne où le pour et le contre apparaissent partagés, la mise en pratique de l'« énergie vitale » pour les soins s'effectue chez ML de la façon suivante. Une phase de prière et de recueillement, dans laquelle on s'adresse à Dieu pour lui demander soutien et protection, ouvre la séance. Ensuite, certains mouvements sont utilisés de façon combinée et répétitive. Il ne sont pas effectués à la même échelle de grandeur que lors de l'entraînement mais à une plus petite échelle, les gestes sont réduits, simplifiés et appliqués de façon rapprochée, voire en établissant un contact physique avec le malade.

Cette réduction vise à adapter la mise en pratique, comme nous venons de le voir à propos de la notion d'« intention », afin d'agir sur la maladie et non sur le patient. Les formes respiratoires restent les mêmes que pour l'autodéfense. Les mouvements les plus utilisés pour les soins sont le 4, le 3, le 5, le 8, et le 10, dont la fonction se présente comme suit.

Le mouvement 4 sert à « ouvrir » l'endroit où siège la maladie ; on l'effectue une seule fois en début de séance. Le mouvement 3 sert à « déstabiliser » la maladie ; on

peut l'effectuer plusieurs fois de suite (huit à quinze ou vingt fois selon la gravité des cas) en phase préliminaire au mouvement 8. Le mouvement 8 sert à « découper » ou « déraciner » la maladie. On peut l'effectuer autant de fois que le mouvement 3 et même plus si cela s'avère nécessaire.

Pour conclure, on effectue les mouvements 5 et 10 de façon alternée. Le 5 sert à « tirer » la maladie, ou partie de la maladie si elle ne vient pas d'un seul coup, et le 10 à rendre à Dieu l'« énergie » néfaste que l'on vient de tirer (en effectuant le geste de jeter vers le ciel ce que l'on vient de prendre). Le 5 et le 10 sont ainsi répétés alternativement autant de fois que nécessaire. Pour « fermer » ce que le mouvement 4 a ouvert en début de séance, on utilise le mouvement 3.

Dans ses grandes lignes, une séance de soin se déroule ainsi. S'il s'agit d'une hémiplegie par exemple (voir ci-dessous), le même schéma peut être répété sur plusieurs parties clefs du corps afin de réactiver le « courant d'énergie » (*aliran tenaga*). Pour conclure la séance, une phase de prière est tenue afin de remercier le Seigneur.

En 1992, je suivais Mas Budhi – le fils de Pak Suwandi, un des maîtres de l'école Marga Luyu<sup>10</sup> – lorsqu'il effectuait des séances bi-hebdomadaires sur la personne d'un réalisateur de télévision paralysé du côté gauche. L'homme ne pouvait plus ni marcher, ni articuler clairement lorsqu'il parlait. Après trois mois de soins il s'était remis à parler correctement et commençait à pouvoir se lever quelque peu de son fauteuil roulant.

Comme c'est le cas pour ce réalisateur, les patients de Suwandi sont en général des personnes matériellement plutôt aisées : petite, moyenne et grande bourgeoisie (officiers militaires, attachés ministériels, commerçants, fonctionnaires, enseignants, etc.). Pour ceux qui viennent se faire soigner et qui ne connaissent pas Marga Luyu (certains font parfois plusieurs centaines de kilomètres), Pak Suwandi passe à leurs yeux comme un *dukhun* guérisseur et non comme un maître d'arts martiaux, ce qui peut aussi s'expliquer par les autres techniques qu'il utilise.

### Soins par les plantes et remèdes *jamu*

De par l'enseignement *kejawèn* qu'il a reçu, Suwandi est familiarisé à l'utilisation des plantes médicinales. Il se sert donc de façon combinée de l'« énergie vitale » et de la phytothérapie pour soigner ses patients. Dans certains cas il peut n'utiliser que l'un des deux moyens, cela dépend du patient et du mal à soigner, mais de toute façon il insuffle son propre *tenaga dalam* aux simples – broyés sous forme de poudre – afin d'intensifier les effets curatifs. Il achète lui-même les plantes au marché, ou bien les fait acheter par son épouse.

Ces connaissances ne sont pas liées à l'enseignement de Marga Luyu. Il apparaît plutôt que les pratiquants acquièrent ce savoir au fil de leur propre expérience. Il perpétue ainsi la tradition des remèdes phytothérapeutiques traditionnels, les *jamu*, que Headley (1996 : 234) décrit comme « structure élémentaire de la médecine javanaise traditionnelle », surtout utilisés à des « fins prophylactiques » et dont l'existence est attestée depuis le X<sup>e</sup> siècle (*ibid.* : 229-230)<sup>11</sup>.

Ces remèdes sont établis en suivant la logique de complémentarité du froid et du chaud (*asrep lan panas*) (Friedberg : 1985 ; Headley *ibid.* : 235) qui suit à la base une logique effectivement prophylactique. Pour ce que j'ai pu en observer à Java, les êtres et les objets existants sont classifiés en chaud et froid de façon échelonnée,

les aliments et les plantes en particulier. Cette catégorisation tient aussi compte du climat, des différents moments de la journée, des périodes propices ou néfastes, des lieux, ainsi que du caractère ou de l'état émotif contextuel d'une personne. Au quotidien, on ne mange par exemple pas un fruit à tendance fermenteuse, comme le durian ou le jacquier, en milieu de journée lorsqu'il fait chaud (ou après s'être mis en colère) afin de maintenir l'organisme à une température stable.

La pharmacopée part de ce principe mis en relation avec les caractéristiques de la maladie, elle aussi classifiée en chaud ou froid. Jordaan (1985 : 203-214) a bien développé les tenants et aboutissants de ce principe répandu en Asie du Sud-Est (*ibid.* : 314). Il constate d'emblée une similitude des plantes utilisées à Java, Bali et Madura (*ibid.* : 204-205) qui le pousse à argumenter contre les partisans « non critiques » d'un héritage indien, grec ou hispano-portugais de la théorie médicale des humeurs (*ibid.* : 206, 314) – évoquée un peu plus haut – en faveur d'un probable héritage austronésien. Surtout, il montre bien comment la pratique de soin peut combiner des éléments « chauds et froids » pour soigner des maux complexes ou pour suivre l'évolution physiologique du patient au fur et à mesure du traitement et des réactions de son organisme (*ibid.* : 208-213) afin de regagner l'état d'équilibre.

### Les écoles de *pencak silat*: massages thérapeutiques et « ondes » *getaran*

Outre les écoles de *tenaga dalam*, les écoles de *pencak silat* – l'art martial national indonésien<sup>12</sup> – ont leurs propres techniques de soin. Celles-ci peuvent varier d'une région à l'autre, voire d'une école à l'autre. Une des plus anciennes écoles recensées d'Indonésie, Cimandé – originaire du pays sundanais à Java Ouest – est par exemple très réputée pour ses techniques de massage et de soin des os fracturés ou cassés (voir l'article de Gabriel Facal à ce sujet dans ce numéro). Elle fabrique elle-même ses onguents dont elle garde le secret. Notons que la force, la volonté et l'endurance physique sont indispensables pour devenir masseur, en particulier masseur thérapeute où il est nécessaire de masser avec encore plus de puissance et de dextérité. Ces qualités étant développées avec la pratique des arts martiaux, les *pesilat* sont pourvus d'une base solide pour aborder le massage thérapeutique. Les personnes qui ont une activité manuelle principale développent aussi une puissance de poigne qui leur est utile lorsqu'elles deviennent masseur/euse ou pratiquent en parallèle.

À Java Centre et Est, en pays javanais, les techniques de massage existent dans certaines écoles, notamment pour résorber les problèmes à caractère tendineux ou musculaire. On y utilise aussi le *tenaga dalam* par apposition des mains à distance (en particulier à Java Centre). Les techniques de base sur lesquelles s'appuie cette faculté sont les exercices respiratoires et de méditation tels ceux pratiqués par l'école Merpati Putih (de Grave 2001 : 249-266). Ici aussi, les massages thérapeutiques peuvent être utilisés, mais ils ne sont pas enseignés de façon systématique. La technique de soin type est liée à la maîtrise du *getaran* (outre « résonance » vu plus haut, le mot a aussi le sens de « onde, vibration » qui sied mieux ici) grâce à laquelle, suivant les informations données, les zones malades touchées sont détectées, puis on leur réinsuffle du *tenaga dalam* pour réactiver la circulation énergétique perturbée. La complémentarité du chaud et du froid est ici aussi mise à contribution: le soignant émet un *tenaga* frais si la contusion est récente ou le mal en expansion, car il est alors censé chauffer; il émet un *tenaga* chaud si la zone à soigner est froide, tiède si elle

est tiède, etc. Le *getaran* apparaît comme étant une sorte de *tenaga dalam* mais plus « raffiné » (*alus*), il se développe d'ailleurs sur la base d'exercices subtils du souffle qui viennent dans le curriculum après et en prolongement de formes respiratoires des niveaux de base effectuées « en force » (*kasar*).

Dans le cas des écoles de *tenaga dalam* et de *pencak silat*, l'apprentissage des techniques de soin s'effectue progressivement – comme pour celui du *getaran* – à partir d'un certain niveau. Récemment, leur transmission en a été fréquemment avancée, en particulier en ce qui concerne les écoles de *tenaga dalam*. Ceci est dû à la fois au fait que l'autodéfense est moins mise en avant car moins nécessaire dans la société policée de l'État-nation indonésien, et au fait que les écoles se font mutuellement concurrence et donc s'efforcent parfois d'inclure certaines activités attractives plus tôt dans l'enseignement.

### Les pratiques de soin, le javanisme et les autres systèmes de valeurs

Comparativement au *kanuragan* traditionnel de Trah Tedjukusuman, les techniques utilisées ici font peu appel à des formes de culte. L'école Marga Luyu est ouverte à tout pratiquant quelle que soit sa religion et il en est de même pour Merpati Putih. Pourtant, chez ML, comme chez les plus anciennes écoles du genre, la pratique du *tenaga dalam* à un haut niveau implique la connaissance des enseignements ésotériques de l'islam, lesquels induisent presque obligatoirement de se convertir à cette religion. Ces techniques sont à l'origine *kejawèn* et puisent fort probablement dans le fond tantrique du yoga çivaïte (évoqué plus haut), comme en témoigne notamment la notion d'origine sanskrite de *prana* qui désigne l'énergie subtile qui habite le monde et que l'on peut intensifier par les techniques respiratoires. Elles perdurent donc dans un environnement culturel formel, celui de l'islam (mais celui du catholicisme aussi, voir de Grave [1996]), et dans un environnement séculier.

Cela signifie que leurs caractéristiques rituelles actives d'origine sont considérées comme étant devenues culturellement inactives. Les mouvements corporels, les formes respiratoires et la méditation utilisés font partie intégrante des pratiques javanaises au point d'être adoptés par des groupes qui ne se définissent pas comme *kejawèn*, mais qui se reconnaissent tout de même volontiers javanais. Par rapport à cela, même s'il est très compliqué de déterminer les éléments socioculturels qui permettent de définir un groupe donné, il n'est ici pas exagéré d'affirmer que le *kejawèn* est omniprésent au travers des techniques qui ont été développées en son sein, même si les systèmes de valeurs et les modes de relation qui les entourent se modifient progressivement.

Cette constatation doit nous conduire à porter une attention plus poussée aux techniques – en l'occurrence les techniques de soin et de santé – pour la compréhension des faits sociaux. En effet, étant parti de la constatation que différents systèmes de valeurs étaient en présence dans la société javanaise, j'avais opté pour considérer que les valeurs javanistes étaient forcément dominantes, ne serait-ce que parce que les musulmans, les chrétiens ou les laïques utilisent le javanais pour communiquer entre eux. L'utilisation des techniques que je viens de présenter les inscrits aussi de fait dans un cadre social javanais dominant, ce qui ne préjuge pas des processus sociaux en cours auxquels le javanisme s'adapte, point sur lequel je propose de réfléchir à présent.

## OBSERVATIONS

Une mise en perspective aboutie des pratiques thérapeutiques à Java reste à faire. Des classifications permettant de défricher le terrain ont été établies par quelques auteurs, mais il reste à intégrer les « *dhukun* » dans le champ d'une activité rituelle riche, parfois variée, néanmoins structurée et cohérente à la base, et de pratiques religieuses qui se transposent par rapport à cette activité, comme nous venons de le voir. À cet égard, le travail de Roy E. Jordaan sur Madura est exemplaire puisqu'il intègre les pratiques thérapeutiques dans la perspective des rituels de protection de la communauté et de la personne, et montre comment s'opère l'interpénétration avec les soignants musulmans. Il met ainsi en lumière l'agencement du point de vue des uns et des autres, minimisant le risque de calquer son propre point de vue ou de simplifier le donné. C'est dans cette optique que j'ai souligné différentes perspectives qui cohabitent dans la société javanaise (*kejawèn* rural et urbain, *kejawèn priyayi*, islam traditionaliste, islam non pratiquant, islam progressiste, christianisme, sécularisme, islam radical), afin de donner un cadre au positionnement sociologique des différentes techniques de soin les unes par rapport aux autres<sup>13</sup>. N'étant pas un spécialiste de la question, je ne peux ici prétendre qu'apporter une pierre à un édifice dont je souhaite néanmoins que la construction se poursuive. Pour finir cette présentation, je vais maintenant reprendre quelques points saillants du texte.

Je vais tout d'abord m'efforcer de caractériser le rapport de nature qui s'établit entre les soins et l'activité martiale, du point de vue javanais. Ensuite, j'envisagerai la question de savoir comment appréhender la dimension rituelle constitutive des soins javanais dans le processus de modernisation de la société javanaise et quelles sont les implications concomitantes sur les modes relationnels patients-soignants. Ceci me conduira à utiliser les témoignages que j'ai recueillis sur la façon dont est perçue localement la biomédecine en rapport aux pratiques locales. Ce point servira d'ouverture à une réflexion sur les perspectives que l'on peut établir avec les questions de développement telles que les ont abordées certains auteurs travaillant sur la santé. Il s'agira ensuite de voir quelle conclusion peut être tirée quant au caractère actif ou non de la relation que le patient lui-même entretient avec sa propre santé.

### Soins et activité martiale

Comme souligné plus haut, les exemples originaux que j'ai fournis indiquent comparativement que le terrain des soignants à Java a laissé de côté les soins thérapeutiques du *kanuragan* et des arts martiaux<sup>14</sup>. Il est même fort probable que des maîtres aient été consultés comme *dhukun* sans que leur identité d'expert martial n'ait été citée par l'auteur, voire n'ait été connue de lui.

Cette constatation est à lier au problème de l'idéologie ambiante influencée par les catégories occidentales modernes dans lesquelles les techniques du corps sont dévalorisées, *a fortiori* celles des arts martiaux, perçues à tort comme contradictoires avec l'idéologie individualiste et pacifiste des droits de l'homme, là où on les considère comme une discipline éducative et formative de premier plan en Extrême-Orient (de Grave 2001, 2012). C'est dans cette logique de cloisonnement et d'imposition univoque de domaines constitués et de rapport à l'action particuliers qu'on en vient à séparer radicalement l'activité martiale de l'activité thérapeutique, qui sont pour-



tant étroitement liées non seulement à Java, mais probablement partout où guerre et combat rituels existent ou ont existé<sup>15</sup>.

À Java, nous l'avons vu, la dimension martiale est explicite du côté des maladies comme en témoignent notamment le mythe de Murwa Kala et le culte à la Déesse des Mers du Sud. Il est plus difficile de dire si les techniques thérapeutiques employées présentent un tel caractère. Si cela est bien le cas pour Marga Luyu, les autres semblent davantage revêtir un caractère apaisant qui s'exprime soit par un rituel approprié (Mbah Budi), soit par les plantes ou par des soins progressifs (magnétisme ou massage). Mais si l'on se réfère aux notions javanaises en matière de classification (de Grave 2001 : 49-60), il apparaît que la puissance moindre est considérée comme une expression dosée, équilibrée, maîtrisée de la puissance excessive. Ainsi, par exemple, l'ardeur est considérée comme un état équilibré de la colère, laquelle est d'ailleurs caractéristique des personnes belliqueuses.

Ce qui est sûr, c'est que le système de représentation javanais dans la variété de ses catégorisations reflète clairement les pratiques. Ainsi, de même que ce système décrit – par le répertoire classique – une palette de trois cents personnages dont le caractère va crescendo du plus doux au plus colérique, les techniques de soin proposées s'échelonnent aussi des plus douces (magnétisme, ingestion d'eau consacrée) aux plus énergiques (*tenaga dalam* virulent pour la maladie, massages thérapeutiques douloureux pour le patient). Le système de représentation dans toute sa richesse rituelle et tel qu'il place au premier rang l'activité martiale – non pas pour la survalloriser, mais bien pour en dresser les limites sans faux-semblant – induit ainsi une variété très importante de techniques de soin. Le développement démographique, économique, social et politique auquel est soumis l'Indonésie depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle pose la question de savoir si cette variété est menacée.

### Dimension rituelle et classification des soins à Java

Les cas d'étude évoqués permettent d'avancer que tout acte de soin javanais est à la base rituel, c'est-à-dire lié à un culte local comme celui des quatre esprits germains ou de la Déesse des Mers du Sud, ou encore à une religion formelle. De plus, ces actes thérapeutiques ne s'adressent pas qu'à des individus. On voit par exemple que les quatre esprits germains de la personne sont aussi bien invoqués dans des rituels communautaires que par de simples masseuses au moment de pratiquer sur un patient.

En contexte religieux formel monothéiste le culte peut se formaliser plus ou moins et le Dieu de l'islam (ou celui du christianisme) est alors invoqué dans les pratiques de soin (voir Marga Luyu), en contexte séculier (voir Merpati Putih) l'invocation liée à la religion est alors privée, propre à chaque personne. Mais dans tous les cas, l'arrière-plan rituel reste omniprésent pour toutes les pratiques développées, ne serait-ce que par la langue et les relations de déférence que celle-ci implique vis-à-vis des aînés, des lieux sacrés, les référents socioculturels, etc.

La modernisation de ces techniques et de leur mode de perpétuation intervient au travers du développement très marqué des écoles de *tenaga dalam* depuis les années 1990. Dans ces écoles transitent non seulement les personnes intéressées par la pratique elle-même en vue d'aiguiser leurs sens pour communiquer avec le monde des esprits et avec Dieu, mais aussi les personnes qui ont simplement envie de soigner des maux tels que l'arthrite, l'arthrose, l'hypotension ou des difficultés

respiratoires (pour ne parler que de témoignages directs que j'ai pu relever). Dans cette catégorie, on peut même adjoindre celles qui pratiquent de façon préventive pour le maintien d'une bonne santé. C'est ainsi qu'en effectuant un calcul basé sur le nombre d'écoles et d'antennes par école dans toute l'Indonésie, et le nombre de pratiquants connus par école, j'estime que sur deux ou trois générations plusieurs millions de personnes transitent par ces écoles (ou y restent) pour différentes raisons parmi lesquelles les soins (d'auto-traitement) à caractère prophylactiques figurent en gros pourcentage. Ces soins de masse complètent ainsi à Java et plus largement en Indonésie ceux des massages et de la phytothérapie qui restent probablement les plus répandus, sans forcément non plus passer par les spécialistes : massages mutuels entre amis, utilisation courante des principales plantes aux vertus thérapeutiques.

Si je devais proposer une classification hiérarchisée des pratiques de soin à Java établie à partir des catégories sociales des thérapeutes, je dirais ainsi qu'au niveau de base on trouve les massages et les potions et remèdes traditionnels *jamu*. Les masseurs sont en général issus de milieux populaires avec néanmoins des spécialistes réputés qui peuvent dans certains cas avoir une clientèle de (très) haut niveau social (hommes politiques, officiers supérieurs de l'armée, hommes d'affaire, etc.) et très bien gagner leur vie. J'ai parfois remarqué une transmission intergénérationnelle (de parent à enfant), mais de façon ponctuelle. Il faut aussi noter que les non-voyants sont fréquemment initiés aux techniques de massage pour leur permettre de subvenir à leurs propres besoins (comme dans d'autre pays d'Asie, par exemple la Chine).

Concernant les fabricantes et vendeuses de *jamu*, bien qu'assise sur les milieux populaires ruraux, j'ai pu constater que la pratique s'est ouverte aux classes moyennes et notamment aux classes lettrées, avec un pont qui s'établit parfois avec les milieux universitaires académiques. Il y a ici une véritable transmission intergénérationnelle, de mère à fille notamment puisque les femmes sont très actives dans la perpétuation des connaissances et de la fabrication des *jamu*. En matière de développement, l'industrialisation précoce de ces remèdes (début du XX<sup>e</sup> siècle) ne semble pas avoir perturbé outre mesure les réseaux de diffusion ruraux et de marchés traditionnels. La vente des *jamu* connaît d'ailleurs un développement important dans les populations rurales à l'économie instable depuis que sévit la crise sud-est asiatique de 1997 (Fatimah 2002).

Les techniques de soin qui ont trait au *tenaga dalam*, bien qu'appartenant à un registre traditionnellement ésotérique et secret, semblent bien avoir été anciennement implantées en milieu populaire. Cela transparaît au travers des biographies de maîtres et de l'historique des écoles ainsi qu'au travers des chroniques royales anciennes qui rapportent l'accession au statut de roi de personnages issus de catégories sociales modestes (voir les exemples de Ken Arok et de Jaka Tingkir, de Grave 2001 : 168, 214, 341). Mais, ayant directement trait aux pratiques mystiques et au principe d'autorité, le statut des praticiens apparaît bien plus valorisé que celui des fabricant/e/s de *jamu* et des masseurs.

Les techniques de prière, d'eau consacrée et de rituels d'offrandes sont peut-être encore les plus valorisées, elles impliquent en tout cas en premier lieu le personnage le plus respecté de la communauté locale javanaise, le *sesepuh*. Cette valorisation s'explique notamment par le fait que ce personnage établit une continuité effective entre les cérémonies individuelles et communautaires. Il semble tout de même,

comme nous l'avons vu, que les soins individuels qu'il développe sont moins adaptés au mode de vie moderne comparativement aux autres pratiques, en particulier celles de *tenaga dalam* dont l'essor fulgurant révèle une démocratisation de techniques secrètes appliquées à la santé, qui ne font intervenir aucun autre instrument de pratique que le corps lui-même.

Le succès de ce développement s'inscrit d'ailleurs dans les pratiques et les conceptions javanaises : pour gérer son propre équilibre et sa propre santé, la personne s'efforce de maîtriser les éléments qui la pénètrent, qu'il s'agisse d'aliments, de pensées ou d'émotions ; les règles d'équilibre par des formes d'ascèse émotionnelles et alimentaires sont présentes pour la guider. Ce point contribue à expliquer que les techniques en cause soient dans leur ensemble fréquemment combinées. Ainsi, Ina Slamet-Velsink (1996 : 66) confirme l'aspect complémentaire des soins phytothérapeutiques, des massages et de la gymnastique de santé, et elle insiste aussi sur le fait qu'à Java on n'établit pas de frontière marquée entre nourriture et médicament. Néanmoins, le fort développement et l'adaptation de techniques au détriment d'autres rendent les personnes moins regardantes sur les éléments matériels ou immatériels qui s'introduisent en elles et ce processus s'établit aussi suivant une modification des rapports relationnels.

### Modes relationnels patients-soignants

Lors de mes séjours de terrain (plus de six ans), j'ai souvent rencontré des Javanais qui après avoir expérimenté la médecine moderne l'avait complètement abandonnée car ils la jugeaient anxiogène : attendre son tour dans l'indifférence, passer des analyses et s'entendre dire que les résultats sont mauvais, être contraint de payer sans être sûr du résultat, etc. Ces mêmes personnes pensent que le climat relationnel et humain ainsi instauré est en fait enclin à favoriser l'expansion de la maladie.

J'ai évoqué dans le texte le type de relation que l'on trouve généralement à Java : familial et respectueux, notamment. Je dois aussi insister ici sur le recul très important des Javanais par rapport à l'utilisation de la monnaie moderne. Le professionnalisme dans des activités aussi valorisées localement que les soins et les arts martiaux est généralement mal perçu. Même un guérisseur aussi réputé que Pak Gembong à Yogyakarta n'affiche pas de tarif et laisse à ses clients le soin de définir eux-mêmes ce qu'il convient de lui laisser. Le principe qui est presque toujours évoqué est que les connaissances d'origine divine ne peuvent se monnayer<sup>16</sup>. Ceci n'empêche pas que depuis les années 1990, mais surtout après la crise économique de 1997, certains soignants se soient mis à afficher des tarifs et même à passer des annonces dans les journaux. Cette tendance est récente et il est difficile de dire si elle est appelée à devenir dominante.

Parallèlement à ces témoignages, l'approche utilitariste liée à la biomédecine et à son idéologie a été relevée à maintes reprises comme étant néfaste à la qualité des relations humaines et sociales et ce par des personnes œuvrant dans des contextes aussi particuliers que – outre les études asiatisantes que nous venons de voir – l'OMS (Bannerman 1983 : 11), les études européenistes (Schmitz 2006 : 11) et l'anthropologie appliquée à la santé et au développement (Pottier 2004 : 382-383). Il a notamment été noté que le type de rapports engendré était particulièrement néfaste aux personnes souffrant de malaises psychosomatiques (Schmitz *ibid.* : 7 ; Pottier *ibid.* :

388; Slamet-Velsink 1996 : 75). Il apparaît aussi clairement que l'appartenance sociale joue un rôle dans cet écart relationnel : le soignant traditionnel a un statut social proche de celui de ses clients, en particulier en milieu rural, tandis que le médecin moderne a un statut social globalement plus élevé (Schmitz *id.* ; Pottier *ibid.* : 387 ; Slamet-Velsink *ibid.* : 76). Les auteurs relèvent un écart relationnel dans lequel il faut inclure l'écart éducatif. Cela comprend aussi une mauvaise intercompréhension due au vocabulaire utilisé, comme l'ont montré les études de Luc Boltanski (1971) sur la relation médecins/patients en France.

Cet écart est mis sur le compte de la tendance mécaniste de la biomédecine issue de la conception dualiste cartésienne de séparation marquée du corps et de l'esprit, avec pour corollaire d'intensifier l'approche organique du corps et des relations<sup>17</sup> et de développer la dimension technique au détriment de la dimension humaine (Schmitz 2006 : 12 ; Pottier 2004 : 383 et 1990). Il faut bien sûr voir dans ce déséquilibre d'échanges relationnels les raisons du développement des médecines dites alternatives<sup>18</sup>. Les exemples donnés dans le texte montrent que les démarches à la fois actives et préventives caractérisent le contexte javanais, ainsi que l'environnement relationnel valorisé qui est impliqué : c'est, d'après Olivier Schmitz (*ibid.* : 14), ce double aspect qui semble manquer aux patients européens, lesquels en viennent à refuser les services de la biomédecine au profit d'approches qui leur permettent de se sentir des êtres humains à part entière et de se responsabiliser en tant que tels.

### Soins et développement

Les différentes perspectives que je viens de présenter m'amènent à considérer la question – vraie ou fausse, je n'en débattrais pas ici – du développement national concernant les pratiques de soin. Je n'ai pas de statistiques sous la main pour comptabiliser le nombre de Javanais et d'Indonésiens qui consultent un soignant traditionnel ou néo-traditionnel et ceux qui consultent à l'hôpital, dans les centres agréés ou chez le médecin. De plus, nous avons bien vu qu'établir des statistiques de la sorte serait très compliqué dans un contexte où certaines pratiques préventives très populaires ne sont pas forcément classifiées comme médicales. Plus que compliqué, cela aurait-il un sens dans une logique exclusive de soin du symptôme et de la guérison apparente à tout prix ?

Quoi qu'il en soit, pour donner un ordre d'idées comparatif (par rapport aux dizaines de millions d'Indonésiens ayant recours aux massages et aux remèdes traditionnels, ainsi qu'aux techniques corporelles et respiratoires locales de santé), Richard Pottier (2004 : 222) a pu comptabiliser dans son étude sur le district de Tha Dïa au Laos datant des années 1970 que 75 % des personnes qu'il a interrogées déclaraient avoir recours à la médecine moderne et 64 % exclusivement à elle, en constatant toutefois une diminution de la tendance lorsqu'on s'éloigne des centres urbains. Ces chiffres peuvent paraître élevés, mais il faut tenir compte du contexte politique de l'époque au Laos, pays qui a reçu une aide internationale très soutenue dans le domaine de la santé et de l'éducation jusqu'au milieu des années 1970. Il faut ensuite distinguer ce que disent les gens (en particulier à un chercheur étranger) de ce qu'ils font, or si les organismes formels tiennent des statistiques, ce n'est pas (ou peu) le cas des soignants traditionnels, lesquels fonctionnent suivant une logique différente.

En parallèle à ceci, Ina E. Slamet-Velsink (1996 : 67) relève les chiffres tirés de la thèse de A.P. McCaulay (1984) selon lesquels 75 % des habitants du village balinais étudié ont recours à la médecine moderne, mais fréquemment en combinaison avec des traitements locaux. Nous nous rapprochons des chiffres précédents à ceci près que le « fréquemment » peut potentiellement dépasser les 75 %. Il semble donc que la biomédecine soit effectivement bien implantée en Asie du Sud-Est, mais il me semble plus difficile d'affirmer qu'elle soit hégémonique ou dominante. Le problème de ces statistiques (des statistiques en général?), c'est qu'elles partent de la perspective et des conceptions modernes de la santé. Or, comme l'explique Pottier (2004 : 275, 305, 381) à propos de son cas d'étude, le recours à la médecine moderne au Laos s'établit surtout au travers de l'achat de médicaments (grâce à un marché sauvage de la vente) et que l'utilisation qui en est faite s'inscrit généralement dans la perspective d'une interprétation d'« efficacité magique », dans une interprétation locale, donc.

Dans le même ordre d'idées, il constate (*ibid.* : 214) – à l'instar de ses collègues africanistes, comme Jean-Pierre Olivier de Sardan ou Michael Singleton – qu'il ne sert à rien de développer la technologie liée à l'hygiène lorsque des responsables locaux proches de la population ne peuvent en inculquer les logiques de fonctionnement, car cela conduit à ce qui se passe dans la plupart des cas : la non-utilisation des nouvelles installations.

Conscients de ces problèmes, semble-t-il, les responsables de l'OMS ont développé des programmes visant à revaloriser les pratiques traditionnelles de soin (Bannerman *et al.* 1983). Dans l'introduction de l'ouvrage auquel je me réfère, les auteurs (*idem* : 11) soulignent même que « dans bien des pays 80 % ou plus de la population des régions rurales sont soignés par des praticiens et des accoucheuses traditionnels<sup>19</sup> ». L'organisation donne des raisons sociologiques importantes quant à ce pourcentage élevé : outre la mise en cause sérieuse des modes relationnels des milieux médicaux modernes déjà évoquée, les auteurs relèvent aussi le lien à l'identité culturelle et nationale des modes de soin locaux et le coût très élevé des services de santé moderne (relevé aussi par Pottier 2004 : 381).

Sur ces questions, au niveau de la mise en application d'un développement des médecines traditionnelles Bannerman (*ibid.* : 13) et Pottier (*ibid.* : 389) se rejoignent (ce qui apparaît comme cohérent puisque ce dernier a longtemps travaillé pour l'OMS) en proposant une collaboration plus étroite entre les soignants traditionnels et les responsables des programmes officiels de santé, ainsi qu'en développant davantage la production des remèdes traditionnels locaux. Ces tendances ont en effet suivi leur cours un peu partout dans le monde depuis les années 1980<sup>20</sup>. Mais dans ce processus, des effets pervers ne manquent pas de se produire tel celui de la bio-piraterie (Berlin 2003) et celui des collaborateurs officiellement nommés au détriment d'autres. Il me semble que la logique « centralisante » soit difficilement évitable et qu'elle implique que la localité doive passer – quoi qu'il arrive et quelles qu'en soient les conséquences – par un processus socialement déstabilisant de standardisation et d'institutionnalisation.

À ce titre, permettre aux techniques populaires phytothérapeutiques, de massage, respiratoires et de magnétisme, de se développer de façon active comme c'est le cas à Java, rend possible la formation d'une « couverture de santé » véritablement sociale, dans le sens de « ancrée dans la société par le biais de pratiques actives ».

Reste à trouver un équilibre entre un minimum de formalisation et de rationalisation qui n'entrave pas le processus créatif et récréatif socioculturel de base et n'engendre pas la formation progressive de lobbies de la santé, quel que soit le contenu pratique impliqué. Un tel processus de standardisation aurait pour corollaire d'instaurer – tout en se mettant en place – un climat social de réceptivité passive.

## Notes

1. Terme provenant du vieux javanais et qui s'est perpétué dans le javanais moderne (Zoetmulder 1995 : 234).
2. Andrew Beatty (1999 : 52, 100) reprend une présentation proche de celle de Clifford Geertz, en bénéficiant tout de même d'un recul conséquent sur Java puisqu'il écrit plus de quarante ans après. Il parle très peu des *dhukun*, n'évoque que les deux premiers termes de la définition de Geertz et donne l'exemple d'un maître rituel gardien et officiant d'un lieu de culte, à propos duquel « il est important de noter que – eu égard à son rôle – il n'est pas considéré comme un *dhukun*, un magicien ou un soignant » (*ibid.* : 100).
3. Noblesse de sang à l'origine, sous la colonisation les *priyayi* sont devenus l'élite bourgeoise ou noble détentrice des connaissances et de l'étiquette javanaise, et aussi fréquemment proche de l'administration et du système éducatif hollandais (voir Bertrand 2005).
4. Les Balinais sont socioculturellement proches des Javanais; on peut dire d'une certaine façon que ce sont des Javanais qui n'ont pas connu l'islam, même si de tels Javanais existent à Java (sur ce point voir Hefner 1985).
5. Sur les quatre germains en contexte javanais hindouiste, voir aussi Hefner (1985 : 142-145).
6. Pour un exemple de Mbah Budi, voir de Grave (2001 : 82); pour des exemples consacrés à ce sujet, voir Headley (1996 : 236-237, sur le mythe de Murwa Kala; 238-245, sur la représentation rituelle thérapeutique; 2001 pour l'étude exhaustive du mythe de Murwa Kala).
7. En ce qui concerne le lien « langue-palais », j'ai eu de nombreuses fois l'occasion d'observer des pratiques de respiration et de méditation dans lesquelles on collait volontairement la langue sur le palais, ce qui confirme une continuité pratique entre ces deux parties du corps.
8. Pour une présentation de cette cérémonie voir de Grave (2001 : 78-79; 1997 : 570-574).
9. Headley (1996 : 228) : « Il s'agit de percevoir la maladie non pas avec les cinq sens extérieurs mais par l'intérieur du corps du guérisseur. Rentré dans son propre corps à lui, à partir de son propre for intérieur, il lit les signes sur le corps de l'autre. »
10. Ils étaient deux de mes principaux informateurs en 1992 pour mon terrain de mémoire de maîtrise et en 1995 pour mon terrain doctoral; je les revois régulièrement jusqu'à aujourd'hui.
11. Boomgard (1993 : 85) note que la population néerlandaise des années 1860-1880 utilisait cette médecine plus souvent qu'elle ne consultait un médecin occidental. Le succès des *jamu* était d'ailleurs tel que dès le début du xx<sup>e</sup> siècle une production industrielle s'est organisée (Headley 1996 : 234). Pour une étude sur le développement récent des fabricants de *jamu*, voir Fatimah (2002).
12. Sur la formation de cet art martial national érigé sur la base des formes locales traditionnelles, voir de Grave (2001 : 209-214, 346-348; 2009).
13. Pottier (2004 : 174) constate lui aussi qu'il est compliqué de classer les soignants traditionnels, car ils sont rarement spécialisés dans un registre ou un type d'activité exclusifs.
14. Nous pouvons toutefois excepter Ina E. Slamet-Velsink (1996) qui, dans les dernières pages de son article, évoque une école de *tenaga dalam*.
15. Outre le cas connu des curares utilisés par des Amérindiens d'Amazonie (comme les Yanomami, voir Catherine Alès [2006]) pour la chasse, la guerre et les soins, plus proche de Java nous trouvons les techniques du corps martiales et de soins taoïstes en Chine, hindouistes en Inde (avec le *kalaripayat* et l'Âyurveda), ainsi que celles des autres pays d'Extrême-Orient et d'Asie

- du Sud-Est. Sur la variété de ces pratiques, et notamment celles d'Inde et de Chine, voir Pottier (1990 : 419-482).
16. Pottier (2004 : 387) relève une tendance similaire pour le Laos.
  17. Pottier (2004 : 387) note aussi à ce sujet que dans la médecine traditionnelle, les conceptions globalisantes utilisées prenant en compte l'environnement naturel et social font que le praticien n'a pas besoin d'accéder au corps du patient et de violer son intimité.
  18. Pour une présentation générale du développement des médecines « parallèles », voir Schmitz (2006) et plus particulièrement les pages 5 à 8 sur les termes utilisés pour nommer ces médecines.
  19. La tendance semble ainsi être inversée par rapport aux statistiques précédemment évoquées – qui datent à peu près de la même époque –, mais j'en ai déjà donné les causes possibles.
  20. J'ai par exemple pu observer le développement considérable de l'exploitation du cajepulier en Indonésie, arbre endémique de l'Est indonésien implanté à Java et d'où l'on tire un baume de soin externe.

## Références

---

- ALÈS, Catherine, 2006, *Yanomami, l'ire et le désir*, Paris: Karthala.
- APPLETON, Ann L., 2006, *Acts of Integration, Expressions of Faith – Madness, Death and Rituals in Melanau Ontology*, Phillips USA: Borneo Research Council Inc.
- BANNERMAN, Robert H. et al., éd., 1983, *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé – Textes choisis à l'attention des administrateurs de la santé*, Genève: OMS.
- BEATTY, Andrew, 1999, *Varieties of Javanese Religion: An Anthropological Account*, Cambridge: Cambridge University Press.
- BERLIN, Brent & Elois Ann BERLIN, 2003, « Les ONG et le processus d'autorisation préalable dans la recherche de bioprospection: le projet Maya ICBG aux Chiapas, Mexique », *Revue internationale des sciences sociales*, 4, 178: 689-698.
- BERTRAND, Romain, 2005, *État colonial, noblesse et nationalisme à Java: La tradition parfaite (17<sup>e</sup>-20<sup>e</sup> siècle)*, Paris: Karthala.
- BOLTANSKI, Luc, 1971, « Les usages sociaux du corps », *Les Annales*, 1 : 205-233.
- BOOMGAARD, Peter, 1993, « The development of colonial health care in Java: An exploratory introduction », *Bijdragen tot de Taal-, Land-, en Volkenkunde*, 149, 1 : 77-93.
- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, 1985, *Upacara tradisional dalam kaitannya dengan peristiwa alam dan kepercayaan Daerah Istimewa Yogyakarta*, Yogyakarta: Debdikbud.
- ELIADE, Mircea, 1968, *Le Chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*, Paris: Payot.
- FATIMAH, Nyayu, 2002, « Bakul jamu: Potensi dan jawaban atas kendala ekonomi », *Jurnal Masyarakat dan Budaya*, IV, 2.
- FRIEDBERG, Claudine, 1985, « La santé à Bali – Le plein, le tempéré et le juste milieu », *L'ethnographie*, 96-97, 2.
- GEERTZ, Clifford, 1960, *The Religion of Java*, Chicago: The University of Chicago Press.
- GRAVE, Jean-Marc de, 1996a, « Une école catholique de *pencak silat* – Tunggal Hati Seminari », *Archipel*, 52: 65-75.
- GRAVE, Jean-Marc de, 1996b « Une école de *pencak silat* prise sur le vif », *Images d'Archipel*, 52: 77-93.
- GRAVE, Jean-Marc de, 1997, « Comparaison des activités et des valeurs ultimes de trois écoles javanaises de pratiques martiales (Yogyakarta-Java Centre) », thèse de doctorat en ethnologie et anthropologie sociale, Paris, EHESS.

- GRAVE, Jean-Marc de, 2001, *Initiation rituelle et arts martiaux – Trois écoles de kanuragan javanais*, Paris: Archipel/L'Harmattan.
- GRAVE, Jean-Marc de, 2007, « Quand ressentir c'est toucher. Techniques javanaises d'apprentissage sensoriel », *Terrain*, 49: 77-88.
- GRAVE, Jean-Marc de, 2008, « L'initiation martiale javanaise: opposition entre javanisme et islam », *Techniques et culture*, 48: 85-123.
- GRAVE, Jean-Marc de, 2009, « Notes de recherche sur la genèse du *pencah silat* moderne – La standardisation des arts martiaux indonésiens sous l'occupation japonaise et à l'époque de l'indépendance (1942-1965) », *Les Actes de la recherche en sciences sociales*, 179: 112-117.
- GRAVE, Jean-Marc de, 2012, « Types d'éducation formative en Indonésie. Qualité relationnelle et formalisation », in *Dimensions formelle et non formelle de l'éducation en Asie orientale. Socialisation et rapport au contenu d'apprentissage*, Jean-Marc de Grave, éd., Aix-en-Provence: Presses Universitaires de Provence.
- HEFNER, Robert W., 1985, *Hindu Javanese: Tengger Tradition and Islam*, Princeton: Princeton University Press.
- HEADLEY, Stephen C., 1996, « Notes sur les types de soignants à Java », in *Soigner au Pluriel – Essais sur le pluralisme médical*, Jean Benoist, éd., Paris: Karthala, coll. « Médecines du monde. Anthropologie comparée de la maladie ».
- HEADLEY, Stephen C., 2001, *From Cosmogony to Exorcism in a Javanese Genesis: The Split Seed*, Oxford: Oxford University Press.
- JORDAAN, Roy E., 1985, « Folk medicine in Madura (Indonesia) », thèse de doctorat, Leyde.
- KUNTARA, Wiryamartana, 1990, *Arjunawiwaha – Transformasi teks jawa kuno lewat tanggapan dan penciptaan di lingkungan sastra Jawa*, Yogyakarta: Duta Wacana University Press.
- LÉVI-STRAUSS, Claude, 1974 [1958], *Anthropologie structurale*, Paris: Plon.
- LOMBARD, Denys, 1990, *Le Carrefour javanais. Essai d'histoire globale*, Paris: éditions de l'EHESS, 3 vol.
- MCCAULAY, A. P., 1984, « The Cultural Construction of Illness in Bali », University of California [page non citée].
- POTTIER, Richard, 2004, *Santé et société au Laos (1973-1978) – Le système de santé lao et ses possibilités de développement: le cas de la zone de santé de Tha Dūa*, Paris: Comité de Collaboration avec le Laos.
- SCHMITZ, Olivier, 2006, *Les Médecines en parallèle – Multiplicité des recours au soin en Occident*, Paris: Karthala.
- SLAMET-VELSINK, Ina E., 1996, « Some reflections on the sense and nonsense of traditional health care », in *Health Care in Java*, Peter Boomgaard et al., Leiden: KITLV.
- SUYAMI (translittération par), 1991, *Cariyos ing tahun Surya 457 – Cerita Sri Sadhana*, Yogyakarta: Balai Kajian Sejarah dan Nilai Tradisional, Depdikbud.
- VIGARELLO, Georges & Roy PORTER, 2005, « Corps, santé et maladies », in *Histoire du corps, 1- De la Renaissance aux Lumières*, Georges Vigarello, Paris: éditions du Seuil.
- ZOETMULDER, Piet, 1995, *Kamus Jawa kuna-Indonesia – jilid 1*, Jakarta: Gramedia.



**Résumé:** D'après un cas d'étude javanais, l'auteur propose une réflexion sur le caractère actif ou passif du rapport à la santé avec les conséquences sociales que cela revêt. Dans un premier temps, l'article présente une classification des soignants et l'arrière-plan socioculturel des pratiques de soin javanaises; il présente aussi les conceptions javanaises de la maladie, finalement peu prises en compte dans les travaux préalables et se trouvant parfois en bute aux systèmes de valeurs de certaines tendances de l'islam. Ceci sert d'introduction à une ethnographie de première main sur des maîtres rituels et des maîtres d'arts martiaux javanais, les techniques thérapeutiques qu'ils utilisent et qu'ils enseignent – liées à l'initiation rituelle, aux cultes locaux, à la méditation, aux exercices du souffle, à la phytothérapie –, ainsi que le public auquel ils s'adressent. Les différents exemples décrits indiquent clairement qu'une tendance sélective des techniques se met en place depuis une vingtaine d'années, tendance qui s'accompagne dans certains cas d'une sécularisation et d'une standardisation; cette modification permet à un public élargi de pratiquer les soins de façon active pour soi-même et pour les proches. Une tendance plus récente des praticiens consiste à afficher des tarifs pour se faire payer en monnaie moderne, ce qui a pour effet d'induire un nouveau type de passivité en matière de santé. La question est alors posée de savoir si la standardisation des techniques de « traditionnels » telle qu'elle est induite par l'action de l'Organisation mondiale de la santé ne risque pas finalement de renforcer le caractère passif des patients à l'égard de pratiques qui fonctionnaient pour beaucoup sur un principe actif.

### ***Active and Prophylactic Cares. A Case Study of Javanese Masters' Techniques and the Link to Development***

**Abstract:** Drawing from a Javanese case study, the article proposes a reflection on the active or passive character developed towards one's health, and the social consequences. As an introduction, it starts by presenting a classification of the Javanese traditional therapists and their cultural background. Javanese conceptions of illness, rarely taken into consideration in previous works and often exposed to certain Islamic value systems, are also presented. A firsthand ethnography then describes therapeutic techniques used and taught by Javanese ritual masters and martial arts masters—through ritual initiation, local cults, meditation, breathing exercises, herbal medicine—and the people they address to. These different examples clearly show that a selection of the techniques has been underway for nearly twenty years. Alongside this selective tendency, the secularisation and standardisation of some of these techniques encourage its popularisation. A more recent trend where in therapeutic specialists ask for modern money in return for the treatment they offer also occurs amidst concerned persons. Such a shift introduces a new type of patient passivity in terms of health care. The question of whether or not the process of standardisation, as promoted by the World Health Organisation concerning the techniques of traditional therapists, reinforces patient passivity—when such practices require patient activity as a basic premise—is explored in conclusion.

**Mots-clés:** Java – soins traditionnels – maladies – développement – techniques – action – initiation – javanisme – yoga – arts martiaux.

**Keywords:** Java – traditional care – illness – development – techniques – action – initiation – javanism – yoga – martial arts.