

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

SIVANANDAMOORTHY Sivanthiny
Née le 03 Juillet 1984 à Jaffna (Sri Lanka)

Présentée et soutenue publiquement le :

**Le recours des populations migrantes à la médecine traditionnelle :
L'exemple de l'Ayurveda et des immigrés du sous-continent indien**

Président de thèse : Pr Corinne Alberti

Directeur de thèse : Professeur Bruno Lepoutre

DES de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Alberti,

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury

A Monsieur le Professeur Lepoutre,

Pour avoir accepté de diriger ce travail,

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail,

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre aide et votre rigueur tout au long de ce travail.

A mes parents,

Pour nous avoir soutenu tout au long de nos études, pour votre amour et pour tous les sacrifices que vous faites pour nous permettre d'arriver là où nous sommes actuellement.

A mon frère,

A Olivier, pour sa présence à mes côtés

A Shidasp, Thomas et Stéphanie et au reste de l'équipe d'Etampes,

A mes amis, en particulier à Fatou, Julien et Marina.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
L'AYURVEDA A L'ERE DE LA MEDECINE MODERNE	8
I. Histoire de l'Ayurveda.....	8
a. Naissance.....	8
b. Evolution jusqu'à nos jours	9
c. L'Ayurveda des temps modernes	10
II. Les origines spirituelles de l'Ayurveda	11
III. Les préceptes de l'Âyurveda	11
a. Les écrits	11
i. Le Charaka Samhita	
ii. Le Sushruta Samhita	
iii. L'Ashantaga Vagbhata	
b. Les représentations	17
i. Le corps et les différentes fonctions vitales	
ii. La maladie	
1. La maladie	
2. La classification des maladies	
c. Les 8 branches de l'Ayurveda	21
d. Le diagnostic	22
e. Les étapes du diagnostic.....	23
f. La thérapeutique	24
i. La médecine préventive	
ii. La médecine curative	
iii. Les traitements particuliers à l'Ayurveda	
g. Quelques exemples	
IV. L'Ayurveda et les autres médecines : un éloignement progressif.....	34
a. L'apport de l'Ayurveda aux autres médecines.....	34
b. Ayurveda et la médecine des grecs.....	37
c. L'Ayurveda et la médecine occidentale : les groupements pathologiques de l'Ayurveda et la nosologie occidentale	40
d. Comparaison entre la médecine occidentale et la médecine ayurvédique.	41
e. La pratique de l'Ayurveda de nos jours : la démarche scientifique appliquée à l'Ayurveda	
V. La pratique de l'Ayurveda en Inde et en Occident	55
a. Stratégie de l'OMS	
i. Intérêt d'une politique spécifique dans le développement des MT	
ii. Impact économique des médecines traditionnelles	
b. Pratique et formation en Inde : un enjeu politique	56
c. La réalité sur le terrain en Inde	57
d. Pratique et formation en occident.....	57
LE RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE	59

I. Etude dans la population générale concernant le recours aux médecines complémentaires en général	59
a. Aux Etats Unis	
b. En Suisse	
c. Au Royaume Uni	
d. L'orientalisation de l'Ouest et le paradoxe français	
II. Etude au sein des populations migrantes	63
a. Acculturation et adaptation au système de santé en France	63
b. La pratique la médecine traditionnelle au sein des minorités	64
c. La problématique de la prise en charge des populations migrantes	69
i. L'anthropologie de la santé	70
ii. Représentation de la maladie et de la santé	74
d. Etude de la santé des migrants	86
e. La population indienne en France.....	90
PARTIE III. ETUDE AU SEIN DE LA POPULATION MIGRANTE	93
I. Introduction	93
II. Matériels et Méthodes	94
a. La population étudiée	
b. La méthodologie	
c. Les entretiens	
d. Analyse des résultats	
e. Les biais	
III. Résultats	96
a. La population étudiée	98
b. Appréciation subjective de leur état de santé	99
c. La différence entre la première et seconde génération	
d. Le pluralisme médical appliqué à la population migrante du cous continent indien	102
e. Les différentes modes de pratiques	103
f. Les obstacles à l'accès à la médecine traditionnelle	104
g. Le recours à la médecine expérimentale.....	106
h. La représentation de la maladie : facteur explicatif du pluralisme médicale .	107
i. L'expérience migratoire influe-t-elle sur la pratique	108
IV. Discussion	109

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE



INTRODUCTION

L'OMS a mis en place un programme en 2002 portant sur « la stratégie des médecines traditionnelles ». Ce programme a pour but de faciliter l'intégration des médecines traditionnelles dans le système de santé d'un pays. Les objectifs concrets de ce programme étaient notamment de développer des guides d'utilisation, des systèmes de standardisation, des méthodologies pour la recherche, des outils l'évaluation des méthodes traditionnelles ainsi que d'instaurer une réglementation. Dans les pays anglo-saxons le recours aux médecines traditionnelles est de plus en plus répandu et il existe notamment des organismes équivalents de l'ARS, la NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine), gérant les médecines parallèles. De nombreuses revues scientifiques ont vu le jour portant sur des études avec une méthodologie calquée sur la médecine occidentale afin de justifier et de légitimer les prises en charge.

L'Ayurvéda, « science de la vie », est une médecine traditionnelle pratiquée depuis plus de 5000 ans dans le sous-continent indien. Elle puise ses sources dans les *Véda*, ensemble de textes sacrés de l'Inde antique. Elle comporte une approche holistique de la médecine. Dans la conception ayurvédique, l'être humain est composé de cinq éléments (mahabhuta) et trois énergies (« doshas »). Les principes de l'Ayurvéda consistent en maintenir la santé et le bien-être, guérir les maladies et mener l'être humain à un certain accomplissement de soi.

Aux États Unis, le recours à la médecine Ayurvédique est estimé à 741000 patients pour l'année 2014 soit environ 0.2% de la population totale. En France la pratique de la médecine ayurvédique commence à s'accroître. Il existe quelques 140 praticiens recensés sur le site ayurveda-france.org à travers tout le pays et pas seulement dans les zones de regroupement des personnes d'origine indienne. La population immigrée du sous-continent indien est de l'ordre de 400 000 en France selon une estimation de 2008. Cette population demande un suivi médical rapproché. 11% des décès sont d'origine cardiovasculaire, constituant ainsi la première cause de décès au Sri Lanka par exemple. En 1994, l'étude d'une population de 975 sujets masculins âgés de 35 à 59 ans mettait en évidence que 1,6 % présentait une cardiopathie ischémique à l'ECG, 5,4 % présentait à l'anamnèse des symptômes d'angor, 17% étaient hypertendus, 12,6% présentaient une dyslipidémie et 18,4% présentaient un BMI supérieur à 24. Or, d'après les études nationales françaises, l'immigration semble être un facteur de mauvais pronostic en terme d'état de santé, de suivi

médical et d'intégration dans le système de soin du pays d'accueil. Un des éléments notable est la renonciation aux soins. Les études au sein des populations immigrées installées dans les pays occidentaux montrent qu'il existe une pratique importante en parallèle, voire en remplacement de la médecine occidentale, d'une médecine traditionnelle spécifique de chaque communauté ethnique au détriment de la médecine occidentale

Pour quelles raisons certains patients présentent une méfiance vis-à-vis de la médecine occidentale ? Quel bénéfice tirent-ils de la pratique de la médecine traditionnelle ? En est-il de même au sein de la population immigrée du sous-continent indien ? En quoi la médecine ayurvédique répond-elle à leurs attentes ? Cette médecine est-elle en mesure de proposer des prises en charge adaptées et efficaces ? Quels sont les moyens qu'elle se donne pour être légitime à une époque où l'efficacité de la médecine est jugée sur des preuves statistiques ?

L'objectif de notre travail est de déterminer les raisons pour lesquels les migrants d'origine indienne ont recours à la médecine ayurvédique en France. Nous analyserons les facteurs expliquant leur intégration ou absence d'intégration dans le système de santé national. Cela nous permettra d'aboutir à une meilleure connaissance des pratiques de consommation en matière de santé et de médicaments de cette communauté dans un environnement culturel très différent de leur environnement natal. Nous voulons identifier et analyser les différents types de pluralisme médicaux au sein de cette communauté et en identifier les déterminants. Nous allons essayer de comprendre aussi l'influence de la culture pré migratoire individuelle et collective ainsi que le rôle de l'expérience d'immigration selon la durée d'immigration et le type d'émigration. Enfin nous allons étudier si les patients retrouvent un intérêt à apporter un pluralisme médical dans la pratique de la médecine expérimentale dans le contexte de l'ayurvéda.

La question que nous soulevons dans notre travail est relative à une étude du comportement des patients. Les facteurs analysés sont difficilement quantifiables. Il s'agit en l'occurrence d'une analyse des comportements médicaux d'une sous population et des facteurs explicatifs influençant ces comportements. On se dirige vers une analyse ethnographique des comportements médicaux. La méthode qualitative est adaptée à ce type d'études. Elles sont bien appropriées pour l'étude des opinions et des comportements et se justifient donc dans notre travail qui va évaluer les motivations des patients. Les résultats obtenus feront l'objet d'une analyse interprétative plutôt que statistique. L'étude sera basée

sur des entretiens semi-dirigés afin de mettre en évidence les raisons et les motivations du recours à la médecine ayurvédique ainsi que la représentation que les patients ont de cette médecine. Cette étude nous permettra ainsi de mettre en évidence les facteurs explicatifs du recours ou de l'absence de recours à la médecine ayurvédique.

A titre personnel, mon intérêt pour ce travail est double, à la fois personnel et professionnel. Partageant la culture même de la population que nous allons étudier, je m'interroge sur leur croyances et pratiques médicales. Ce questionnement est survenu à la suite d'un événement médical qui aurait pu être anecdotique si la fin n'en avait pas été tragique. Dans notre entourage proche, nous avons le cas d'un homme de 55 ans qui a présenté un AVC sylvien profond droit. La famille qui ne voyait pas d'amélioration avec la prise en charge médicale en France décide de repartir au pays pour le soigner. Malgré les mises en garde des médecins, la famille arrête les traitements anticoagulants et antiagrégants. Le patient présente un nouvel AVC gauche et décède quelques semaines plus tard d'une pneumopathie d'inhalation. Cet événement m'avait interpellé dans la mesure où elle a suscité en moi une incompréhension vis à vis du comportement de la famille. Comment pouvait-on refuser les soins en France et décider de faire traiter par la médecine traditionnelle une maladie aussi grave que l'AVC ? Quels représentations avaient-ils de la démarche de soins en France ? Avaient-ils, ne serait-ce que compris, la gravité de cette maladie ? Tous ces questionnements m'ont conduit initialement à juste lire pour ma culture personnelle quelques articles scientifiques sur l'Ayurveda pour aboutir finalement à un sujet de thèse.

PARTIE I : L'AYURVEDA A L'ERE DE LA MEDECINE MODERNE

I. Histoire de l'Ayurveda

a. La naissance

L'Ayurveda constitue un des systèmes de santé les plus anciens et les plus riches au monde. L'Ayurveda signifie « science de la vie » et considère avec précision les facteurs de santé et de maladies à la fois sur le plan physique que sur le plan de l'esprit.

Les premières traces de l'Ayurveda remontent au XIIème siècle avant notre ère avec des traces archéologiques qui ont été mis en évidence dans la vallée de l'Indus. Les origines de l'Ayurveda ont des bases mythologiques. La datation exacte des événements est très difficile. Selon la légende, Brahma a enseigné la science médicale à Dakhma Prajapati, le géniteur, qui l'a transmise aux Asvin, les médecins des dieux qui à leur tour l'on confiés à Indra, le roi des Dieux. Devant la survenue de maladies, les sages sollicitèrent l'aide d'Indra et ils auraient reçu la révélation lors de leurs méditations profondes (Samadhi), la transmettant de maîtres en disciples durant plusieurs siècles avant d'être retranscrit par Charaka¹ et Sushruta² (400 à 200 ans avant notre ère). Le premier représente l'école de médecine d'Atreya³, développant la prévention, la théorie des humeurs (Doshas), la physiologie et le traitement. Le second représente l'école de médecine de Dhanwatari⁴, orienté vers les traitements physiques et chirurgies. Il décrit notamment les points énergétiques (Marmas) bases de l'acupuncture. Un troisième traité fit apparition L'Ashtanga Hridayam, influençant la

1 Charaka : (devanāgarī : चरक)1, a vraisemblablement été médecin de l'empereur Kanishka et aurait donc vécu au 1er siècle. La tradition indienne le situe à une période beaucoup plus ancienne. Issu d'une famille brahmane, il est considéré comme un des principaux fondateurs de l'antique science ayurvédique.

2 Sushruta : est un chirurgien de l'Inde ancienne, un des auteurs du traité de chirurgie Sushruta Samhita (en sanskrit : सुश्रुतसंहिता / Suśruta Samhita), traité collectif parmi les textes fondateurs de la médecine ayurvédique, dans lequel la chirurgie humaine est classée en 8 catégories et où sont décrits plus de 300 procédures et 120 instruments chirurgicaux

3 Atreya : descendant d'Atri, un des grand sage

4 Sri Dhanwatari : considéré comme le fondateur de la Science ayurvédique. Ce sage est entouré par de nombreux mythe. Il est représenté souvent tenant à la main un pot de nectar (ambrosie) symbole de longue vie

médecine bouddhique. C'est entre 350 avant notre ère et le 1^{er} siècle que l'Ayurveda a connu une progression majeure.

Au début de son existence, les connaissances médicales étaient transmises oralement de maître à élève. Les premiers thérapeutes ambulants allaient de village en village où ils séjournèrent plusieurs semaines et enseignaient surtout aux femmes comment se soigner et comment cultiver les plantes essentielles. A l'origine, elle était une médecine familiale adressée aux classes aisées.

Les premières sources écrites médicales se trouvent dans les Vedas, décrivant notamment l'utilisation des plantes à des fins thérapeutiques et liturgiques

b. Evolution jusqu'à nos jours

L'Ayurveda s'est propagé progressivement dans le sous-continent grâce à l'importance de l'Inde dans les échanges commerciaux avec ses pays voisins. Les routes terrestres à travers l'Empire perse et maritimes ont permis de nombreux échanges à la fois dans le domaine scientifique qu'artistique. Jusqu'à l'islamisation du Proche Orient et l'avènement de la médecine arabe, l'Ayurveda a une place prépondérante dans cette région. Son développement majeur sera surtout dans les territoires bouddhistes où chaque pays parviendra à se l'approprier pour en faire une médecine spécifique. Les pharmacopées chinoise et japonaise s'enrichiront de plantes indiennes. La médecine tibétaine empruntera le système des Doshas en l'adaptant à sa mentalité.

La médecine arabe, ou médecine *unani*, est la pratique médicale du monde musulman qui a été importé en Inde lors des invasions afghanes du Gujarat au début du XI^{ème} siècle. Les deux médecines ont cohabité pendant de nombreux siècles et s'influencent mutuellement. L'Ayurveda repose sur la théorie des trois humeurs alors que la médecine unani repose sur la théorie des quatre humeurs. Une des principales différences de ces deux médecines est la population cible. En effet la médecine unani est utilisée par la population musulmane alors que la médecine ayurvédique a une place prépondérante au sein de la population hindouiste.

Après les invasions arabes, vint l'ère de la colonisation. Portugais, Hollandais et Britanniques se sont succédé en Inde. Les Britanniques arrivèrent initialement en Inde début du XVII^{ème} siècle par le biais de la Compagnie des Indes Orientales. Cette dernière a été dissoute en 1858 et l'Inde placée sous l'autorité directe de la couronne britannique.

Durant cette période, la médecine ayurvédique n'a pas connu de déclin. En effet, les médecins britanniques adoptèrent de nombreuses méthodes indiennes devant la difficulté et le coût de l'approvisionnement en fournitures médicales depuis l'Europe. Quant aux indiens, ils furent intéressés par les chirurgiens britanniques. Sir William Sleeman observe :

« Les classes éduquées, comme toutes les classes en fait, disent qu'elles ne veulent pas de nos médecins, mais ont grand besoin de nos chirurgiens. Là, elles sentent qu'elles sont démunies et que nous sommes fort, et recherchent notre aide à chaque fois qu'elles voient une chance de l'obtenir... »

Mais cette période d'« harmonie » fut brève. En effet, en 1835, avec les réformes menées par Lord Bentick, le soutien à l'Ayurveda cessa et l'enseignement ayurvédiques dans les collèges fut supprimé. En parallèle, l'attitude des britanniques envers l'ensemble des arts et sciences indiennes se durcit. Les praticiens ayurvédiques continuaient néanmoins à se former au sein des collèges privés

c. L'Ayurveda des temps modernes

L'essor des mouvements nationalistes en faveur de l'indépendance indienne a permis à la médecine ayurvédique de revenir sur le devant de la scène. Depuis l'indépendance de l'Inde en 1947, le gouvernement doit faire face d'une part à l'importance de développer la médecine expérimentale dans la mesure où elle occupe une place de choix sur la scène internationale et d'autre part à la médecine ayurvédique qui est largement implantée dans le pays notamment dans les régions rurales où la couverture médicale moderne est faible.

Aujourd'hui, des diplômes accrédités par le gouvernement sont délivrés par les facultés. La formation inclus un enseignement de base dans les méthodes de la médecine expérimentale. Les médecins issus de ces diplômes peuvent être en poste dans des centres de premiers soins ou bénévoles dans les communes mais la majorité dirige des cliniques privées ayurvédiques dans les zones rurales.

II. Les origines spirituelles de l'Ayurveda

L'Ayurveda puise ses origines à la fois dans la religion hindouiste que dans le système des Vedas. Le védisme est la plus ancienne spiritualité connue en Inde s'appuyant sur les forces de la nature, il permet la communion de l'homme avec le divin.⁵ L'hindouisme est la « religion éternelle » (*sanatanâ dharma*) qui montre le chemin de la discipline spirituelle. La particularité est qu'il n'existe ni fondateur ni réelle doctrine fixe mais plutôt un développement de l'hindouisme au fur et à mesure des différents courants de pensées de l'Inde. Il s'agit plus d'un mode de vie, d'une pensée philosophique dont l'inspiration première repose sur les Vedas.

« On dit que l'Âyurveda est de toute éternité car il n'y a pas eu de commencement. En effet, les entités ont leur caractère propre, déterminé par la nature ; cette nature propre des substances est immuable. Le mouvement de la vie et de l'intellect ne s'arrête jamais. Le savoir inscrit dans l'Âyurveda continuera toujours. La bonne santé ou la maladie, leur origine, les causes et les symptômes sont également sans commencement ni fin et tous inter-dépendants. Tout cela contribue à l'éternité de l'Âyurveda » (Charakasamhita)

III. Les préceptes de l'Ayurveda

a. Les écrits

i. Le charaka samhita⁶

5 D'une manière générale, le terme « Veda » désigne les écritures sacrées du Brâhmanisme. Au nombre de quatre (le RigVeda, le YagurVeda, le SâmaVeda, l'Atharva-Veda), ces textes, datant du XV^e siècle avant notre ère, sont rédigés en sanscrit archaïque (qui exprimait des corrélations entre les rituels, l'organisme humain et les phénomènes atmosphériques et célestes). Composés d'hymnes, de poèmes et de formulaires rituels pour le sacrifice, ils contiennent des informations scientifiques et pratiques dans les domaines aussi variés que la santé, la philosophie, l'astrologie, les rituels, la musique, la danse ou bien les règles alimentaires.

6 « Texte fondateur s'il en est, la CharakaSamhitâ est un traité capital, extrêmement précis et fort complet, qui pose les fondements médicaux et la vision spirituelle de l'Âyurveda. Sont étudiées et explicitées la physiologie et la médecine interne, la prévention des maladies, la théorie des Dosha et les différents traitements opérants. Sont abordées la nutrition et les purifications corporelles, la psychologie et la psychiatrie, l'éthique médicale, la philosophie et la relation médecin-patient, l'étiologie, le diagnostic et la pharmacopée. Elle évoque également la quête du bonheur, l'impact du karma sur la destinée humaine et la délivrance spirituelle. Elle expose les règles d'une bonne hygiène de vie, indispensable pour conserver la santé, indique comment l'améliorer afin d'éviter les maux présentant la capacité de corrompre l'équilibre du corps. Considérant que l'origine des maladies provient d'une perte de confiance de l'être en sa propre nature divine (Âtman), elle insiste sur le fait que chacun doit reconnaître sa nature divine »

Charaka expose l'enseignement prodigué par Atreya à ses disciples. Cet œuvre étudie la structure du monde et celle de l'homme qui en fait partie. Elle analyse les causes de la dysharmonie entre l'homme et le cosmos à la source des maladies et explique le moyen d'y remédier.

Le *Charaka-samhita* comporte 8 sections

- *Sutra sthana* traite du sujet généraux, phyloophique et médicaux
- *Nidana stana* concerne l'étiologie de 8 entités pathologique : les fièvres, les maladies du sang et de la bile, les tumeurs, les altérations des urines les dermatoses, la consommation, la folie et les épilepsies
- *Vimana sthana* porte sur l'enseignement de la médecine et la déontologie
- *Sharira stahana* décrit la structure de l'homme
- *Indrya stana* décrit les renseignements fournis par ses 5 sens au médecin
- *Ciistsa* décrit la thérapie
- *Kalpa*, la pharmacologie
- *Sidhistana* est consacré aux différentes méthodes thérapeutiques (lavage médicaux, lavement etc...

Les préceptes sont codifiés dans cet écrit de la manière suivante :

- La vie vécue sainement peut apporter un état de bonheur
 - Une bonne hygiène de vie rétablit l'harmonie entre l'être humain et son environnement immédiat
 - Se nourrir convenablement, bien digérer et assimiler correctement sont des facteurs clés pour le bien-être
 - La maladie se produit si l'on commet des erreurs dans son alimentation, si l'on comprend mal l'univers (et les forces qui l'habitent), et s'il y a une dysharmonie patente entre le corps, l'âme et l'esprit
 - Une médecine bienfaisante est préventive avant d'être purement curative
-

- Les véritables remèdes sont extraits du Vivant et d'origine naturelle.

ii. [La sushrutasamhita](#)⁷

Ce traité porte sur la chirurgie (méthodes d'enseignements, technique opératoire, instruments.). Sa structure est identique au Charaka samhita. Cet écrit explique la formation du chirurgien ainsi que les modalités de pratiques de différentes opérations comme par exemple la réclinaison de cataracte, les incisions pour extraire des calculs, l'extraction des flèches. Les traces de la pratique de la chirurgie sont moins évidentes notamment après la période de Sushruta. Certains procédés ont perduré dans certaines castes et on retrouve des descriptions des réclinaisons de cataracte par exemple dans les écrits du IXème siècle. Une des explications sur la diminution de la pratique de la chirurgie est l'hégémonie des castes. En effet au Ier millénaire, la rigidité croissante des systèmes de castes a rendu tabous les contacts physiques ce qui a pu conduire les vaidyas à abandonner certaines pratiques chirurgicales. L'épanouissement de la chirurgie n'a donc été que brève durant la période de Sushruta. Une des chirurgies dont la description est intéressante est celle de la rhinoplastie que l'on retrouve dans le Susruta Samhita :

« Il me faut maintenant décrire avec précision la manière de réparer un nez tranché. Prendre une feuille d'arbre de la même taille que le nez et la fixer. La même surface devra être taillée dans le côté de la joue puis attachée à l'extrémité du nez. Avec soin, le médecin devra l'érafler avant d'assembler rapidement le tout à l'aide d'un bandage propre. Après s'être assuré que l'ensemble est bien fixé, il devra enlever la bande et attacher deux roseaux. Il saupoudrera alors le tout de bois de santal, de réglisse et de collyre avant de le recouvrir de coton blanc qu'il aspergera plusieurs fois d'huile de graines de sésame. Une fois sa digestion achevée, l'homme devra boire du ghee, être oint et purgé selon les règles. Cette

7 La SushrutaSamhitâ, située approximativement au début de notre ère, est de la main de Sushruta, chirurgien de métier, qui aurait vécu vers le V e siècle avant notre ère, mais sans certitude (la période allant de 700 à 350 avant notre ère est avancée). Ce texte développe plus particulièrement la chirurgie et l'anatomie, et reprend un texte médical ancien, lui-même apparemment rectifié et développé par Nâgârjuna

réparation devra se cicatriser s'il n'en reste que la moitié, elle devra être recoupée. Si elle est trop petite, on essaiera cependant de l'étirer et d'égaliser tout excès de chair. »

En mars 1793, une opération réalisée à Pûna tend à prouver que la chirurgie de Sushruta a été connue jusqu'au temps modernes. Cette chirurgie de rhinoplastie réalisée par un briquetier de la ville de Pûna sur un bouvier, Cowasjee, de l'armée anglaise qui avait eu la main et le nez coupés lors de la guerre de 1792 a été importée en Europe où elle est connue sous le nom de « méthode hindoue ». Deux chirurgiens de la Bombay Presidency, Thomas Cruso et James Trindlay, ont assisté à cette opération et ont réalisés des estampes et des diagrammes publiés par la suite à Londres.

Instruments chirurgicaux





Illustration : Opération de la cataracte

iii. L'Ashatanga Vagbatha

Vagbatha est un médecin qui a vécu à la fin du VI siècle. Son œuvre vient compléter les 2 traités majeurs précédemment cités et concerne à la fois la chirurgie que la médecine. Il complète l'arsenal thérapeutique et expose de nouveaux procédés chirurgicaux.

Par la suite de nombreux traités reprenant les 3 précédents et fournissant des interprétations différentes ont vu le jour.

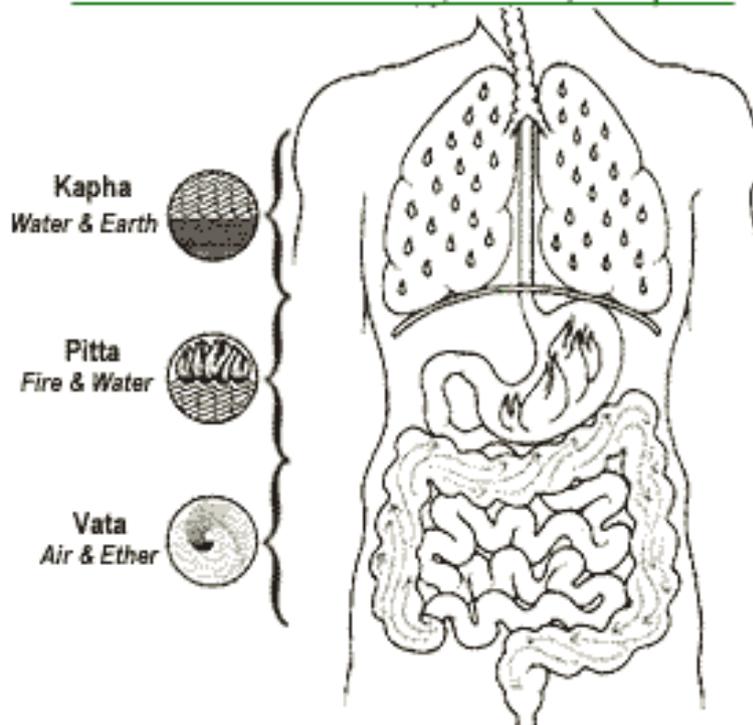
b. Les différentes représentations

i. Le corps et les fonctions vitales

À ses origines, l'Âyurveda repose sur l'observation de la nature, ses variations climatiques et ses implications sur l'être humain. L'influence des forces naturelles, de même que la manière de se nourrir, sur l'état de santé de l'être humain, est perçue de manière extrêmement précise par les sages

L'Âyurveda repose sur l'idée que le corps humain est composé des 5 éléments qui constituent l'univers : la terre (*prthivi*), l'eau (*ap*), le feu (*tejas*), le vent (*vayu*) et le vide (*akasa*) qui correspondent respectivement aux parties solides du corps, aux liquides, à la chaleur animale, au souffle et au vide des organes creux.

The Seats of Vata, Pitta, Kapha



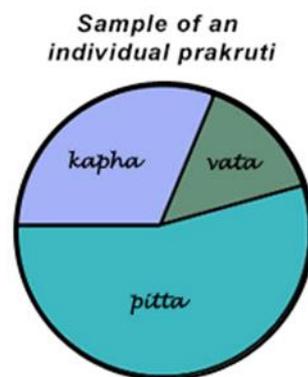
La combinaison de ces 5 éléments compose les différentes substances de l'organisme (*dhatu*) : le chyle (*rasa*), le sang (*rakta*), la chair (*mamta*), la graisse (*meda*), les os (*asthi*), la moelle (*majja*) et le sperme (*sukra*). Les transformations subies par les dhatu dépendent de l'état d'équilibre du vent, du feu et de l'eau qui représente respectivement le souffle vital du corps (*vata ou prana*), la bile (*pitta*), et le phlegme (*kapha*). L'équilibre de ces 3 éléments constitue la bonne santé ou les troubles (*dosa*) :

- Vata : c'est le mouvement, le rythme métabolique. Il gouverne les mouvements du corps, la respiration, l'élimination, le mouvement des muscles et des tissus, le rythme du cœur, les échanges intracellulaires, le système sympathique, la parole, et la pensée. Lié aux éléments air et espace, il a son centre au niveau des intestins.
- Pitta est la chaleur. Il règle la température du corps, la digestion, l'assimilation, l'homéostasie, la pigmentation de la peau, l'éclat du regard, et l'intelligence. Lié à l'élément eau, il a son siège dans l'estomac, le foie et l'intestin grêle
- Kapha est la masse. Il constitue la matière du corps, assure la résistance de l'organisme et la fonction immunitaire. Lié aux éléments eau et terre, il a son siège dans le cœur et les poumons

L' Ayurveda établit une correspondance entre les cinq éléments et les organes

Eléments	Organes correspondants et caractéristiques
Ether	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nature du vide, la parole, les canaux ➤ Le son émanant des organes ➤ Le sens de l'ouïe
Vent	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La respiration, le mouvement des paupières, les contractions et extensions musculaires ➤ Les objets perçus par le toucher ➤ Le sens du toucher
Feu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La thermorégulation et le lustre de la peau ➤ Les couleurs ➤ Le sens de la vue
Eau	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les liquides du corps ➤ Les goûts ➤ Le sens du goût
Terre	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La texture des organes, des chairs et des os ➤ Les odeurs ➤ Le sens de l'odorat

L'individu naît avec une constitution de base appelé le prakruti qui est un équilibre entre les trois Doshas. Cet équilibre est spécifique à chaque individu. Les trois Doshas ont une localisation prédominante dans les certains organes comme mentionné sur le schéma ci-dessous

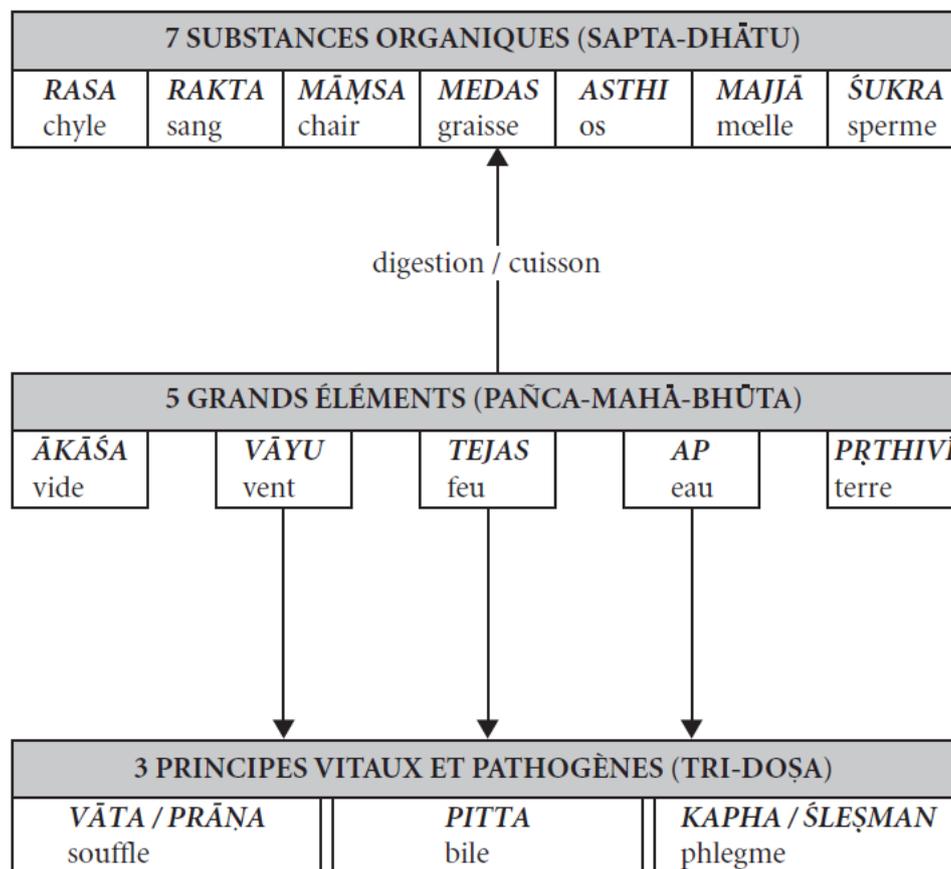


Chacun des Doshas est constitué d'une association des 5 éléments qui l'univers. (Chopra and Doiphode, 2002)

En termes d'anatomie, la dissection était peu tolérée par la morale brahmanique. Cependant il existait un concept anatomique très précis. Les organes creux étaient considérés comme des réceptacles. L'organisme est constitué de 3 types de conduits organiques :

- Les *dhamani* au nombre de 24
- Les *sira* constitué de 3 groupes de 175 font circulé le vent, la bile, le phlegme
- Les *srotas* constituent les circuits ouverts à l'extérieur

Tableau I – Bhūta, dhātu et doṣa.



c. La maladie et les pathologies selon l'Ayurveda

i. La maladie

Le *Smaprapati* décrit le processus de dégradation des Doshas jusqu'à la maladie. Sushruta y fait référence sous le nom de Kriya Kala « action dans le temps ». Ces étapes sont au nombre de 6 :

- L'accumulation morbide d'une ou de plusieurs Doshas :
- L'excitation morbide d'une ou de plusieurs Doshas
- La diffusion morbide d'une ou de plusieurs Doshas
- La localisation morbide d'une ou de plusieurs Doshas
- La manifestation morbide d'une ou plusieurs Doshas
- La complication morbide d'une ou plusieurs Doshas.

Ces anomalies des Doshas peuvent être liées à des facteurs climatiques, à une anomalie dans l'alimentation ou à une cause psychosomatique. Quand les Doshas sont altérés, ils perdent la flexibilité avec laquelle ils s'adaptent aux agressions du monde extérieur

Annexe 1 : Exemple de quelques éléments altérant les doshas

ii. La classification des maladies

Plusieurs classifications sont proposées par les médecins Ayurvédiques.

Charaka distingue les maladies du corps et de l'esprit, les violentes et les douces, les curables et les incurables sensibles ou non au traitement palliatif, les maladies exogènes dues aux facteurs surnaturel et endogènes relevant des causes naturelles, les maladies nées dans l'estomac et dans l'intestin et suivant leur localisation les maladies des systèmes central, moyen ou périphériques.

Sushruta établit quant à lui 3 classes de maladies

- Les maladies d'origine externe (les blessures par armes ou animaux)
- Les maladies liées aux facteurs naturels et surnaturels
 - Dues à la variation de climat
 - Dues à la colère divine (foudre, épidémie)
 - Dues au processus naturel (faim, soif, vieillesse, trouble du sommeil)
- Les maladies d'origine corporelle ou mentale.

- Héritaires préconceptionnelles dues aux anomalies du sperme ou des ovules (lèpre, tuberculose, hémorroïdes)
- Héritaires post conceptionnelles dus aux contrariétés pendant la grossesse (cécité surdité malformations)
- Humorales (altérations des Doshas) et mentales (altération des guna) : d'une part les maladies exogènes liées aux causes accidentelles et d'autre part les maladies endogènes liés au déséquilibre des dosas qui peuvent aussi affecter les dhatu. Il en résulte une combinaison importante de pathologies possibles.

Pour illustrer ces propos, prenons quelques exemples : « l'activité normale du vent est modifiée notamment par l'excès d'exercice, les veilles prolongées, la marche à pied (...). La peur, la colère, les aliments gras (...) perturbent la bile. » (Krishnamurthy)

L'étiologie des maladies mentales est basée sur deux dosa spécifiques dont l'équilibre assure la santé mentale : le rajas (l'activité qui déclenche les passions et les désirs) et le tamas (ignorance et inertie).

Annexe 1 : nomenclature des maladies selon l'anomalie du Doshas

e. Les 8 branches de l'Ayurveda

L'Ayurveda est divisé en 8 branches :

- *KayaCikitsâ*, médecine interne ou thérapie interne, est la médecine du corps et concerne les médications. Elle décrit les différentes méthodes de soins et de prévention notamment l'utilisation des plantes, des techniques de massage. Elle s'intéresse aux maladies courantes comme les troubles du sommeil, les troubles intestinaux etc....
- *ŪrdhvangaCikitsâ*, oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie
- *BalaCikitsâ*, pédiatrie. Elle s'occupe à la fois de la mère et de l'enfant. Elle décrit les traitements des maladies infantiles et comment les soigner en proposant parfois de soigner la mère pour les maux des enfants si la cause est par exemple le lait maternel. Ses principes se retrouvent dans un texte la *KasyapaSamhitâ*, qui traite aussi de la manière d'éduquer les enfants.
- *DamshtrâCikitsâ*, médecine des remèdes ou toxicologie. Cette branche s'intéresse à la fois à ce qui est toxique dans l'organisme et pour. Elle étudie les substances toxiques des

plantes, des minéraux, des animaux, elle traite des poisons et des venins (morsures de serpent, piqûres d'insectes, etc.).

➤ *GrahaCikitsâ*, psychiatrie et psychologie ayurvédique. Il s'agit d'une branche très particulière de l'Âyurveda qui aborde la démonologie (*Bhûtavidyâ*). Elle cherche à éradiquer les mauvais esprits et les microbes. Énonçant les différentes façons de soigner les maladies causées par un sort maléfique, elle présente les incantations, les modes d'exorcisme des mauvais esprits, également les offrandes à faire aux Dieux comme aux démons. Elle explique également comment aborder une personne dont l'esprit est dérangé, décrit les maladies mentales et comment les soigner notamment avec l'hypnose. C'est une médecine plutôt « secrète », qui est appliquée plus particulièrement par des Yogi⁸ ou des prêtres guérisseurs.

➤ *Çâlyâpahartrika*, chirurgie et obstétrique. A l'origine il s'agit préférentiellement des sujets concernant chirurgie dont le but est l'extraction de corps étrangers» mais aborde également l'obstétrique. Elle explique comment opérer toute matière étrangère logée dans le corps humain et causant une douleur.

➤ *RushaCikitsâ*, médecine des aphrodisiaques s'intéresse aux problèmes touchant la sexualité et les maladies affectant la fécondité, elle concerne « les traitements par aphrodisiaque ».

➤ *JarâCikitsâ*, médecine de longue vie est une médecine tonifiante qui se penche sur les thérapies de rajeunissement et s'occupe de la préservation de la jeunesse, des forces, de la mémoire ainsi que la longévité. À son origine, elle concernait plus particulièrement les élixirs pour fortifier. De ce fait, elle s'adresse particulièrement aux personnes âgées et est donc l'équivalent de la gériatrie

f. Le diagnostic

L'Âyurveda obéit à des règles très précises à l'établissement du diagnostic car les Maîtres ayurvédiques sont conscients de l'importance du diagnostic pour adapter la bonne thérapeutique.

8 Chez les Hindouistes, il s'agit de celui qui a atteint un haut niveau de sagesse, en particulier par la méditation et le yoga.

Charaka indique 3 critères dans l'établissement du diagnostic

- Le témoignage (Aptopadesha) : il s'agit du savoir acquis par les sages et transmis : la connaissance médicale
- L'observation mettant en jeu les cinq sens. Le thérapeute écoute les bruits abdominaux, les craquements articulaire les modifications de la voix ... Il inspecte le corps, le palpe et en apprécie l'odeur. Pour ce qui est du gout, il se fit au sens du patient qui gouterà ses propres urines etc.
- Anumana : procédé de raisonnement et de déduction qui mettent application les lois de la généralité et de la particularité.

L'établissement du diagnostic doit tenir compte de :

- Les Nidana (facteurs étiologiques)
- Les purva rupa (symptôme prémonitoires)
- Rupa (tableau clinique)
- Upashaya (action synergique de la maladie et des traitements)
- Samprati (l'aggravation)

g. Les étapes du diagnostic

Quatre phases constituent l'examen général du malade afin de préparer au diagnostic et au traitement. Il est fortement conseillé d'examiner de manière complète la personne avant de se prononcer. Cet examen est à la fois externe (physique) et interne (Srotas)

- L'auscultation, les thérapeutes ayurvédiques utilisant très tôt des instruments de recherche, notamment une forme ancienne de stéthoscope.
- L'inspection physique (teint, proportions du corps, etc.)
- La palpation
- L'examen des odeurs corporelles.

Ces étapes ont été décrites de façon formelle au XVI^{ème} siècle par Tadarânananda et sont toujours d'actualité de nos jours mais avec des simplifications. Celui-ci a explicité et détaillé le diagnostic âyurvédique dans l'Âyurveda *Saukhyam* vaste encyclopédie au sein de laquelle sont rassemblées l'ensemble des données employées depuis l'origine de la médecine indienne. Faisant référence à des textes plus anciens, perdus depuis, il clarifie certains points tout en apportant des précisions sur la pratique âyurvédique. Il rappelle et précise la manière d'examiner un patient, reprenant les huit points particuliers, qui avaient eux-mêmes été définis au XI^e siècle.

Cet ensemble de huit points permet au thérapeute d'avoir déjà un aperçu approprié sur la constitution dominante du patient, et de savoir quel *Doshas* se trouve affecté. Des questions complémentaires sont posées au patient par le thérapeute afin de préciser plus avant le diagnostic, l'anamnèse étant un outil d'investigation aussi important que l'examen général de la personne.

Les huit points de l'examen clinique sont les suivants :

- ❖ Examen du pouls, *Nâdî pariksha*⁹, analyse les pulsations des *Doshas* et non ceux des organes. Le pouls idéal est ferme, lent et régulier, pulsant trente fois (sur une minute). Si les *Doshas* sont atteints c'est-à-dire déséquilibrés, « le pouls se meut comme un pic-vert qui fait des pauses fréquentes ».
- ❖ Examen du physique passant par l'observation des proportions corporelles et de l'attitude comportementale de la personne : sa façon de se déplacer, de s'asseoir, de se tenir debout, sa gestuelle, sa façon de parler (le son de la voix) et ses expressions verbales permettant d'apprécier les facultés mentales.
- ❖ L'examen du visage

9 Trois doigts sont utilisés pour prendre le pouls : l'index (correspondant à l'élément Air), le majeur (correspondant à l'élément Feu) et l'annulaire (correspondant à l'élément Eau). La prise de pouls s'opère sur l'artère radiale et est répétée trois fois : « L'artère à la base du poignet est le témoin de vie. Par le mouvement de cette artère, le sage examine les qualités et les tares du corps. » L'index est placé en travers du poignet, juste au-dessous de la racine du pouce, « le thérapeute examine le pouls en laissant un espace d'un demi-pouce (environ 5 cm) à partir de la base du pouce », le majeur et l'annulaire aux côtés de l'index. *Vâta* est perçu par l'index, *Pitta* par le majeur et *Kapha* par l'annulaire. La prise de pouls s'effectue du côté droit et du côté gauche, en pratiquant deux types de pressions, l'une prononcée, l'autre légère. Du côté droit, la pression légère permet de vérifier : sous l'index l'état du gros intestin, sous le majeur celui de la vésicule biliaire, sous l'annulaire celui du péricarde. La pression prononcée permet de vérifier : sous l'index l'état des poumons, sous le majeur celui du foie, sous l'annulaire celui des trois *Doshas*. Du côté gauche, la pression légère permet de vérifier : sous l'index l'état de l'intestin grêle, sous le majeur celui de la rate, sous l'annulaire celui de la vessie. La pression prononcée permet de vérifier : sous l'index l'état du cœur, sous le majeur celui de l'estomac, sous l'annulaire celui des reins.

- Les rides du visage qui est considéré comme le reflet de l'esprit. Il se révèle par les traces témoignant des épreuves traversées et des réflexions¹⁰
- Les joues lorsqu'elles sont très pâles ou comme décolorées, cela marque un feu digestif fragile ou affaibli.
- Les lèvres : la coloration des lèvres peut reflète l'état pulmonaire, ou digestif¹¹
- L'examen des ongles reflète l'état des os
- L'examen des yeux reflète l'état de l'âme et du foie
- L'examen de la langue informe sur état digestif ainsi que sur nos aptitudes à digérer bien ou mal ou pas du tout les nourritures.
- L'examen de la peau reflète les souffles à l'intérieur du corps. La peau est sensible aux états d'âme, variations climatiques et changements d'humeur.
- L'examen de l'urine et des selles. L'Âyurveda prend en compte l'état des selles et urine, reflet de l'état de toxémie potentielle existant au sein de l'organisme. Les caractéristiques particulières des selles renseignent sur les aggravations potentielles des Doshas, la santé des tissus vitaux, celle des sphères hépatique et intestinale.

h. La thérapeutique

Selon Charaka, il existe trois sortes de traitements :

10 Les rides horizontales du front révèlent la tension mentale, de l'anxiété cachée, une problématique profondément ancrée, quelqu'un de très cérébral et qui ne vit que dans sa tête. Les rides verticales installées entre les deux sourcils sont indicatrices de colère, de pouvoir et de vouloir à tout prix obtenir ce qui est désiré ou envié. Situées à droite, elles signalent des troubles majeurs liés au foie, une émotivité enfouie voire refoulée et une distorsion entre le corps et l'esprit ; à gauche, elles disent une affectivité retenue par l'énergie du cérébral et de la pensée, affectant de cette façon la rate. Les rides soulignant le dessous des yeux et surtout celles descendant à la verticale indiquent des pensées conservatrices, rigides ou destructrices, et une atteinte à la rate. Un gonflement au niveau des yeux avec des pattes d'oie très marquées peut annoncer une déficience ou des troubles au niveau des reins

11 Une décoloration partielle au niveau de la lèvre supérieure, située sur le bord droit indique une faiblesse du poumon droit, à gauche celle du poumon gauche ; dans la partie centrale, se trouvent réunis le foie (à droite), la rate (à gauche), la thyroïde (en haut), le cœur (au milieu), l'estomac (en bas) ; aux angles gauche et droit une déficience des reins ; sur la lèvre inférieure, une teinte pâle dénote une faiblesse des intestins. Un tremblement des lèvres marque une peur, une angoisse ou un chagrin profond. Des lèvres pâles sont révélatrices d'une anémie par épuisement. Des taches brunes signalent une digestion difficile, des tendances à l'indigestion ou la présence de vers intestinaux dans le côlon.

➤ La thérapie surnaturelle qui mets en œuvres les incantations, les herbes, les pierres précieuses, les rites propitiatoires, les oblations, les offrandes, les vœux, le jeûne... Cet aspect de la thérapie est profondément ancrée dans l'esprit indien. Des rites particuliers, sous la surveillance des brahmanes sont pratiqués pendant les accouchements, les chirurgies etc... Certaines maladies sont attribués à certaines divinités.

➤ La thérapie rationnelle qui fait appel au régime et aux médications. Elle se répartie en trois domaines :

- La thérapie interne qui consiste à corriger les désordres résultants des erreurs de diététique par la purification interne

- La thérapie externe qui est constitué de massage, sudations, onctions ...

- La chirurgie

➤ Le contrôle mental qui consiste à réfréner par l'esprit tout ce qui ne convient pas

La bonne réussite du traitement nécessite la réunion de quatre éléments constituant « les quatre piliers du traitement »

➤ Le médecin

➤ Le bon patient

➤ Les médicaments de qualité et la période favorable au traitement

➤ Le bon personnel médical

La médecine préventive

La pratique de la prévention des maladies est en accord avec ce que l'on pensait en être les causes. La plus grande place est réservée à l'alimentation et au rôle diététique dans la prévention des maladies. Les propriétés des aliments étaient déterminées selon la fonction de l'élément de base. Par exemple, les aliments sucrés enrichissent le sang, la moelle et le sperme alors que les aliments acides stimulent la digestion.

Charaka recommande l'exercice physique. Le yoga permettait d'assurer l'équilibre des dosa à travers les postures et les exercices respiratoires.

L'hygiène buccale était aussi importante. Les livres sanskrits prévoient le nettoyage buccal avec des tiges de certaines plantes bien défini ; Par ailleurs il était conseillé aussi de mâcher certaine substance comme le bétel, le clou de girofle, réputé pour la stimulation de la digestion.

La médecine curative

Ce qui était important dans la médecine curative c'était l'individualisation des traitements en accord avec les causes attribuées à la maladie, les fautes de comportements et les écarts alimentaires du malade.

Une des thérapies majeures était le Pancakarma-thérapie (« les cinq mesures ») dont le but était de rétablir l'équilibre des dosas avec les techniques suivantes : les vomissements, la purgation, les lavements, les errhines et les saignées. Une étude réalisée sur une cohorte de patients pendant 5 jours montre que les patients soumis à la thérapie par Pancakarma modifient leur comportement médical après ces cinq jours de thérapies et ont une amélioration de leur qualité de vie et leur sensation de bien-être à long terme (Conboy et al., 2009)

Par ailleurs la médecine indienne recense près de 3000 espèces végétales à partir desquels sont fabriquées les médicaments.

Les traitements particuliers à l'Avurveda

Il existe 6 catégories de thérapies

➤ *Langhana*, thérapie allégeante ou dite de réduction, est une pratique apaisante, relaxante et calmante. Elle pacifie le corps en utilisant le jeûne. Celui-ci est pratiqué en tenant compte de la typologie du patient, de son tempérament et de ses états d'âme. Des diètes personnalisées et mono diètes peuvent également prendre le relais. C'est une méthode de purification favorisant l'allègement interne et la diminution des troubles.

➤ *Brimhana*, thérapie nourrissante ou dite de tonification, est une pratique régénérant et stimulante, elle réactive les fonctions organiques en agissant par le biais de l'alimentation.

➤ *Rûkshana*, thérapie asséchante, permet de réduire grandement l'Eau et la Terre en excès car elle agit directement sur *Kapha* (phlegme). C'est une pratique déshydratante diminuant le trop plein de liquidité intérieure (fluide, eaux, émotions, stress).

- *Snehana*, thérapie huilante, utilise les massages avec application d'huiles. Elle adoucit le corps, atténue l'Air en excès.
- *Svedana*, thérapie échauffante, est employée pour dissoudre *Ama* (déchets). Méthode chauffante, elle permet par la sudation, en ouvrant les pores de la peau, de disperser les éléments affectés au sein des tissus vitaux.
- *Stambhana*, thérapie astringente, est une pratique rafraîchissante, visant à réduire le Feu excessif, et donc d'adoucir *Pitta*.

i. Quelques exemples

➤ La diététique

Les aliments contiennent en proportion variable les 5 éléments que constitue l'univers. Après digestion par les intestins (le feu) ils constituent les éléments du corps humains. On comprend ainsi aisément l'importance des aliments dans l'équilibre des humeurs.

« Cet univers entier n'est que nourriture et mangeur » (Brihadaranyaka Upanishad, I, 4, 6)

« La vie de toute créature est nourriture et le monde entier recherche de la nourriture. D'elle dépendent l'aspect du corps, la clarté (de l'esprit), la bonne voie, la longévité, l'entendement le bonheur, la satisfaction, la croissance, la force et l'intelligence » Charaka.

Prenons quelques exemples :

- Le sucré aide à la formation des tissus
- Le salé enlève le phlegme
- L'acide active la digestion
- L'amer sollicite l'appétit et aide la digestion difficile.

La diététique est adaptée à la fois en fonction de l'individu mais aussi des périodes de l'année qui sont considérées comme une évolution cyclique de l'être humain.

Charaka édicte les huit règles fondamentales de l'alimentation saine :

- Consommer les aliments qui conviennent en quantité et en propriété à notre feu digestif

- Ne pas prendre de repas avant la fin du précédent c'est-à-dire avant que le précédent n'ait rejoint le siège final car cela nuit à l'équilibre des humeurs
- Ne pas consommer d'aliments au pouvoir antagoniste
- Choisir un endroit favorable à la quiétude mentale
- Ne pas manger trop vite
- Ne pas manger trop lentement car cela nuit à la sensation de plénitude de l'estomac
- S'abstenir de parler ou de rire pendant le repas
- Ne consommer que ce qui convient

➤ Les cigares et les digestifs

Les cigares aident à gommer les irrégularités des humeurs. Surutha distingue 5 types de cigares : ceux qu'on fume tous les jours, les adoucissants, les expectorants, les antitussifs, les émétisants.

Le procédé de fabrication des cigares est lui aussi spécifique. De nombreuses plantes donnent les feuilles nécessaires à la fabrication des cigares et on y incorpore différentes substances comme des graisses animales, du miel, des parfums, des sels minéraux...

Voici le portrait du fumeur tel que décrit par Charaka : « maître de soi, assis confortablement, entièrement disponible, se tenant bien droit, le regard fixé devant soi, il doit aspirer trois fois de suite par chaque narine en obstruant l'autre. »

En fumant tous les jours, on évite les affections bronchiques, les migraines, les rhinites, la somnolence, les chutes de cheveux. Par contre, fumer en excès peut être délétère, entraînant la folie, l'insomnie, la surdité, la cécité etc. Fumer est interdit aux femmes enceintes, aux personnes fatigués, à ceux qui viennent de boire du vin du lait ou du miel. Tout cela dans un souci d'équilibre des humeurs.

Les digestifs stimulent pitta et entretiennent la douceur du corps et le vivifient.

➤ Les aliments et leurs propriétés

Les samhita étudient méticuleusement les différents aliments afin que les médecins puissent choisir l'association adaptée à leurs patients.

- Les aliments végétaux et carnés

Les traités ayurvédiques distinguent les végétaux et animaux de la jungle, ceux des régions marécageuses et ceux qui tiennent des deux et indiquent leurs actions humorales et les maladies qu'ils traitent.

Par exemple, pour le riz, il en existe une soixantaine de variétés. Ceux cultivés sur les terrains brûlés sont faciles à digérer et leur propriété desséchante diminue les urines. Ceux cultivés dans les régions marécageuses par exemple sont sucré, lourd et tonique. Ils ont des propriétés aphrodisiaques et spermato poïétiques.

Les aliments carnés (environ une centaine) ont chacune des propriétés très spécifiques. Pour n'en citer que quelques-unes par exemples la chair des animaux carnivore est sucré et lourde réchauffant et tonique et améliore les affections des yeux et de l'anus. Le coq sauvage éclaircit la voix alors que le coq domestique aide à la guérison des rhumatismes, de la consommation

- Le lait

Adapté à tous les âges et à toutes les physiologies, le lait dont les caractéristiques sont décrites comme sucré, lourd, gluant, froid et laxatif, a des propriétés diverses selon son origine. Par exemple, le lait de vache est considéré comme un lait stabilisant les sécrétions alors que le lait de chamelle agit sur les œdèmes et le lait de chèvre convient aux phtisiques.

- Le beurre clarifié

Le ghee est un aliment de base de la médecine ayurvédiques. Il aide les affaiblis et les convalescents. Ses qualités s'améliorent avec la durée de conservation pouvant aller jusqu'à un siècle. Il embellit les éléments du corps (l'avis, la vue, l'intelligence ...)

- Le miel

Dans l'ensemble, le miel modère trois humeurs et ses propriétés varient en fonction de sa provenance : il peut être laxatifs, aphrodisiaque ou amaigrissant.

- L'eau

L'eau correspond à l'un des éléments de l'univers. Il a une action de purification et ses propriétés varient selon qu'elle soit froide ou chaude ou selon l'origine géographique. Certaines eaux sont réputées pour provoquer des maladies telles la jaunisse.

L'eau froide aide à soigner les épilepsies, les empoisonnements, les hémoptysies. L'eau chaude corrige les troubles de l'alcoolisme par exemple.

- Les huiles

Les huiles servent à la fois d'aliments, de médicaments et de véhicules médicaments. Elles favorisent le fonctionnement des articulations, augmentent la mémoire et la force, soulagent l'urticaire...

➤ L'œnologie médicale

La consommation de boissons alcoolisées est partie intégrante des habitudes de l'Inde classique et non d'une mauvaise habitude de vie. Il existe près de quatre-vingt-quatre types de vins différents fabriqués à base de 26 fruits, 11 racines, 20 arbres, 10 fleurs, 4 sucres de cannes

Le vin augmente l'acidité de l'estomac et l'appétit et possède de nombreuses autres propriétés bienfaisantes.

Les propriétés anesthésiques du vin sont mises à profit pour diminuer les douleurs des interventions chirurgicales.

➤ Les épices

Les épices sont des plantes prises dans des quantités quotidiennes très infimes, avec de la nourriture pour aider à la digestion et stimuler l'immunité du corps. Elles aident l'organisme en augmentant le métabolisme et donc facilitent la digestion des aliments. Les épices agissent comme des médicaments lorsqu'elles sont prises en plus grande quantité.

Annexe 2 : Description de quelques épices

➤ Les herbes ayurvédiques

Dravyaguna est l'étude des propriétés de toutes les substances médicinales et elle comporte 3 volets :

- L'identification des plantes
- L'étude des propriétés thérapeutiques et de leur action sur les maladies (Upashaya)
- L'étude de l'utilisation de ses substances : préparation, dosage, compatibilités, adjuvants

Les remèdes agissent sur les Dhatus, les Malas et les Doshas. La pratique de la science ayurvédique est différente par rapport à la phytothérapie telle que nous la connaissons de nos jours. En effet, l'action symptomatique est délaissée et passe au second plan. Ce qui importe c'est l'action des substances sur la rééquilibrage des Doshas. En Ayurveda, les germes ne sont pas attaqués de front comme nous le faisons avec la prescription des antibiotiques. Par contre, l'Ayurveda cherche à stimuler les Doshas qui vont stimuler le système immunitaire qui lui va permettre de combattre la maladie. Les germes sont repoussés par les défenses naturelles

Annexe 3 : nomenclature de quelques plantes ayurvédiques

➤ Un cas clinique sur la dépression

Patiente de 28 ans suivie depuis l'enfance pour dépression chronique et trouble du sommeil. Elle n'a jamais dormi plus de 3 à 4 heures d'un sommeil entrecoupé. Elle présente des troubles anxieux, des attaques de panique depuis l'enfance, une obésité qui se développe depuis trois ans. Elle a abandonné ses études universitaires qu'elle avait débuté à l'âge de 20 ans. Les traitements psychiatriques entrepris n'ont donné aucuns résultats. Elle entreprend de consulter en médecine ayurvédique.

Le diagnostic ayurvédique : Prédisposition familiale à l'anxiété ayant menée depuis l'enfance à des troubles du sommeil et un excès chronique de vata qui entraîne à son tour une hyperactivité mentale et une anxiété en cercle vicieux. Cela entraîne en compensation une augmentation de kapha et une altération du feu digestif.

Attitude thérapeutique : Traitement stationnaire intensif de 4 semaines dans un hôpital en Inde ; traitement manuel, psychothérapie et phytothérapie quotidienne en vue de diminuer l'anxiété et l'excès de ces humeurs.

Evolution quelques mois après la fin de ce traitement : Accès d'anxiété légers, absence de nouvelles attaques de panique, perte de l'excès de poids, reprise d'une activité physique. Elle a fait des démarches pour une réinsertion professionnelle.

III. Ayurveda et les autres médecines : un éloignement progressif

De nombreuses médecines ont des caractéristiques de l'Âyurveda en elles, des plus anciennes aux dernières nées : techniques corporelles, aromathérapie, phytothérapie, nutrition, naturopathie, psychologie, homéopathie, médecine vétérinaire, médecine conventionnelle, sans oublier les médecines grecque, arabe, romaine, tibétaine, bouddhiste ou chinoise. Les apports se révèlent donc extrêmement nombreux et sont notamment dus au fait que l'Âyurveda s'est penchée sur la meilleure façon de répondre à la maladie et de soulager la douleur et ce en développant des thérapeutiques individuelles.

a. L'apport de l'Âyurveda aux autres médecines

➤ Homéostasie

L'une des découvertes fondamentales de l'Âyurveda a été l'homéostasie, qui régule l'équilibre du milieu intérieur de l'être humain. Chaque organisme vivant est un espace ouvert, qui échange de manière continue avec l'extérieur : énergie et matière. Il faudra attendre le XIX^e siècle, Claude Bernard et Walter Cannon pour que l'Occident la découvre et confirme ce que l'Âyurveda avait observé et compris il y a sept millénaires : « L'homéostasie est l'équilibre dynamique qui nous maintient en vie »

➤ La médecine tibétaine

Dans la médecine tibétaine, les trois Humeurs sont le Vent (Lung), la Bile (mKhris-pa) et le Flegme (Bad-Kan), correspondant respectivement à l'Air, au Feu et à l'Eau. Le Vent soutient la force vitale, relie somatique et psychique, et confère de la clarté au mental. La Bile est l'Humeur de la digestion. Elle génère la chaleur du corps, régule la couleur du sang, et stimule la confiance en soi. Le Flegme mélange et décompose le bol alimentaire. Il facilite les fonctions gustatives, et préside à la contraction et à la relaxation des muscles

➤ Physiopathologie

Dès le IV^e siècle avant notre ère, l'Âyurveda décrit la physiopathologie, a une vision très précise des fonctions vitales et possède des représentations anatomiques.

➤ Chirurgie

La médecine âyurvédique comportait une vaste connaissance de la chirurgie, notamment celle du rectum, de la vessie et de l'utérus. Huit méthodes opératoires ainsi que cent vingt et un instruments et accessoires étaient connus et préconisés : incision, excision, scarification, ponction, cathétérisme, extraction, drainage, sutures étaient pratiqués. Les scalpels, ciseaux, aiguilles, pinces, spéculums et autres ustensiles (pansements, bandages), ainsi que du matériel tel que tables opératoires ou lits à plan incliné, étaient couramment utilisés lors d'interventions. Les médecins âyurvédiques pratiquaient des greffes (nez, lobe de l'oreille), des césariennes, l'extraction des calculs vésicaux par taille périnéale, des sutures ou des réductions de fractures.

➤ Médecine vétérinaire

La médecine vétérinaire âyurvédique était très élaborée et les vétérinaires possédaient une connaissance anatomique précise. Chevaux, éléphants, vaches, chiens étaient soignés selon les règles de l'Âyurveda. Pour leur santé, étaient préconisées la prévention en renforçant les défenses naturelles, l'équilibre et les règles alimentaires, l'hygiène de vie notamment l'entretien et la propreté des animaux comme celle de leurs abris. Il existe des textes expliquant la médecine.

➤ Psychologie et psychiatrie

L'Âyurveda est la fondatrice de la psychologie et de la psychiatrie, et c'est peut-être là que se situe sa révolution car elle est la première médecine à prendre en compte l'impact de l'esprit sur le corps. Elle est à l'origine de la découverte du subconscient, dont les premières traces se trouvent dans le *ShashitiTantra* de *Pancaçikha* (I^{er} siècle de notre ère). Il n'y a pas mieux que la pensée indienne pour parler de la Conscience et des troubles mentaux.

➤ Homéopathie

Aspects fondamentaux du terrain homéopathique, les constitutions, que l'on nomme « oxygèneoïde », « hydrogèneoïde » et « carbonique », comme leurs noms l'indiquent sont en rapport avec les éléments traditionnels « Air », « Eau » et « Feu ». Or, ces éléments correspondent non seulement aux trois Doshas de l'Ayurveda mais également aux trois Humeurs de la médecine tibétaine

➤ La constitution oxygèneoïde coïncide tout à fait avec le Doshas Vata et l'Humeur Loung (Vent)

➤ La constitution hydrogèneoïde avec Kapha et Bad-Kan (Flegme)

➤ La constitution carbonique avec Pitta et mKhris-pa (Bile).

« L'homéopathie, grâce aux dilutions et aux dynamisations successives des substances médicinales préparées, offre au consommateur un médicament qui ne contient plus rien d'autre... que le message énergétique de la substance en question, celle-ci ayant bien entendu disparue.

L'énergétique est l'axe d'attaque fondamental des médecines chinoise et tibétaine, comme d'ailleurs de la tradition ayurvédique.

Qu'on l'appelle Prâna ou Chi, l'énergie, dans ces approches, se situe toujours sur un plan causal par rapport aux manifestations pathologiques, qu'elles soient physiologiques ou mentales. En conséquence, les médecins orientaux considèrent que le traitement thérapeutique doit avant tout agir sur ce plan énergétique.»

➤ Naturopathie

Plus près de nous, la naturopathie, née en 1902, bâtit son approche sur les tempéraments dits d'Hippocrate qui sont très similaires à ceux de l'Ayurveda. L'approche de l'hygiène de vie ainsi que la régulation alimentaire en sont directement issues.

➤ Aromathérapie

En Occident, l'aromathérapie est « fondée » en 1928 par René Gattefossé, alors qu'elle existait depuis sept mille ans en Inde. La seule différence repose sur les techniques de distillation. Dès l'origine, les essences florales et huiles essentielles ont été utilisées dans les soins corporels à des fins thérapeutiques

➤ Phytothérapie

Pour l'Âyurveda, la voie des plantes *Osadhi mârگا* est fondamentale. La CharakaSamhitâ insiste sur ce fait : « Parmi toutes les connaissances, celle des plantes médicinales se place en tête » Bien connaître l'usage des plantes est essentiel, et le savoir considérable des Indiens concernant le monde végétal a très largement influencé les autres médecines.

b. L'Âyurveda et la médecine des Grecs

La comparaison des doctrines médicales de ces 2 médecines met en évidence des ressemblances manifestes.

A leurs prémices, ces deux doctrines se sont établies autour d'une conception surnaturelle de la maladie et du traitement. A partir de là elles se sont attachées à construire un système qui définit la place de l'homme dans l'univers et ainsi en définit sa structure biologique.

Le corps a été caractérisé comme constitué d'humeurs dérivant des éléments primordiaux du cosmos.

Ainsi, Thalès de Millet¹² considère l'eau comme principale constituant du corps, Anaximène¹³ préfère l'air et quand à Héraclite¹⁴ il choisit le feu. L'esprit de synthèse

12 Thalès de Millet : Thalès de Milet, appelé communément Thalès (en grec ancien : Θαλῆς ὁ Μιλήσιος / Thalês ho Milêsios), est un philosophe et savant grec né à Milet vers -625 et mort vers -546 dans cette même ville.

Il fut l'un des « Sept sages » de la Grèce antique et le fondateur présumé de l'école milésienne. Philosophe de la nature, il passe pour avoir effectué un séjour en Égypte, où il aurait été initié aux sciences égyptienne et babylonienne. On lui attribue de nombreux exploits arithmétiques, comme le calcul de la hauteur de la Grande Pyramide ou la prédiction d'une éclipse, ainsi que le célèbre théorème de Thalès. Il fut l'auteur de nombreuses recherches mathématiques, notamment en géométrie.

Personnage légendaire, qui semble n'avoir rien écrit, sa méthode d'analyse du réel en fait l'une des figures majeures du raisonnement scientifique. Il a su s'écarter des discours explicatifs délivrés par la mythologie pour privilégier une approche naturaliste caractérisée par l'observation et la démonstration

d'Empédocle¹⁵ d'Agrigente expose la théorie du monde constitué de 4 éléments : l'air le feu l'eau la terre.

Alcmaeon de Croton¹⁶ introduit dans la médecine grecque la théorie des 4 humeurs : la bile jaune la bile noir, le sang le phlegme. Pour expliquer la survenue des maladies, les Grecs invoquent le déséquilibre de ces humeurs.

Pour expliquer la maladie les Grecs opposent les principes de l'eucrasie, équilibre des humeurs, et de dyscrasie, déséquilibres des humeurs expliquant la survenue des maladies. L'identification de l'humeur perturbé et son étude quantitative oriente le choix d'une thérapeutique par les contraires.

L'Ayurveda s'appuie également sur la théorie des humeurs, à la seule différence que dans la conception indienne, il existe 5 éléments cosmiques qui donnent naissance après digestion à de nombreux constituants biologiques :

-Les 7 dhatu

-Les 5 mala

-Les 3 Doshas

13 Anaximène : (528-525 av. J.-C.). Il fut le dernier disciple de l'école milésienne fondée par Thalès. Il aurait été l'élève d'Anaximandre et lui succéda. Ses écrits, à part quelques fragments, ont disparu. Diogène Laërce (II, 4 et 5) nous a transmis deux lettres de lui à Pythagore. Anaximène chercha, comme tous les philosophes ioniens de la nature, le principe de toutes choses, l'origine et la structure de l'Univers. Théophraste met en évidence que la doctrine de la raréfaction et condensation est due à Anaximène. Il soutenait que l'air constitue la substance première. Tout ce qui existe dans le monde n'était rien de plus que de l'air raréfié ou condensé. Ainsi, par la raréfaction, l'air chauffé se change en feu, formant les corps célestes tels que le Soleil. Par condensation, il se refroidit et devient successivement le vent, les nuages, l'eau et la terre.

14 Héraclite : Le feu est le principe de toutes choses. Il est en soi un dieu selon Héraclite. Il est la réalité du mouvement, et l'état premier et dernier du cosmos à travers ses cycles.

15 Empédocle : philosophe, ingénieur et médecin grec (de Sicile) du Ve siècle av. J.-C. Sa doctrine physique fait des quatre éléments (le Feu, l'Air, la Terre, l'Eau) les principes composant toutes choses.

« Connais premièrement la quadruple racine De toutes choses : Zeus aux feux lumineux, Héra mère de vie, et puis Aidônéus, Nestis enfin, aux pleurs dont les mortels s'abreuvent. »

16 Alcmaeon de Croton : médecin, physiologiste, astronome et philosophe pythagoricien du VIe siècle av. J.-C. Il serait le premier à avoir écrit un ouvrage sur la nature. Alcmaeon aurait fondé la théorie des quatre qualités élémentaires : chaud, froid, sec, humide. Selon Alcmaeon, c'est l'équilibre des puissances, comme l'humide et le sec, le froid et le chaud, l'amertume et la douceur, etc. qui produit et conserve la bonne santé ; c'est au contraire la prédominance de l'une d'elles qui provoque la maladie, et quand deux de ces puissances prédominent, la mort s'ensuit.

D'autres points de ressemblances entre les 2 doctrines ont été énumérés par J.Jolly¹⁷

- Les 3 étapes évolutives des maladies fébriles (maladie crue, murissante, mûre)
- La division des remèdes en chauds froids secs humides.
- La doctrine du traitement par les contraires
- L'importance accordée au pronostic
- L'influence des saisons sur les régimes
- La description des fièvres quotidiennes, tierce et quarte
- La formation simultanée des tissus embryonnaires
- La théorie de la gémellité par division du sperme en 2 lots d'égale importance
- Les relations entre le sexe de l'enfant et les hémicorps droit et gauche de la mère
- La fragilité fœtale du 8eme mois
- La technique d'embryotomie
- L'opération de la cataracte ainsi que les autres techniques de grande et de petite chirurgie

D'un point de vue éthique, il existe également des points de ressemblance dans la mesure où les 2 médecines se préoccupent de l'éthique professionnelle. Le serment d'Hippocrate et le discours de Charaka axés sur les impératifs moraux de la profession prodiguent leurs conseils aux jeunes praticiens.

Les 2 doctrines soumettent l'apprentissage et l'exercice de la médecine à des règles morales très strictes. En Inde ses principes découlent de la charité brahmanique ou bouddhique et de l'infini respect du disciple pour le Maître.

¹⁷ Julius Jolly (28 December 1849 - 24 April 1932) : Professeur allemand et traducteur des lois de la médecine indienne. Il devient professeur de langues et de sanskrit à l'université de Würzburg en 1877. Il a écrit l'Encyclopédie sur la philologie et la recherche indo-aryenne. A partir de 1901, il étudie la médecine indienne. Il publie des études sur la médecine indienne qui sont encore considéré actuellement comme des références , notamment sur l'histoire de la littérature médicale indienne.

c.L'Ayurveda et la médecine occidentale : les groupements pathologiques de l'Ayurveda et la nosologie occidentale.

La médecine ayurvédique fonde son diagnostic sur la connaissance des entités pathologiques décrites dans deux des chapitres du Samhita et Nidana Sthana consacré aux circonstances d'apparitions et Cikissa Staha consacré aux indications thérapeutiques. L'enseignement ayurvédique fonctionne sur la répétition.

La description des maladies se fait en rassemblant une multitude de signes parmi lesquels les signes cardinaux qui se retrouvent noyés dans une multitude de symptômes différents. Ce qui est particulier à l'Ayurveda c'est que les descriptions débutent initialement par une description d'un déséquilibre des humeurs qui s'exprime dans une multitude de tableaux cliniques différents.

Dans la description des maladies ayurvédiques on parvient à identifier les maladies que nous connaissons dans la nosologie occidentale

➤ La fièvre

La fièvre résulte de la propagation du feu issu de l'estomac à différents sites de l'organisme. Selon qu'elle atteigne pitta, vata ou kapha, on distingue plusieurs tableaux cliniques :

-La fièvre de vata correspond à un tableau de polyarthralgie fébrile avec des douleurs cardiaques. On reconnaît la description du rhumatisme articulaire aigu.

-La fièvre de pitta est accompagnée de diarrhées, vomissements, coloration verdâtre de la peau et des yeux et correspond à un tableau d'ictère fébrile

-La fièvre de kapha correspond à un tableau de catarrhe bronchique

-Les fièvres tierce et quarte très riches en description sémiologique correspondent aux fièvres du paludisme

➤ La bile et le sang

La description de ces maladies où sont altérées la bile et le sang ne correspondent pas de façon adéquate à une description dans la sémiologie occidentale. Les descriptions évoquent un tableau d'ictère hémorragique ou d'une maladie infectieuse compliquée d'une hépatite

➤ Les dermatoses

Dix-huit maladies de peau sont décrites évoquant les eczémas par exemple. Les descriptions les plus intéressantes sont celles concernant la lèpre pure lesquelles des techniques de scarifications sont utilisées afin d'endiguer la maladie.

➤ Les maladies vénériennes

Il faut attendre le XVIème siècle pour avoir les descriptions de la maladie syphilitiques

➤ L'épilepsie

Selon Sushruta cette maladie est due au fait que le malade est effrayé d'être victime d'un démon saisisseur d'âme et selon Charaka l'épilepsie est dû à l'obstruction des conduits du cœur par les humeurs.

La description clinique qui en est faite est celle d'une perte de connaissance avec troubles de la mémoire, grincement de dents avec présence de mousse buccale.

d. Quelques points de comparaison entre la médecine occidentale et ayurvédique

➤ Comprendre et traiter la maladie

- La médecine occidentale

La médecine allopathique telle que nous la connaissons, s'attache à expliquer la maladie à partir des pathogènes. La médecine moderne a vu le jour à la fin du XVIème siècle avec la découverte de la circulation sanguine par William Harvey¹⁸. Francis Bacon¹⁹ initie la

18 William Harvey (1578-1657) : On lui attribue, entre autres découvertes, celle des lois de la [circulation sanguine](#) dont il commence à parler dans ses cours dès 1616, et qu'il rend publiques en [1628](#) dans son livre *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus*.

19 Francis Bacon (1561-1626): Bacon est considéré comme le père de la philosophie expérimentale : l'idée fondamentale de tous ses travaux est de faire une restauration des sciences, et de substituer aux vaines hypothèses et aux subtiles argumentations l'observation et les expériences qui font connaître les faits, puis une

médecine qui se développe avec l'observation et l'expérimentation. Son développement se poursuit pour aboutir au XIX^{ème} siècle à de nombreuses découvertes grâce au progrès de la chimie, bactériologie etc. Claude Bernard²⁰ pose les bases de la recherche expérimentale.

L'objectif des recherches expérimentales est d'identifier les causes des phénomènes examinés. Un bouleversement se produit dans le domaine de la bactériologie, notamment avec les travaux de Henlé²¹, Klebs et Koch. Une vision mono causale voit le jour, à savoir un micro-organisme, une maladie. Klebs notamment, pense que les recherche sur l'étiologie des pathologies doit mener à des thérapies efficaces permettant d'éliminer le micro-organisme responsable.

C'est à partir de 1950 qu'apparaît la notion de causalité multifactorielle notamment grâce au développement de la recherche sur le cancer et sur les pathologies cardiovasculaires.

A partir de 1970, s'opposent 2 visions : les réductionnistes et les antiréductionnistes. Les premiers considèrent que ce qui est décrit par la physique et la chimie est le fondement du réel. Un être humain est expliqué par un mécanisme physico chimique. La vision antiréductionniste apparaît en réaction à ces derniers en soulignant le fait que le réductionnisme dénature la recherche et la médecine en réduisant l'ensemble à des phénomènes physico-chimiques et en contribuant à la mécanisation du malade.

C'est au cours des années 1990 qu'apparaît l'Evidence Base Medicine. Les interventions médicales ne peuvent plus être fondées sur des raisonnements physiopathologiques ou sur l'expérience des cliniciens. La démonstration de leurs preuves doit être apportée par des études randomisées contrôlées et l'utilisation d'un traitement doit être effective après qu'on

induction légitime, qui découvre les lois de la nature et les causes des phénomènes, en se fondant sur le plus grand nombre possible de comparaisons et d'exclusions.

20 Claude Bernard (1813-1878): Médecin et physiologiste français, considéré comme l'un des fondateur de la médecine expérimentale. Il découvre le rôle de la [sécrétion pancréatique](#) dans la digestion des graisses (1848), le rôle du [foie](#) dans la sécrétion interne du [glucose](#) dans le [sang](#) (1848), l'induction du [diabète](#) par piqûre au niveau du plancher du 4^e ventricule (1849), l'augmentation de la température cutanée après section du nerf sympathique cervical (1851), la libération de sucre par le foie lavé après excision (1855) et l'isolation du [glycogène](#) (1857), la spécificité du [curare](#) dans la paralysie de jonction neuromusculaire (1856). Il démontra également que le [monoxyde de carbone](#) bloque la respiration dans les [érythrocytes](#) (1857).

21 Henle (1809-1885): Dans un essai de 1840, il fait écho aux travaux de [Bassi](#) sur la nature microbienne de la [muscardine](#) du [ver à soie](#) et à ceux de [Cagniard de Latour](#) et de [Schwann](#) sur la nature vivante de la levure, développe une [théorie microbienne](#) des maladies contagieuses et formule les critères permettant selon lui de décider si telle maladie a pour cause tel micro-organisme.

ait montré sa supériorité ou équivalence sur un traitement préexistant ou sur une absence de traitement. Les recommandations sont basées sur la valeur des preuves apportées par ces études.

- Ayurveda

L'Ayurveda appréhende la maladie en partant du principe que le point de départ de toute pathologie est une perte de l'harmonie qui lie l'être vivant son environnement. La distorsion de notre perception de l'environnement à travers nos 5 sens crée une faille dans l'équilibre rendant possible la survenue d'une maladie. De ce fait un rétablissement de cet équilibre doit guérir l'être humain. Une des conséquences de cette vision de la maladie et du bien-être est que chacun est en quelque sorte acteur de sa santé. Il n'y a pas d'aléa bactériologique ou viral, il n'y a pas de victime d'une maladie.

Le processus de guérison dans la médecine ayurvédique requiert les 5 sens afin de bien guider le choix des herbes et le processus de guérison.

De cela découle le principe de la médecine préventive qui vise à « détoxifier » l'organisme régulièrement pour éviter la survenue de ce déséquilibre.

Comme chacun est acteur de sa propre santé, il n'y a pas de traitement formaté. Tout est individuel dans la mesure où l'équilibre de chacun est unique. Pour aider un malade à se soigner, le thérapeute ayurvédique devra comprendre et anticiper les réactions du malade afin de le conseiller au mieux dans son processus de guérison

- Compatibilité de ces deux médecines

Ces deux conceptions de la médecine créent-elles une discontinuité dans la pratique médicale ou peut-on allier les deux médecines ?

En Europe, les patients souffrant d'un cancer ont plus recours aux médecines alternatives avec dans une étude menée sur 14 pays, 35.9% de patients concernés. On a pu identifier 58 types de médecines alternatives. L'utilisation de thérapeutiques alternatives et complémentaire étaient réalisés surtout sur recommandation de l'entourage et non des personnels soignants et l'objectif principale était surtout de renforcer le bien-être psychique et physique ainsi que de renforcer l'organisme pour lutter contre le cancer. Les auteurs de cet article concluaient sur l'intérêt pour les professionnels de santé de se diriger vers une

« médecine intégrative » afin de pouvoir encadrer et conseiller leurs patients quant à l'usage de ces thérapies.

En France 75% de la population aurait eu recours au moins une fois à une thérapie alternative ou complémentaire principalement pour des problèmes d'anxiété de dépression et de douleurs dorsales.

La médecine ayurvédique n'est pas incompatible avec la médecine occidentale dans la mesure où les outils et méthode qu'Elle utilise renforce le processus de guérison. Elle donne au malade une perception du chemin parcouru pour accéder au bien-être, tel que mentionné dans la définition de la santé de l'OMS.

➤ Des points de similitudes dans les étapes du diagnostic

Comme nous l'avons décrit précédemment, le diagnostic de la maladie passe par des étapes que l'on retrouve dans la médecine occidentale avec une part importante donnée à l'anamnèse. L'examen clinique passe par les mêmes étapes d'inspection, auscultation, percussion, palpation à la seule différence que dans la médecine ayurvédique le goût et l'odorat sont aussi mis à contribution. La médecine occidentale s'est dotée d'un arsenal diagnostique important avec le développement des technologies biologiques et d'imagerie.

Le médecin (vaidyas) mémorisait une somme de matériau sous formes de versets médicaux qui indiquait la correspondance entre les trois humeurs et les différents symptômes, maladies et traitements. Le médecin fait le parallèle entre ces poèmes et ce qu'il voit à chaque examen clinique.

➤ La relation Médecin-Patient

La relation médecin-patient a évolué avec le temps au sein de la médecine occidentale. Quatre modèles ont été décrits en 1992 par les Dr Emanuel :

-Paternaliste issu du raisonnement biomédical où le médecin est actif et le patient passif. Le médecin a un rôle d'expert agissant pour le bien du patient. La consultation est centrée sur la maladie et non sur le patient

-Informatif : il se situe à l'extrême opposé du modèle précédent. Dans ce concept, on part du principe que le patient est le seul maître de son devenir et qu'il ne lui manque que le savoir. Le médecin apporte son savoir et seul le patient décide de la démarche à suivre

-Interprétatif

-Délibératif

Le modèle de décision médicale partagé qui se situe à mi-chemin entre les 2 premiers modèles et est considéré comme l'« idéal » à atteindre.

En médecine Ayurvédique, la relation médecin-patient est une intrication de ces différents modèles. Le médecin détient le savoir qui a été transmis de Maître à Disciple. Le patient, malade, est le seul dont l'action peut corriger sa maladie liée à un déséquilibre interne. Le thérapeute agit donc en tant que conseiller mais seule le patient peut guérir son corps. Le modèle se rapproche du modèle délibératif.

➤ L'Éthique

- Le serment d'Hippocrate d'origine

« Je jure par Apollon, médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivants :

Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je ferai part de mes préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre. Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion ; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté.

Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille.

Dans quelque maison que je rentre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves.

Quoi que je voie ou entende dans la société pendant, ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais des hommes ; si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire et mourir dans la tristesse. »

- Le serment de Charaka

Lors d'un début d'initiation, l'étudiant en Ayurveda devait jurer de mener une vie de célibat, de toujours dire la vérité, de se nourrir d'un régime végétarien, de ne jamais être jaloux et de ne jamais porter d'armes. Il devait entièrement se soumettre à son maître. Il devait travailler jour et nuit pour ses patients sans tirer d'avantages sexuelle de leur part. Il devait refuser de traiter les ennemis du roi, les femmes délaissées par leurs maris et les gens méchants. Il devait tenir les informations sur le ménage du patient strictement confidentiel.

➤ Comparaison de certaines pathologies

- L'aménorrhée d'origine centrale

Dans le cadre de la médecine occidentale, l'aménorrhée d'origine centrale est une anomalie de la sécrétion basale et du pic de gonadotrophine associé à une diminution de la sécrétion d'œstradiol. Le diagnostic repose sur les dosages hormonaux.

En médecine Ayurvédique, l'aménorrhée est liée à un déséquilibre du vata, du feu intérieur des femmes. La saturation de artavahaha Doshas entraine. Les causes qui sont retenues pour cette saturation sont les suivantes :

-Le déséquilibre alimentaire avec une consommation excessive de produits froids, sec et légers, d'aliments entraînant la formation excessive de gaz intestinaux qui augmente le vata associé à une consommation excessive d'aliments frits qui augmente le kapha.

-L'excès d'exercice physique ou une vie sédentaire

-Le stress ou la tristesse

-Les troubles du comportement alimentaire avec un amaigrissement excessif

Le traitement de cette aménorrhée passe par la correction de tous les troubles et déséquilibres mentionnés ci-dessus.

- Le cancer de la prostate dans sa phase précoce

Les facteurs déclenchant du cancer de la prostate sont mal défini. Comme tous les cancers, il résulte du développement anarchique de cellules présentant une mutation génétique. Les facteurs de risques identifiés sont peu spécifiques (âge, origine ethnique, obésité). Les symptômes sont quasi inexistant dans la phase précoce de ce cancer qui évolue à bas bruit avant d'atteindre une phase plus avancée.

Les méthodes de dépistage ont subi des controverses ces dernières années notamment le dépistage de masse qui passe par le dosage du PSA. Le PSA positif entraîne une batterie d'examen visant à affirmer ou à infirmer le diagnostic de cancer.

Le traitement de la phase précoce en médecine occidentale passe par un radio chimiothérapie associé à de la chirurgie et une surveillance rapproché. On recommande aussi des règles de prévention simple passant par une certaine hygiène de vie. De récentes études ont montré que des hommes qui avaient tendance à consommer de la viande rouge et à être obèse étaient plus disposé à déclarer un cancer de la prostate contrairement à ceux qui pratiquaient du sport ou qui consommaient du thé et des légumes.

L'Ayurveda explique le développement du cancer également à partir de la structure cellulaire. Dans la conception ayurvédique, la cellule est douée d'une conscience propre et d'une communication avec les autres cellules de son environnement. C'est un défaut de communication qui entraîne l'apparition d'un cancer. L'accumulation de toxines autour d'une cellule l'isole des autres cellules et entraîne une sensation de solitude. La « cellule isolée » commence à agir pour son propre compte en produisant ses propres enzymes et progressivement d'autres éléments qui vont attaquer les cellules avoisinantes. Cette hyperactivité entraîne un excès de sa consommation d'énergie. Les étiologies des cancers qui sont retenues par l'Ayurveda sont les suivantes :

- Une exposition exagérée au soleil
- Une alimentation non adaptée
- Une accumulation de toxine au sein de l'organisme
- Des parasites dans le sang
- L'utilisation de substances irritantes comme l'alcool ou la drogue
- La pollution

Le cancer de la prostate est mis en lien avec l'activité de reproduction de l'homme. Elle reflète l'épanouissement de la vie sexuelle de l'homme durant sa période de « reproduction ».

Les traitements qui sont proposés une fois le diagnostic de cancer de la prostate posé sont les suivants :

- Les plantes : l'application de cataplasme de certains types d'herbes
- Des massages avec de l'huile de castor
- Une thérapie de purification et de tonification.
- Une rééquilibration du système digestif. Dans la conception ayurvédique, un bon fonctionnement du système digestif permet une meilleure régénération des tissus du corps.
- Des exercices de yoga pour une meilleure circulation sanguine

- Comparaison des troubles nerveux

En Ayurveda, les troubles mentaux sont décrits avec précision avec une nomenclature des maladies psychologiques et psychosomatiques. Des schémas expliquent les psychothérapies. Dans le livre *Traité de l'Ayurveda : médecine naturelle de l'Inde*, G.Edde tente d'identifier les maladies mentales décrites dans l'Ayurveda et les comparants avec l'International Classification of Disease et les recherche de l'International Pilot Study of Schizophrenia. Le constat qu'il en tire est que les descriptions sont similaires aux descriptions cliniques de différentes catégories de diagnostics.

e. La pratique de l'Ayurveda de nos jours : la démarche scientifique appliquée à l'Ayurveda

Depuis quelques années, la nécessité d'avoir des outils de recherche performant en médecine ayurvédique s'est fait ressentir. Ce qui manque à l'Ayurveda par rapport à la médecine moderne est la preuve scientifique des résultats. Il s'agit de la problématique majeure de la plupart des médecines complémentaires et traditionnelles au XXIème siècle. De ce fait, le NCCAM (National Centre for Complementary and Alternative Medicine) incite au développement des études avec une rigueur scientifique.

Peut-on parler d'Evidence Based Medicine en Ayurveda au XIXème siècle ?

La définition que donne Sackett, un des pionniers de l'EBM en 1996 est la suivante : « L'EBM se définit comme l'utilisation explicite, rigoureuse et judicieuse des meilleures données disponibles lors de la prise de décision concernant les soins à prodiguer à des patients individuels ».

Dans la suite de ce chapitre nous passons en revue quelques études concernant les maladies les plus couramment rencontrés. Ce qui ressort de la plupart des études est leur manque de puissance notamment lorsqu'elles concluent à l'efficacité de certains médicaments ayurvédiques.

➤ L'arthrite rhumatoïde

Une revue systématique de 2005 compile les différentes études concernant le traitement de l'arthrite rhumatoïde par l'Ayurveda et les évalue. Même si la conclusion de cet article souligne un défaut de preuve de ces études, on note que certaines plantes sont redondantes dans le traitement de cette pathologie comme le curcuma longa, la Boswellia serrata etc. (Park and Ernst, 2005)

➤ L'Asthme

Il y a très peu d'études publiées montrant les bénéfices des traitements à bases d'herbes ayurvédiques dans cette pathologie. Cependant certains de ces médicaments présentent des analogies importantes avec les traitements utilisés en médecine occidentales mais sont moins efficaces et parfois même plus nocives. Il ne semble donc pas justifié de remplacer les médicaments utilisés actuellement en médecine occidentale. (Gupta et al., 1998, 1979 ; Shivpurī et al., 1969)

➤ L'Athérosclérose

Une étude d'observation indique que 2 préparations à base d'herbes, soit Amrit Kalash Maharishi et Amrit Kalash Maharishi, contribueraient à inhiber l'oxydation des lipoprotéines de faible densité chez les sujets souffrant d'hyperlipidémie et pourraient être utiles dans la prévention et le traitement de l'athérosclérose (Sharma et al., 1992 ; Sundaram et al., 1997)

➤ Constipation

Un essai clinique aléatoire a été réalisé dans une unité de soins palliatifs afin de comparer les effets d'une préparation ayurvédique et d'un laxatif classique auprès de 50 sujets atteints de cancer avancé. (Ramesh et al., 1998) Le Misrakasneham, un liquide purgatif ayurvédique utilisé depuis des centaines d'années, a été utilisé dans le but de contrer les effets constipants de la morphine. Les résultats révèlent que cette préparation agit de manière équivalente à un laxatif reconnu et pourrait donc être considérée comme une excellente solution de rechange aux laxatifs médicamenteux. De plus, sa consommation est agréable, ses effets secondaires sont minimes et son action est plus rapide que le laxatif utilisé en guise de comparaison. Ces résultats sont encourageants, mais d'autres recherches sont nécessaires pour appuyer l'efficacité de cette préparation

➤ Dépression et anxiété

Quelques études pilotes de petite envergure ont évalué l'effet de différentes herbes Ayurvédiques sur les symptômes de dépression et d'anxiété. Certaines ont donné certains résultats mitigés, mais d'autres sont fort encourageantes : diminution de l'état d'anxiété, de la tension, de l'humeur dépressive et de l'insomnie et amélioration de la cognition. (Krishnamurthy and Telles, 2007 ; Posmontier and Teitelbaum, 2009)

➤ Diabète

Plusieurs essais cliniques ont été réalisés afin d'évaluer les effets positifs des herbes ayurvédiques sur le diabète. Trois revues de la littérature scientifique ont été publiées. Parmi les plantes évaluées par les essais cliniques, la *Coccina indica*, la *Gymnema sylvestre*, la *Momordica charantia*, la *Pterocarpus marsupium* et la *Phyllanthus amarus* sont celles que l'on retrouve le plus fréquemment. Ces plantes auraient des effets hypoglycémiant, hypolipidémiant et antioxydant. Cependant, ces observations sont basées sur un faible nombre d'études de bonne qualité, souvent de courte durée, comprenant de petits échantillons

et dont la plupart ont été effectuées sur des animaux donc on ne peut pas réellement extrapoler ces résultats. Toutefois, ces herbes attirent de plus en plus l'attention des scientifiques par leurs effets bénéfiques sur la réduction du glucose dans le sang et les complications causées par le diabète. (Desai et al., 2015 ; Elder, 2004 ; Hsia et al., 2004 ; Saxena and Vikram, 2004 ; Shekelle et al., 2005 ; Sridharan et al., 2011)

➤ Fissure anale

Une revue des essais cliniques portant sur la médecine ayurvédique indique que la cautérisation de fissures anales à l'aide de sétons ayurvédiques et d'une préparation appelée Ksharasutra pourrait remplacer la chirurgie. Lors d'un essai clinique effectué auprès de 502 patients, la guérison a été plus rapide avec le traitement chirurgical, mais le taux de récurrence a été plus élevé. Les résultats d'un autre essai clinique publié en 2001, effectué auprès de 108 sujets, laissent entendre que cette technique serait aussi efficace que la chirurgie. Le traitement ayurvédique semble être plus douloureux dans les premiers jours, mais aucune différence entre les 2 traitements n'a été observée concernant le temps de guérison, les Complications ou le fonctionnement.

➤ La schizophrénie

Une revue de la littérature compilant les résultats de 3 études regroupant au total 250 patients dont la schizophrénie est traitée par Bramyadyoga, mélange d'herbes, montrent que dans les cas de schizophrénie peu sévère le traitement ayurvédique est moins efficace que le traitement par chlorpromazine alors que dans les cas de schizophrénie sévère les résultats sont équivalents. (Agarwal et al., 2007)

➤ Fonctions cognitives

Trois essais cliniques (192 sujets en tout) ont comparé les effets d'une plante nommée Brahmi (Bacopa monniera) et d'un placebo sur les fonctions cognitives. (Roodenrys et al., 2002 ; Stough et al., 2001, 2008) Les résultats indiquent que son utilisation pourrait améliorer la mémoire, particulièrement à court terme, ainsi que l'apprentissage et la vitesse de traitement de l'information. Avant de pouvoir conclure à l'efficacité du Brahmi, d'autres études seront toutefois nécessaires afin de vérifier les dosages et les périodes de traitement appropriées, et surtout les effets à long terme sur les fonctions cognitives. D'autre part, il semble qu'une autre préparation, Amrit Kalash Maharishi, contribuerait à augmenter la capacité attentionnelle et le

degré d'alerte et pourrait ainsi contrebalancer certains des effets indésirables du vieillissement. Toutefois, les effets secondaires ne sont pas connus. (Gelderloos et al., 1990)

➤ Giardase

Selon un essai clinique publié en 1997, une préparation ayurvédique à base de plantes nommée PippaliRasayana pourrait combattre efficacement la giardase (une maladie de l'intestin causée par un parasite) et les symptômes associés, dont la diarrhée. Lors de cet essai réalisé auprès de 50 sujets, 25 participants ont été traités durant 15 jours avec cette préparation et les 25 autres avec un placebo. À la fin du traitement, 92 % des sujets du groupe expérimental avaient obtenu une rémission significative comparativement à 20 % pour le groupe placebo. (Agarwal et al., 1997)

➤ Hépatite

Un essai clinique réalisé auprès de 52 sujets, suggère que la Kamalahar, une préparation ayurvédique à base de plantes et de sels minéraux, pourrait être bénéfique dans le traitement de l'hépatite virale aiguë. Les résultats indiquent qu'après un traitement de 15 jours, de plus grandes améliorations en ce qui concerne les signes cliniques ont été observées dans le groupe traité avec la Kamal Ahar. (Das, 1993)

➤ Dyslipidémie

Une revue de la littérature scientifique a rassemblé les données concernant le traitement de l'hyperlipidémie à l'aide du guggulipide, un extrait de la résine qui exsude du tronc du guggul (*Commiphora mukul*), un arbrisseau originaire de l'Inde. Les chercheurs ont conclu que les effets du guggulipide ne sont pas clairement définis car les résultats sont très fluctuants (Deng, 2007 ; Nohr et al., 2009 ; Szapary et al., 2003 ; Ulbricht et al., 2005)

➤ Insomnie

Deux études ont évalué les effets de préparations ayurvédiques sur l'insomnie. La première (25 sujets), aléatoire à double insu avec groupe témoin de type placebo, laisse supposer qu'une préparation traditionnelle ayurvédique à base de valériane (*Valeriana wallichii*) pourrait contribuer à réduire le délai d'endormissement chez les sujets souffrant d'insomnie précoce. Aucun effet secondaire n'a été rapporté par les participants. (Farag and Mills, 2003)

Dans la deuxième étude, aléatoire auprès de 69 sujets de plus de 60 ans, les effets d'une préparation appelée RasayanaKalpa (composée principalement de *Withania somnifera*) ont été comparés à ceux du yoga et d'une condition témoin sans intervention. Contrairement au groupe yoga, où les résultats ont démontré une réduction du délai d'endormissement et une augmentation des heures de sommeil, aucun changement n'a été observé dans le groupe Ayurveda. Selon les auteurs, ce résultat pourrait en partie s'expliquer par le nombre élevé d'abandons pour ce groupe lié à la prise de lait avec la préparation. (Manjunath and Telles, 2005)

➤ Insuffisance et maladies cardiaque

Une préparation ayurvédique nommée Abana, utilisée traditionnellement pour les problèmes de santé cardiovasculaires, semble améliorer les fonctions cardiaques et pourrait même être utile au traitement de l'hypertension.(Antani et al., 1990; Dadkar et al., 1990) Cette préparation, principalement composée de *Terminalia arjuna* et de *Withaniasomnifera*, contribuerait à renforcer les fonctions ventriculaires et possiblement à diminuer la pression artérielle chez les personnes souffrant d'hypertension. Selon une revue des essais cliniques évaluant la médecine ayurvédique dans le traitement des maladies cardiovasculaires, la *Terminalia arjuna* contribuerait à diminuer les symptômes et les signes d'insuffisance cardiaque avec des effets bénéfiques qui se maintiendraient à long terme.

➤ Ostéoarthrite

Il semble que certaines préparations ayurvédiques pourraient contribuer au traitement de l'ostéoarthrite. Lors d'un essai clinique aléatoire à double insu et réalisé auprès de 42 sujets, une préparation à base de plantes (principalement de *Withania somnifera*) et de minéraux a été comparée à un placebo. (Kulkarni et al., 1991) Les résultats démontrent que ce mélange contribue à diminuer la gravité de la douleur et le degré d'incapacité. Une autre étude a évalué l'efficacité d'un supplément alimentaire à base d'oléorésine de *Commiphora Mukul*. (Singh et al., 2003) Les résultats indiquent des améliorations sur le plan du fonctionnement général et de la douleur. Une autre étude réalisée en 2011 étudie les effets de la *Boswellia serrata* et retrouve une amélioration significative de la douleur. (Vishal et al., 2011)

➤ Maladie de Parkinson

Une herbe appelée Mucuna pruriens a été retrouvée dans de nombreuses préparations Ayurvédiques traditionnelles pour traiter ce que l'on appelle en sanskrit Kampavata, c'est-à-dire la maladie de Parkinson. Selon la médecine ayurvédique, cette plante serait efficace et sécuritaire pour traiter cette maladie. Des études chez l'animal et des études précliniques de toxicité sont encourageantes. (Katzenschlager et al., 2004)

➤ Rétinopathie

Une préparation ayurvédique appelée Saptamrita Lauha pourrait contribuer au traitement des Rétinopathies hémorragiques liées au diabète et à l'hypertension. Les résultats d'une petite étude clinique avec groupe témoin démontrent que celle-ci pourrait accélérer le temps d'absorption des hémorragies et diminuer les risques de récurrence. (Sharma et al., 1992)

➤ Syndrome de l'intestin irritable

Une revue systématique a répertorié 2 essais cliniques évaluant les herbes médicinales ayurvédiques pour traiter le syndrome de l'intestin irritable. (Liu et al., 2006) Un des essais indique qu'un mélange de Aeglemarmelos et de Bacopa monnieri Linn pourrait être bénéfique à court terme dans le soulagement de la diarrhée, mais pas des autres symptômes de la maladie.

En 2004, une étude pilote, sans placebo, a évalué l'efficacité d'extraits de curcuma (*Curcuma longa*) auprès de 166 sujets atteints du syndrome de l'intestin irritable. Après 8 semaines de traitement, une diminution significative de la prévalence du syndrome a été observée. Les auteurs concluent que l'extrait de curcuma pourrait aider à réduire les symptômes du syndrome de l'intestin irritable. (Bundy et al., 2004)

➤ Troubles de l'estomac

Les effets d'une herbe appelée amalaki (*Emblica officinalis* et *Phyllanthus emblica*) ont été évalués pour traiter la gastrite et la dyspepsie lors de 2 études cliniques. Bien que les résultats démontrent une diminution des symptômes observés, ces études comportent plusieurs lacunes méthodologiques, dont la trop petite taille des échantillons et le manque de détails concernant la description des études. (Chawla et al., 1982)

V. La pratique de l'Ayurveda en Inde et en Occident au XXIème siècle

a. La stratégie de l'OMS

i. Intérêt d'une politique spécifique pour la mise en place de la MT/MC

La médecine traditionnelle est une médecine qui existe dans de nombreux pays et qui est un accès aux soins non négligeables dans certains pays au sein desquels Elle est parfois le seul recours de certaines catégories de population. En effet, l'accès à la médecine complémentaire est parfois plus facile aussi bien sur le plan de la proximité que sur le plan financier. Les objectifs de la Stratégie de l'OMS est en l'occurrence de :

- Mettre à profit la contribution potentielle de la MT à la santé au bien-être et aux soins de santé centrés sur la personne
- Favoriser un usage sûr et certain de la MT à travers une réglementation, la recherche, et de l'intégration des produits des pratiques et des praticiens au sein d'un système de santé.

Les motifs de recours à la médecine traditionnelle peuvent être classés en 3 catégories :

- Il peut s'agir du seul recours aux soins dans certains pays comme par exemple en Afrique ou on peut décompter 1 guérisseur pour 500 patients contre 1 médecin conventionnel pour 50 000 personnes
- Certains pays ont une longue histoire de médecine traditionnelle qui se retrouve bien implanté. Par exemple en Corée ou en Malaisie le système de santé repose sur 75% de médecine traditionnelle
- La médecine traditionnelle utilisée comme médecine complémentaire dans les pays développés où la médecine moderne est très bien implantée.

ii. Impact économique des médecines complémentaires et traditionnelles

Un essai randomisé contrôlé a comporté une évaluation économique de la physiothérapie, de la thérapie manuelle et des soins de médecine généraliste pour des douleurs cervicales. Il a conclu que l'état de santé du groupe traité par thérapie manuelle s'améliorait plus rapidement que celui du groupe traité par physiothérapie et par la médecine généraliste. Il a également montré que le coût total de la thérapie manuelle (€447) équivalait à environ un tiers de celui

de la physiothérapie (€1 297) et de la médecine généraliste (€1 379). On peut donc penser que la thérapie manuelle est plus efficace et moins onéreuse que la physiothérapie ou que la médecine généraliste pour le traitement des douleurs cervicales. Une autre étude récente indique que les patients dont le médecin généraliste a reçu une formation supplémentaire en médecine complémentaire et parallèle affichent des dépenses de santé et un taux de mortalité plus faibles. Cette réduction des coûts est due à des Hospitalisations et à des prescriptions de médicaments moins nombreuses.

b.Pratique et Formation en Inde : un enjeu politique

Dans le sous-continent indien 70% des 1.2 milliard d'habitants ont recours à la médecine ayurvédique. Ce système de médecine est reconnu dans d'autres pays comme le Sri Lanka, le Népal, l'Ile Maurice. L'OMS a défini en 2010 des directives pour la formation des praticiens de l'Ayurveda qui fait partie de sa stratégie de déploiement et d'encadrement des médecines traditionnelles et complémentaires.

Actuellement en Inde, l'Ayurveda conserve donc une place de choix et est à la fois représentée au ministère de la santé et dans les universités de médecine.

Elle permet en outre de pallier à la difficulté d'accès aux soins d'une grande partie de la population dû soit à l'absence de médecins occidentaux dans certaines régions de l'Inde soit au coût élevé d'accès aux soins dans les hôpitaux modernes.

La pratique de l'Ayurveda est variée en Inde :

- Pratique médicale au cabinet par des médecins diplômés d'Etat
- Produits ayurvédiques manufacturés dans les pharmacies
- Etudes officielles chapeauté par les facultés de médecine
- Guérisseurs ayurvédiques : il s'agit d'une pratique traditionnelle et familiale dans les villages.
- Jyotish : conseils ayurvédiques dans les cabinets des astrologues.

c.La réalité sur le terrain en Inde

Une étude réalisée dans trois centres médico-sociaux du Tamil Nadu compare le taux de fréquentation du service de médecine allopathique et de médecine ayurvédique. Le nombre de consultations quotidiennes dans le premier secteur est de 150 alors que dans le deuxième

secteur ce chiffre s'élève à 50. Les motifs de consultations ne sont pas les mêmes dans les deux secteurs. La médecine allopathique recense plus de consultations relatives aux problèmes respiratoires et à la pédiatrie alors que le secteur ayurvédique recense plus de consultation relative aux problèmes articulaires. Les patients interrogés considèrent que la filière qu'ils consultent est celle de leur premier choix.

d.Pratique et formation en Occident

En France, la médecine ayurvédique est pratiquée par quelques 150 « praticiens » non médicaux (conseiller en nutrition ayurvédique, professeur de yoga, thérapeute corporel en soins ayurvédiques). Il existe une dizaine d'écoles qui forment ces thérapeutes.

L'institut européen des Etudes Védiques fondé en 1998 par Fondé Vaidya Atreya Smith, est affilié à la Kavikulaguru Kalidas Sanskrit University en Inde. Cet institut permet en Europe la formation de professionnels de santé désireux d'avoir une pratique de la médecine Ayurvédique.

La mission de l'European Institute of Vedic Studies est de promouvoir la culture indienne ancienne en fournissant une présentation très variée de la culture védique à travers divers domaines de la connaissance traditionnelle telle que la philosophie, le Jyotish et l'Ayurveda et en offrant un niveau élevé d'éducation dans la Communauté Européenne et en Suisse. Elle offre des formations sur 2 ans dans différents domaines et est affilié à la Vinayak Ayurveda and Panchakarma Reserch Foundation à Nagpuren Inde

La formation dans les autres pays comme les pays anglo saxons ou les états unis est plus aboutis. En Angleterre, l'université du Middlesex propose une formation équivalent à une licence pour la pratique de l'Ayurveda avec un cursus intégrant 1000 heures de cours. De plus la plus grande migration de médecins indiens crée une migration aussi de compétence dans le domaine ayurvédique.

PARTIE II : LE RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE

Dans cette seconde partie de notre travail nous allons effectuer un état des lieux du recours aux médecines traditionnelles. Tout d'abord nous allons nous intéresser aux comportements des populations occidentales et ensuite nous nous intéresserons au comportement des immigrés au sein de ces pays occidentaux où la médecine expérimentale occupe une place de choix. Dans un second temps, nous analyserons les éléments qui expliquent cette nécessité de recourir à la médecine traditionnelle afin de comprendre les raisons pour lesquelles le système de soins tend vers une pluralité de la médecine.

La globalisation de la santé ne profite pas qu'à la médecine expérimentale. Dans son étude anthropologique, J. Sakoyan affirme que l'utilisation des « médecines parallèles » obéit parfois à une recherche de séduction thérapeutique ou de légitimation répondant à une quête de sens, d'identité, d'originalité et d'authenticité. Elle tire avantage du trans-nationalisme qui est de plus en plus répandu. La notion de trans-nationalisme a été définie en 1994 par L.Bash et N.Glick de la façon suivante : « [l'] ensemble des processus par lesquels les immigrés tissent et entretiennent des relations sociales de nature multiple reliant leurs sociétés d'origine et d'accueil. Nous appelons ces processus trans-nationalisme pour insister sur le fait que, de nos jours, beaucoup d'immigrés construisent des espaces sociaux qui traversent les frontières géographiques, culturelles et politiques... Un élément essentiel en est la multiplicité des activités auxquelles s'adonnent les immigrés à la fois dans leurs sociétés d'origine et d'accueil »

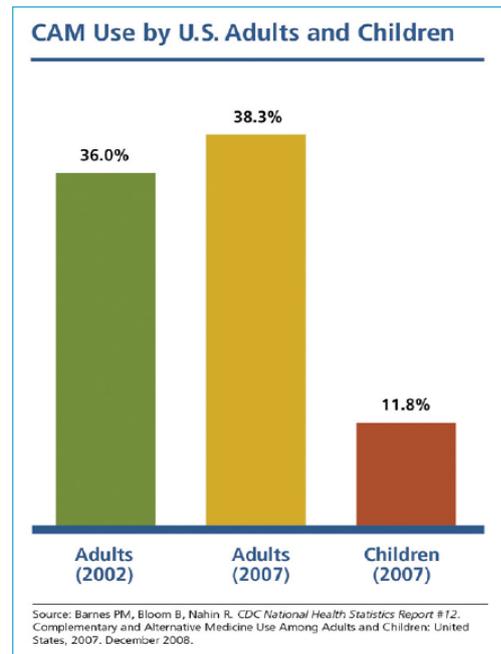
I-Etude dans la population générale concernant le recours aux médecines complémentaires en général

a.Aux Etats Unis

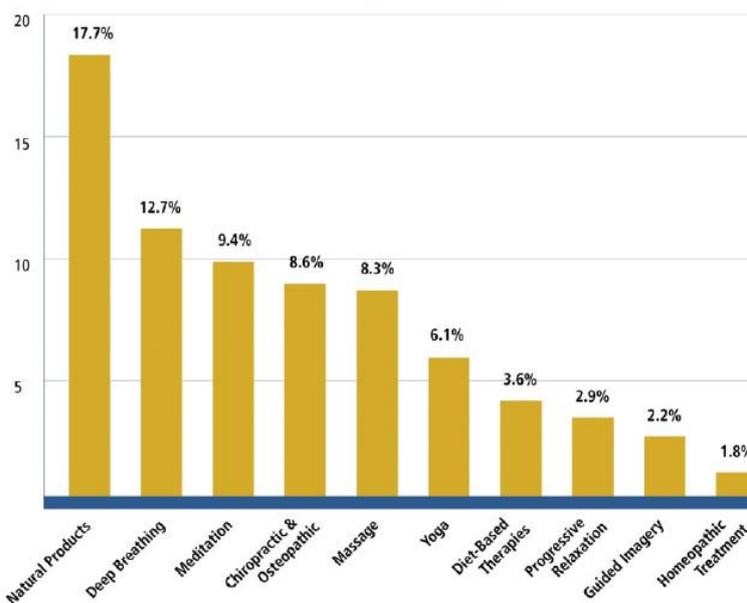
Dans la littérature, il existe de nombreuses études portant sur la pratique des médecines complémentaires au sein de la population générale

Les différentes études menées sur ce sujet tendent à montrer que tous les groupes d'individus utilisent ces différentes médecines avec un léger plus chez les femmes jeunes ayant un niveau d'éducation supérieur.

En 2007, le National Center of Complementary and alternative Medicine du National Institute of Health a réalisé une étude épidémiologique afin de caractériser le comportement de la population vis-à-vis de la médecine alternative. Les résultats de cette étude réalisée sur la population américaine mettent en évidence que 38% des adultes interrogés avaient eu recours à la médecine alternative, notamment à la méditation, à la chiropractie, aux exercices de sophrologie, au yoga et à la modification du comportement alimentaire. Les pathologies pour lesquels les patients y ont eu recours sont majoritairement les dorsalgies, cervicalgies, raideur, l'anxiété et la dépression. Ce recours à la médecine alternative est de plus en plus fréquent



10 Most Common CAM Therapies Among Adults - 2007

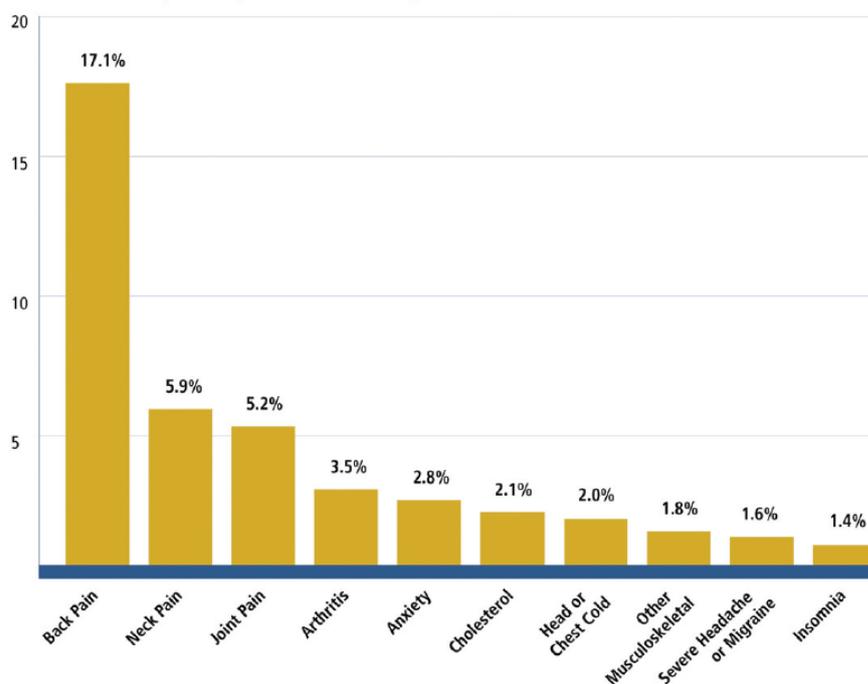


Therapies with significant increases between 2002 and 2007 are

	2002	2007
Deep breathing	11.6%	12.7%
Meditation	7.6%	9.4%
Massage	5.0%	8.3%
Yoga	5.1%	6.1%

Source: Barnes PM, Bloom B, Nahin R. CDC National Health Statistics Report #12. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007. December 2008.

Diseases/Conditions for Which CAM Is Most Frequently Used Among Adults - 2007



Source: Barnes PM, Bloom B, Nahin R. CDC National Health Statistics Report #12. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007. December 2008.

b. La Suisse

En Suisse, 49% de la population utilise la médecine traditionnelle ou complémentaire. En 1998, le Département fédéral de l'Intérieur (DFI) a décidé que, de 1999 à 2005, cinq thérapies complémentaires (la médecine anthroposophique, l'homéopathie, la thérapie neurale, la phytothérapie et la médecine traditionnelle chinoise) seraient remboursées par l'assurance obligatoire des soins de santé (OPAS) si ces services sont délivrés par un médecin ayant obtenu une certification en médecine traditionnelle. En 2009 67% des électeurs ont approuvé l'intégration de certaines thérapies complémentaires dans l'assurance santé de base. Les autorités suisses ont également mis en place un vaste programme pour évaluer la MTC (le Programme d'évaluation des médecines complémentaires, ou PEK) afin d'en déterminer le rôle et l'efficacité. L'article constitutionnel sur la MTC pourrait en outre accélérer l'enseignement obligatoire pour les étudiants en médecine, la normalisation de la formation et

de la certification dans le domaine des thérapies complémentaires à la fois pour les médecins et pour les praticiens non médecins, ainsi que la disponibilité des produits de MTC en Suisse

c. Le Royaume

Au Royaume-Uni par exemple, on observe que les patients s'adressent au Royal London Hospital for Integrated Medicine (Royaume-Uni) parce que d'autres traitements ont échoué, parce que c'est la préférence personnelle ou culturelle du patient ou parce que les autres traitements ont eu des effets indésirables

d. « L'orientalisation de l'Ouest » et le paradoxe Français

Il existe donc un réel développement des médecines complémentaires au sein de la population générale depuis la deuxième moitié de 20^{ème} siècle. Cet essor est souvent rapporté à une recherche de médecine globale, un retour à la conception spirituelle et religieuse de la santé et de la maladie. Le phénomène englobe un domaine plus large que celui de la médecine. Les thérapies appelées « asiatiques » se retrouvent dans les domaines du management, du coaching, des régimes, des préparations mentales des sportifs de haut niveau et dans les techniques de bien-être et de relaxation.

Campbell appelle ce phénomène l'orientalisation de l'Ouest. Ce phénomène intervient à une ère où la mondialisation accélère et facilite les échanges internationaux. « L'orientalisation de l'Ouest » s'accompagne en parallèle de « l'occidentalisation de l'Est »

L'étude de Sita Reedy qui s'intéresse à l'expansion de l'Ayurveda aux Etats Unis retrace l'installation et le développement au début des années 1970.

Dans les pays anglo-saxons est observé le phénomène de médecine intégrative, c'est-à-dire l'intégration de la médecine des populations migrantes avec la médecine expérimentale. La France est encore un cas dissident dans la mesure où il n'existe pas de combinaison de la médecine issue de l'immigration et de la médecine expérimentale alors que la population commence de plus en plus à y avoir recours. Le seul exemple que l'on pourrait citer en France est le centre d'« ethnopsychiatrie » Georges Deveraux où le psychiatre et un anthropologue, Tobie Nathan, essayent d'adapter leur thérapeutique en fonction de l'origine du patient.

A la fin des années 1970, 34 % des français ont eu recours au moins une fois à une médecine alternative. A la fin des années 1980, ces chiffres sont passés à 49%. Malgré cette

augmentation, la pratique de la médecine non expérimentale était illégale en France, du moins elle ne passe pas par un cadre légiféré. En 2007, un article paraît dans le journal l'Expansion et mentionnait le fait que la France autorisait quelques pratiques de la médecine chinoise et ce dans les suites de la signature d'un accord de coopération avec la Chine. Dans son article « The Internationalisation and Hybridization of Medicines in Perspective ? Some Reflections and Comparisons between East and West » L.Obadia émet l'hypothèse que la relative méfiance de la France vis-à-vis des médecines non expérimentales est liée à la peur de l'embrigadement des esprits dans les sectes. La France a mis un point d'honneur à essayer de séparer l'Eglise de la Médecine depuis les trois derniers siècles. (Obadia, 2009)

L'histoire de la médecine est passée par un long processus de rationalisation et d'exclusion de tout ce qui constitue le folklore médical, les croyances etc... Des « Erreurs populaires du fait de la médecine » de Laurent Joubert en 1578 au « Des erreurs relatives à la médecine » (1812) d'Anthelme Richerand, la France a été témoin de la perpétuelle stigmatisation des erreurs médicales de thérapeutes non professionnels et de la domination de la biomédecine par rapport à la médecine populaire.

Néanmoins depuis quelques décennies, en marge de la médecine « officielle », des thérapeutiques « alternatives » commencent à exercer leur influence sur les patients français.

II. Etude dans la sous population migrante

Les résultats des études précédentes concernant la population générale des pays où la médecine expérimentale a un rôle de premier plan dans le système de santé.

Quid des populations migrantes ?

a. Acculturation et adaptation du système de santé en France

Avec le mouvement des populations, notamment des immigrés qui sont définie comme : « une population ayant été contrainte de quitter son milieu de vie habituelle sous la contrainte économique ou sociale » la diversité culturelle au sein d'un pays est un phénomène de plus en plus croissant. Chaque communauté immigrée apporte une culture différente au sein du pays dans lequel elle s'installe. « La culture englobe les valeurs, les croyances, les normes et le mode de vie acquis qui agissent de certaines façons sur la pensée, les décisions et les actions des individus » (Leininger 1991.)

Le concept d'acculturation a été théorisé par plusieurs spécialistes dont J.Berry, professeur de psychologie à l'université Queen's, Kingston, au Canada dans les années 1980. Berry définit

le concept d'acculturation comme étant « l'ensemble des changements culturels résultants des contacts continus et directs entre deux groupes culturels indépendants ». L'acculturation résulte du besoin qu'a un individu d'établir de nouvelles relations et d'acquies de nouveaux comportements pour s'adapter à un nouvel environnement. (Berry et Sam 1997) Il existe quatre processus d'acculturation : l'intégration, l'assimilation, la séparation et la marginalisation. Ces stratégies dépendent du contexte socioéconomique et politique du pays hôte. Le modèle théorique de Berry est celui du caractère dynamique, il est « fondé sur la prémisse que des groupes non dominants et leurs membres aient la liberté de choisir la manière dont ils veulent s'acculturer »

Afin d'évaluer les besoins transculturels en soins des personnes de cultures différentes, des modèles différents ont été proposés par différents chercheurs

« Désormais on met l'accent sur l'importance de fournir des soins consciemment adaptés à la culture et respectueux des différences individuelles tout en intégrant les valeurs uniques et les habitudes de vie au mode de prestation de soins de santé » (G.Coutu-Wakulczyk)

Dans leur étude, Marie Lavandoux, Maud Lextra et Zoé Pialoux évaluent le point de vue des immigrés et des soignants concernant la question sur le besoin en santé des personnes de cultures différentes. Les résultats de cette étude montrent que les immigrés et les soignants sont majoritairement (à plus de 80% dans le premier groupe et plus de 60% dans le second groupe) convaincus que le système de santé français répond aux besoins de santé des différentes communautés. Cette étude évalue le système de santé national français. La pratique des médecines complémentaires n'est pas évoquée et n'est pas le sujet du travail.

Plusieurs études ont permis d'analyser le comportement de différents sous-groupes de populations d'immigrés vis-à-vis de leurs pratiques médicales.

Les populations migrantes recherchent, en complément des systèmes de santé à utiliser la médecine de leur pays. Cela est notamment le cas pour les personnes d'origines asiatiques (chinoises, japonaises...)

b. La pratique de la médecine traditionnelle au sein des minorités

L'étude menée par A. Pieroni au sein de la population pakistanaise, auprès de 37 personnes (enquête qualitative sous forme de focus groupes), vivant à Bradford, dans le nord

de l'Angleterre montre que les sujets interrogés préfèrent recourir à la médecine traditionnelle. C'est le cas de 2/3 des personnes interrogées. Cinquante-six médicaments différents ont été identifiés comme couramment utilisés avec une part non négligeable de traitement contre le diabète. On constate aussi que ce recours est moins important dans la population jeune et que le savoir médical s'atténue avec la durée d'immigration. (Andrea Pieroni, 2008)

M. Ceuterick a mené une étude au sein de la population colombienne installée à Londres en comparant la pharmacopée utilisée par les migrants et celle qui est utilisée en Colombie afin de déterminer leur niveau d'adaptation. Elle montre que plusieurs facteurs expliquent l'abandon de certaines pratiques et la persistance d'autres, notamment en raison de la disponibilité des ingrédients. De plus, les immigrants colombiens intègrent à leur médecine des pratiques liées à la médecine expérimentale. La transformation de leur pratique n'est pas liée à une transformation de leur croyance médicale mais à des raisons pragmatiques de disponibilité des produits.

Table 2

Provenance of herbal remedies used in London.

British supermarket(s)	38%
Colombian and other London based Latino shops (Ecuadorian/Peruvian)	21%
Own plant (garden or flower pot)	15%
Other minority ethnic markets (non-Latino)	11%
Health (food) store	7%
Sent over postal mail by relatives	4%
Own import from Colombia	3%
Pharmacy	1%

F. Thomas s'est intéressé aux migrants d'origine africaine installés à Londres afin de comprendre quelle était la signification de traitements d'origine africaine pour ces migrants. Ces migrants mettent à profit leur réseau international pour se procurer ces produits (famille et amis restés dans le pays d'origine). (Thomas, 2010) Les sujets interrogés ont peu recours aux guérisseurs installés à Londres, leur préférant des guérisseurs installés dans le pays d'origine :

You don't tell others that you didn't know before about your problem—so what you rely on is your traditional healer back home. You might call your aunt or your mother who has to contact that traditional healer with that problem. You know, DHL is doing quite a lot of work! You hear people say 'I am expecting a parcel'—because people still want to get these things from someone that they trust rather than if I just hear about someone [a healer] in Peckham. I would trust someone I hear about from my family more—the family healer. So people do still get things from back home. (Jo,⁶ Zimbabwean men's focus group)

De nombreux sujets rapportent utiliser des traitements issus de la médecine expérimentale en combinaison avec les traitements issus de leur médecine traditionnelle. Cependant, leur confiance dans l'efficacité et l'innocuité réside plus dans les traitements originaires de leur pays que dans ceux issus des pharmacies locales. Un des éléments principaux qui en ressort une fois de plus est la difficulté d'approvisionnement.

A lot of South Africans don't have confidence in the NHS. For instance, I've had this flu since last week, I've not been to the clinic because I do not want to go there because they are not going to do what I believe should be done to me. And if I was at home, I would have been able to get the herbs and treatment. (Kelvin, South African mixed focus group)

Traduction: « De nombreux sud-africains n'ont pas confiance dans la NHS. Par exemple, j'ai la grippe depuis la semaine dernière mais je n'ai pas été en consultation parce que je ne crois pas qu'ils me feront ce qui est vraiment utile. Si j'étais à la maison, j'aurais pu avoir des plantes et le traitement adéquat »

Dans son article « Moving experiences : a qualitative analysis of health and migration », Susan J. Elliott et Joan Gillie s'intéressent à la santé des femmes d'origine Fidjienne installées en Colombie britannique. Le Canada est un pays où il existe une couverture médicale universelle et malgré cela, un rapport du ministère de la Santé constatait que les femmes réfugiées et immigrées avaient un recours moindre au système de Santé National. Les femmes immigrées ont une conception de la santé qui est différente de celle de la population d'accueil. La santé est un état de bien-être. Les pathologies fréquemment rencontrées sont souvent la fatigue, les états de dépressions réactionnelles qui surviennent dans les 3 mois de l'arrivée. (Susan J Elliott, 1999)

« “We are not completely Westernised” : Dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant women in England » : Dans cette article, G. Green de l’université de l’Essex au Royaume Uni s’intéresse à la manière dont les femmes chinoises associent la médecine expérimentale et la médecine chinoise dans leur quotidien. (Green et al., 2006) L’auteur réalise l’interview de 42 femmes. Certaines femmes n’utilisent que la médecine expérimentale alors que d’autres retournent dans leur pays afin de s’approvisionner en médicaments. L’association des deux médecines est souvent fréquente. Certaines femmes font davantage confiance à la médecine chinoise avec comme argument qu’il s’agit d’une médecine connue depuis des siècles et qu’Elle a fait ses preuves. D’autres femmes, notamment celles qui sont mieux intégrées dans la vie sociale et professionnelle considèrent la médecine occidentale comme la référence.

I: Do you believe in Chinese doctors when they say you have ‘wind’?

id32: Yes. I do. Because the first few days after I gave birth, I felt very cold when I came back from the hospital. The Chinese doctors said because some wind had gone inside my body. Westerners don’t have this kind of concept.

Traduction :

- Moi : Croyez-vous dans la notion d’avoir du « Vent » dont parle les médecins chinois ?
- Id32 : Bien sûr j’y crois. Parce que les premiers jours où je suis rentré de l’hôpital, j’avais très froid. Le médecin chinois m’a dit que c’était à cause de l’air qui s’était infiltré dans mon corps. Les occidentaux ne croient pas en ce genre de concept

De nombreux obstacles sont identifiés pour l’accessibilité au système de santé national.

- La barrière de la langue

I quite often go to have check-ups. It becomes so troublesome. Sometimes even I myself did not really understand what the problems were. I did not know how to describe them. The translator could not understand me. I could not tell them the cause. The translator got confused. She told the doctor about my problems and the doctor got puzzled too. That is why sometimes I got the wrong treatment (id10).



➤ La différence de conception de la santé, du corps et de l'esprit

I: How did they explain the numbness?

id9: He said he did not know. They did not have this concept. I asked him why I felt the numbness. He said he did not know. We Chinese people say it is because of the insufficiency of blood and energy.

Parallèlement, d'autres difficultés sont soulevées lorsqu'il s'agit de consulter un praticien de la médecine traditionnelle chinoise

➤ La difficulté d'accès

➤ Le coût

➤ La différence de public dès qu'il s'agit d'un praticien d'origine non chinoise

I did not get any better after I saw him [Chinese medical practitioner] three times, but I spent nearly 300 pounds. So I realised that that was the sort of person he is. Many people said that he was good. But maybe he has cured some English people. Also, his English is good. The important thing is that his English is good. Many of them cheat people. They know the way to do their business. (id14).

id27: It was after I hurt my legs, my colleagues introduced her to me. I feel that she is quite ethical. i... She does not charge a lot. She charges 50 dollars for the consultation and the medicine... Very cheap. Also I feel that her diagnosis is accurate. Once I was rushed to see her and did not have time to have my lunch. She could tell the excess of my stomach acid by feeling my pulse. I was impressed (laugh)... That is why I have faith in her. Also she is from a Chinese medical family. So I think she is good.

I: Do you have any chance to see a Chinese doctor here [in England]?

id27: I don't have faith in the Chinese doctors here [in England].

Dans cette étude, les migrants chinois maintiennent une forte identification avec la médecine traditionnelle chinoise ou recherchent des médecins chinois pratiquant la médecine expérimentale.

Dans leur article « our health and theirs : forced immigration, othering and public health », N. Grove et A.B.Zwi, de l'Université de Sydney, s'intéressent aux migrants qui ont été forcés de quitter leur pays pour émigrer dans les pays développés et ce que cela implique pour le système de santé public dans ces pays. Ils identifient plusieurs types de mécanismes par lesquelles les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants en situation irrégulière sont qualifiés d'« autres » et sont traités différemment de la communauté « hôte » pouvant ainsi affecter les problématiques de santé publique. Leur travail suggère que les professionnels de santé ont un rôle crucial à jouer pour intégrer dans le système de santé l'expérience médicale de ces populations. Théorie de l'« othering ». (Grove and Zwi, 2006)

Ainsi les nombreuses études, surtout réalisés dans les pays anglo-saxons retrouvent de nombreux points communs au sein des différentes communautés immigrées et installées dans les pays « développés ». Il existe peu d'étude de ce type en France

c. La problématique de la prise en charge des populations migrantes.

Nous venons de voir à travers plusieurs situations de populations immigrés ayant recours à la médecine traditionnelle de leur pays qu'il existe une véritable méfiance et incompréhension vis à vis de la médecine expérimentale ainsi qu'un sentiment de ne pas être compris et de ne pas avoir l'explication réelle de leur maladie. Dans cette partie de notre travail nous expliquerons les raisons pour lesquelles le pluralisme médical devient une nécessité dans la mesure où il confère une globalité à la prise en charge médicale.

1. L'anthropologie de la santé

L'anthropologie médicale étudie la maladie et ses représentations. Son développement s'est fondé sur le constat selon lequel la maladie avait une réalité indépendante de sa définition médicale, et qu'elle faisait l'objet de représentations et de traitements spécifiques à chaque culture (Fainzang, 2001).

Les représentations de la maladie ont été analysées sous quatre perspectives différentes au sein de la discipline :

- ♣ Croyances
- ♣ Modèles cognitifs
- ♣ Schémas interprétatifs
- ♣ Mystifications

Quel est l'intérêt pratique de cette connaissance ? L'utilisation à des fins analytiques permettrait de favoriser la compréhension des interprétations et logiques thérapeutiques des soignés voire des soignants. Sur le plan pédagogique elle permettrait d'améliorer la formation des soignants et d'adapter l'éducation thérapeutique des patients et sur le plan clinique elle permettrait d'améliorer l'observance des patients notamment.

Étudions les différentes représentations de la maladie :

- ♣ **La tradition empiriste (rationaliste) ou les représentations de la maladie comme “croyances”**

Dans les années 1920, les premières études relatives aux “traditions médicales” propres aux sociétés non occidentales ont emprunté au discours évolutionniste de l’époque. Des termes comme “primitif”, “magique”, “prélogique”, étaient couramment utilisés pour décrire les “croyances médicales” des populations “indigènes” (Good, 1998, p. 79). Les représentations de la maladie étaient abordées essentiellement du point de vue de leur rationalité. Rivers, par exemple, qui fait parfois figure de précurseur de l’anthropologie médicale, a tenté de formaliser dans son ouvrage devenu classique, « *Medicine, Magico and Religion* » (1924), un modèle descriptif de la “médecine primitive”. Elle se décompose en trois variantes : magique, religieuse, naturaliste. Rivers montre que, même si les conceptions sont erronées du point de vue de la médecine expérimentale, le système de croyance repose sur un système cohérent au sein de la culture. Citons : « De notre point de vue moderne, nous pouvons observer que ces idées (les croyances des Papous et des Mélanésien) sont fausses. Mais l’important est qu’aussi erronées soient-elles (...) quant aux causes des maladies, leurs pratiques sont la conséquence logique de ces croyances » (Rivers, 1924, cité par Good, 1998, p. 99).

Au cours des années 1940, les croyances et pratiques médicales des populations non-occidentales ont ensuite été souvent interprétées comme les premiers stades du savoir médical, une sorte de “protoscience” qui a donné lieu à des théories causales de la maladie, des pratiques chirurgicales et une connaissance des propriétés pharmacologiques des plantes et des minéraux, considérées tout aussi primitives les unes que les autres (Good, 1998, p. 79).

▲ **Le courant cognitiviste ou les représentations de la maladie comme “modèles cognitifs”**

Une nouvelle orientation de l’étude des représentations sociales s’est développée à partir des années 1950-1960. Elle a, au départ, pris le contre-pied des travaux empiristes précédents, en développant à leur égard une “critique culturelle”. L’idée majeure au sein de cette tendance fut de reconnaître la relativité culturelle de la maladie. Au lieu de regarder la maladie en tant qu’objet “naturel” destiné à être pris en charge par un système médical, elle a été considérée, comme relevant en propre de la culture. Ainsi que l’exprime Good, dans cette perspective, les représentations de la maladie, la manière d’appréhender l’anormalité ou le désordre, ne sont plus jugées en tant que « conceptions plus ou moins justes d’un phénomène extérieur à la culture, mais comme constituant en soi ce phénomène » (Good, 1998, p. 90). De nombreux travaux se sont intéressés à analyser ces “conceptions culturelles de la maladie” et

à en comprendre la logique dans le contexte global de l'organisation sociale des sociétés où elles étaient étudiées. L'étude de Rubel (1964) relative au Susto est devenue un classique du genre. Il s'agit en effet d'une maladie reconnue, interprétée et traitée par des populations d'origine latino-américaine, mais qui, d'un point de vue biomédical, n'a aucune objectivité. Ces recherches ont aussi donné lieu à une critique des théories biomédicales mais, surtout, de la naïveté culturelle des professionnels de la santé publique engagés sur le terrain dans les années 1950, « incapables – comme l'énonce Good – de saisir les formes culturelles par lesquelles les gens appréhendaient la maladie et y réagissaient » (Good, 1998, p. 73). Benjamin Paul aussi dans un ouvrage fondateur datant de 1955 (*Health, Culture and Community : Case Studies of Public Reactions to Health Programs*), proclama que « “les habitudes et les croyances” des populations auxquelles les programmes de santé publique s'adressent constituent un “système culturel” élaboré que les spécialistes de santé publique devraient comprendre avant de vouloir faire adopter des habitudes et des idées nouvelles ». Pour aider une communauté à améliorer sa santé, il était primordial, selon lui, d'apprendre à penser comme les personnes qui la composent ! La multiplicité des travaux inscrits dans ce courant a permis de mieux connaître les grandes traditions médicales, ainsi que les petites, répandues sur les différents continents (Asie, Afrique, Amérique latine...). Ceux-ci ont donné lieu à des études comparatives approfondies des différents systèmes de soin, témoignant de ce que la biomédecine ne constituait qu'un système parmi d'autres “ethnomédecines”.

▲ **Le courant interprétatif ou les représentations de la maladie comme “systèmes de sens”**

Ce courant marque le début d'une nouvelle approche en anthropologie médicale. Il a été largement influencé, vers la fin des années 1970, par les travaux de Kleinman, qui en constitue la figure de proue. L'hypothèse centrale, développée sous diverses variantes par Good est que la maladie n'est pas une entité, mais un “modèle explicatif”. La culture n'est donc plus seulement un moyen de se représenter la maladie, mais elle participe à sa constitution en tant que réalité humaine. C'est alors le rapport entre la culture et la maladie qui est placé au centre des analyses (Good, 1998, pp. 125-126). La maladie n'est plus ici considérée comme une entité (à la manière de la biomédecine) mais plutôt comme un objet social et une expérience vécue. Les représentations de la maladie ne constituent plus des objets de pensée aux contours bien établis (des contenus, des savoirs) mais, plus largement, des processus d'attribution de sens par lesquels l'individu explique et interprète l'expérience

de la maladie. Cela, dans le cadre d'une culture globale : à partir des valeurs, normes et symboles qui prévalent dans son groupe d'appartenance.

▲ **L'anthropologie médicale critique ou les représentations de la maladie comme "mystification"**

Depuis le début des années 1980, en réaction à une anthropologie médicale à visée clinique, s'est développée une anthropologie à visée "critique". Pour les tenants de cette nouvelle perspective (Scheper-Hughes, Onoge, Singer, etc.), trop d'attention a été portée aux cultures, au détriment des structures sociales. Largement guidé par les travaux de Foucault, ce mouvement se rallie à l'idée que les cultures ne constituent pas simplement des réseaux de signification, des systèmes de sens qui orientent les gens vis-à-vis d'autrui et de leur monde. Elles constituent des idéologies qui déguisent les réalités politiques et économiques. En cela, comme l'a affirmé Keesing, elles représentent des réseaux de mystification autant que de signification (Keesing, 1987, cité par Good, 1998, p. 135). Il s'agit dès lors de se demander qui crée et définit les significations culturelles, et à quelles fins. La culture devrait ainsi être resituée dans son contexte – historiquement, économiquement, politiquement...

L'anthropologie médicale permettrait au clinicien d'appréhender les différentes modes de perception de la maladie et tenter ainsi une approche différente de la prise en charge thérapeutique. Il ne s'agit pas d'adapter le traitement mais la manière de traiter : une restructuration de la forme et non du fond de la prise en charge médicale. La formulation suivante est explicite : « Le piège médical, c'est de vouloir sans cesse rabattre les pratiques et représentations populaires de la maladie sur des catégories biomédicales. Or, ces catégories ne sont pas superposables. Le savoir populaire sur les maladies n'est ni constitué ni structuré de la même façon que le savoir biomédical. Il a son épaisseur propre, ses logiques propres, ses configurations sémantiques propres. (...) Le piège du sens est en quelque sorte inverse. L'anthropologie – en France notamment à la suite des travaux de Marc Augé – a sans doute trop insisté sur le fait que la société entière serait en jeu derrière la maladie, que le désordre du corps serait le révélateur d'un désordre social, que toute guérison mettrait en jeu la communauté, y compris dans son rapport symbolique au cosmos » (Olivier de Sardan, 1999, pp. 15-16). Il s'agit, selon lui, de trouver le moyen de rendre compte des représentations populaires de la maladie sans tomber ni dans l'excès médical ni dans l'excès du sens. Il faut, dit-il, « laisser la place à d'éventuels rapprochements entre maladies populaires et pathologies

biomédicales, et reconnaître tout ce que la maladie peut impliquer de social et de symbolique
»

L'importance de l'anthropologie médicale dans la prise en charge des migrants et les spécificités de leur prise en charge permettrait une meilleure prise en charge des patients dans la mesure où elles pourraient améliorer l'observance des patients et créer une meilleure cohésion au sein de la relation médecin-malade.

2. Les représentations de la maladie et de santé

Plusieurs éléments entrent en ligne de compte lorsqu'il s'agit de comprendre l'ordre des choix et l'évolution de l'itinéraire thérapeutique d'un patient :

- ⤴ La perception de la maladie et son évolution
- ⤴ La perception de l'efficacité du thérapeute et des traitements
- ⤴ Les moyens dont il dispose

L'attente du patient vis à vis du système de soin est multiple et certains auteurs considèrent que les patients demandent à la médecine moderne de soigner les symptômes et la douleur et à la médecine traditionnelle d'identifier les causes du mal et de combattre la maladie. Le recours des patients aux différents types de système de soins est souvent déterminé par un parcours d'essai et d'erreurs. Le recours à la médecine expérimentale ou à la médecine traditionnelle trouve son explication dans la capacité à obtenir les résultats. La médecine expérimentale semble plus efficace dans la pathologie aiguë alors que la médecine traditionnelle intervient pour des pathologies chroniques.

Le savoir populaire, confronté au savoir de la médecine expérimentale démontre que les populations possèdent un savoir « profane » sur la maladie. La santé ne correspond pas au savoir biomédical. L'enseignement et les explications du savoir expérimental sera partiellement intégré en fonction d'une part, de ce qui a été compris mais également de ce qui est culturellement et socialement acceptable. Chaque groupe social et culturel attribue un statut particulier à la maladie. Par exemple les troubles de la fécondité peuvent engager une solidarité avec le malade alors que le VIH et la tuberculose stigmatise et marginalise les patients. Ces aspects découlent de la représentation qui est faite de la maladie. La représentation est en lien avec l'individu social et culturel.

Quels sont les interprétations culturelles et sociales de la maladie ? Les événements dans la vie d'un individu nécessitent une explication afin d'en comprendre la nature et lui trouver des causes. Il est allé de même avec la maladie. L'individu qui est confronté à une sensation corporelle atypique essaye de la décoder et de la relier à d'autres manifestations afin de déterminer si cette sensation est source d'inquiétude ou non. Cette analyse, ce décodage des symptômes du corps est conditionné par l'individu, son milieu social et sa culture. Le vécu de la maladie et des symptômes est très variable d'un individu à l'autre et cela est en lien avec la trame culturelle sous-jacente.

Si nous prenons l'exemple de la douleur, plusieurs travaux ont permis d'étudier la variabilité de perception et de réaction par rapport à la douleur selon l'origine culturelle. L'une des premières études portant sur la douleur est celle de Zborowski de 1952. Elle porte sur les composantes culturelles de l'expérience de la douleur dans trois groupes ethniques aux Etats-Unis : des Américains d'origine italienne, des Américains d'origine juive, des Américains issues de familles protestantes implantées de longue date aux Etats-Unis. Dans les deux premiers groupes la réaction à la douleur est très émotionnelle avec un seuil de stimulation douloureuse bas alors que dans le dernier groupe il existe une minimisation de la douleur.

L'analyse de la signification attachée à la douleur retrouve que :

- ♣ Les italiens ont un vécu de la douleur instantanée. Les plaintes sont vives mais une fois la douleur atténuée elle ne laisse que peu de cicatrices
- ♣ Chez les juifs, elle crée une anxiété tournée vers l'avenir qui ne s'efface pas systématiquement lorsque la douleur a disparu
- ♣ Chez les protestants, il existe un pragmatisme plus grand et une docilité vis à vis du système de soins.

Concernant la discrimination des symptômes en général, Irving Zola a montré quelques années plus tard qu'il en allait de même pour la plupart des symptômes du corps humain. Il a étudié la manière dont les patients décrivaient leurs symptômes au médecin dans le cadre de diverses consultations de médecine (médecine générale, ORL, ophtalmologie etc...). Il a comparé l'expression des plaintes entre des patients irlandais et italiens pour lesquels le même diagnostic avait été posé. Les irlandais donnent des localisations précises pour leurs symptômes avec une description des dysfonctionnements et

ne parlent que peu de leur souffrance ressentie alors que les italiens se plaignent plus de symptômes diffus qui impactent à la fois sur leur humeur et leurs relations sociales.

Selon les sociétés, l'importance qui est conférée à chaque organe est différente. Au Japon, par exemple, c'est l'abdomen qui est le siège de la vie et qui concentre les significations que nous attachons au cerveau et au cœur. Même de nos jours, alors que la médecine expérimentale est prédominante au Japon, on constate que les japonais distinguent un grand nombre de troubles abdominaux qui ne sont pas repris dans la médecine expérimentale et ce avec une grande préoccupation.

Le modelage culturel définit aussi une partie de ce qui est considéré comme une maladie dans une société donnée. Par exemple, certaines anomalies considérées comme pathologiques dans la médecine expérimentale ne le sont pas dans certaines cultures. C'est l'exemple même des vers intestinaux qui sont considérés comme essentiels à la digestion dans certains groupes ethniques.

Dans Migrations et Santé, l'article de B. Tison « Le corps dans la tradition hindoue » décrit le corps présent partout dans la société hindoue. Il est vanté à travers les arts : littérature, sculpture, danse et chant. Tout au long de la vie, le corps de l'Hindou bénéficie de soins, consignés dans de nombreux traités. Cela se traduit par la pratique de diverses techniques corporelles : yoga, gymnastique, danse. Cependant malgré toutes les attentions que l'on prête au corps et ceci dès la naissance, il n'est pas forcément glorifié :

- ♣ Le corps est vénéré s'il est pur : c'est le corps du Brahma
- ♣ Le corps est méprisé s'il est impur : c'est le corps de l'Intouchable
- ♣ Le corps est rejeté, banni : c'est le corps de la femme stérile.

La place, la valeur, les attributs et les symptômes du corps ont des interprétations différentes selon les cultures. Ainsi les symptômes et la représentation de la maladie ne sont pas universels. Ils sont conditionnés par l'influence de la société et de la culture sur l'individu. Si la représentation de la maladie est différente selon les groupes sociaux et culturels, en est-il de même de la méthode de prise en charge et de la thérapeutique. Faut-il adapter les traitements aux groupes ethniques sous prétexte que leur vécu, représentation de la maladie est différente alors même qu'ils évoluent dans le système de soin français ?

L'activité médicale est toujours interprétative. Le patient arrive avec son état clinique et un modèle explicatif de sa maladie et le médecin est sensé traduire cette

description dans le moule de sa connaissance médicale. Les individus perçoivent différemment une même maladie. Une femme chinoise émigrée du Viêt-Nam aux Etats-Unis vient consulter pour une sensation très douloureuse de " poids sur la poitrine ". Le médecin américain pense à des troubles cardiaques mais ceux-ci ne sont pas confirmés par les examens et aucun traitement n'améliore l'état de la malade. Encouragé par les anthropologues à rechercher le " modèle explicatif " de la maladie, le médecin apprend de celle-ci certains faits qui, selon elle, sont à l'origine de son état : elle a mené une vie très dure, a porté des poids très lourds dans sa jeunesse et un jour son mari l'a sauvagement battue. Elle fait part aussi de sa tristesse d'avoir quitté le Viêt-Nam et d'y avoir laissé des proches. Après cette conversation, le diagnostic du médecin s'oriente vers une dépression. Mais celle-ci ne correspond pas, dans ses symptômes, à la dépression d'un malade américain ; le " modelage culturel " ne concerne donc pas que son expression. En Chine, les symptômes psychiatriques donnent en effet plus souvent lieu qu'en Occident à des symptômes corporels et l'expérience de la dépression passe souvent par des douleurs cardiaques, alors que ce n'est pas le cas aux Etats-Unis ou en France.

« Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants ».

Dans cet article, le Professeur Olivier Bouchaud montre comment les incompréhensions peuvent être levées par ce qu'il appelle une « attitude d'acceptation de l'Autre différent ».

Dans Cultures et soins du traumatisme psychique en situation humanitaire, Thierry Baubet et Marie Rose Moro déclarent « La culture est la somme des connaissances et des comportements qui caractérisent une société humaine. Elle permet aux membres de cette société d'appréhender le monde et d'attribuer un sens aux événements d'une manière homogène, en leur fournissant une grille de lecture transmise de façon implicite à travers des représentations culturelles communes. Ces représentations culturelles varient d'une culture à l'autre, elles définissent la façon dont les membres de chaque culture considèrent les notions de normalité/anormalité, maladie/santé, ordre/désordre, réel/non-réel, masculin/féminin, etc. Elles ne doivent cependant pas être conçues comme des choses figées, mais comme des processus dynamiques qui empruntent au contexte. D'une part chaque sujet emprunte à différents mondes (par exemple la culture du village et celle plus syncrétique de la ville) et d'autre part, chacun s'approprie ces représentations d'une manière qui lui est propre, qui dépend de son histoire, du contexte social, politique, etc. »

Des représentations culturelles découlent les représentations concernant la maladie et ses causes. Les théories étiologiques faites par les patients vont être variables selon les représentations culturelles et font appel à différentes catégories de causes comme l'intervention d'un être culturel (un djinn par exemple), un procédé technique (sorcellerie, maraboutage.), les manifestations d'un ancêtre offensé, les conséquences de transgression d'un tabou, d'un interdit etc. Le procédé de guérison dépend de l'étiologie présumée. Plusieurs attitudes thérapeutiques peuvent alors être envisagées. Le premier est hérité du modèle biomédical où la culture est laissée de côté car elle perturbe l'évaluation et les soins. La deuxième attitude consiste à penser les choses en termes d'adaptation et de réadaptation psychosociale. La troisième attitude est d'intégrer la dimension culturelle aux soins en la considérant comme un élément dynamique des prises en charge.

La notion de « représentation » a été longtemps critiquée par crainte d'une dérive vers le « culturalisme ». Les travaux de Dozon et Fassin (2001) montrent que le culturalisme a tendance à faire des « représentation » (qui sont la traduction de la culture), l'« interprétation en dernière instance des conduites humaines » en effaçant l'effet décisif des structures de soins. Elle réduit les individus à leurs « représentations culturelles ». Un des concepts du culturalisme consistait à identifier les représentations de la santé et de la maladie au sein de différents groupes culturels et de les transformer par le biais de messages éducatifs adéquats pour qu'ils s'inscrivent dans le moule de la médecine expérimentale. Bernard Hours produit une analyse semblable : les représentations ont, de son point de vue, souvent fait l'objet d'une lecture comportementaliste, voire servi de "gadget culturaliste" dont le mérite illusoire était de pouvoir en retirer des applications.

Le Pr Olivier Bouchaud retranscrit dans son article plusieurs situations cliniques illustrant ces cas. *« Monsieur T., malien, est hospitalisé en urgence pour une détresse respiratoire liée à une infection respiratoire grave qui révélera un syndrome d'immunodépression. Alors que son état est préoccupant, il refuse catégoriquement la prise de sang lorsque l'infirmière se présente avec une quinzaine de tubes à remplir. Une discussion " pacifiée " après une réaction un peu vive de l'infirmière a permis de négocier les trois tubes indispensables (et en pratique suffisants !).*

La famille de madame B., musulmane, se heurte violemment au médecin qui, par souci d'atténuer le choc de l'annonce brutale d'une fin apparemment proche en raison de pauses respiratoires, " annonce " le décès de madame B. pour la nuit. Décryptage : le fait de savoir

que chez les musulmans - ce qui n'est évidemment pas spécifique aux seuls musulmans - le moment de mourir (par essence de responsabilité divine) ne s'annonce pas, aurait permis au praticien de mieux gérer une fin de vie en laissant la responsabilité du moment ultime à " Dieu ". Cette connaissance aurait permis d'éviter l'affrontement avec la famille de madame B., même si dans ces moments difficiles une agressivité des proches est compréhensible indépendamment de toute dimension religieuse.

Madame S., malienne, venant d'arriver en France, s'échappe brutalement du service d'obstétrique où elle vient d'être hospitalisée pour une complication de sa grossesse. Explication : c'est vraisemblablement le comportement " direct " du gynécologue qui, en se précipitant sans une parole sur le ventre de la patiente, a pu lui faire craindre qu'il pourrait ainsi " jeter un sort " sur l'enfant, ce qui a provoqué la fuite. Mais a-t-on besoin d'une explication culturelle pour dénoncer le comportement du professionnel en question ?

Madame A. insiste pour aller au pays " même seulement huit jours " alors qu'elle sort à peine d'une paraplégie prolongée et qu'elle est encore sous traitement. La confiance étant déjà établie avec son médecin, elle l'a informé sans détour qu'elle devait aller au pays faire " quelque chose " puisqu'elle allait mieux (ce quelque chose devait permettre de compléter sa guérison " là-bas ", d'où la nécessité absolue de sa présence). Face à ce type de cas, savoir s'interroger sur le principe de la double causalité d'une maladie - d'ailleurs loin d'être absent dans nos cultures européennes et qui fait qu'une maladie n'arrive jamais par " hasard " - va permettre, à côté de la prise en charge par la médecine " biologique " de la cause " naturelle " (le virus VIH, le bacille de Koch, la fracture osseuse, etc.), d'accepter la complémentarité d'une deuxième référence thérapeutique - sans pour autant mélanger les rôles - pour prendre en compte la cause " surnaturelle " (rôle des esprits, des jnouns, des ancêtres, du sort jeté, etc.). Causalité qui répond à la question "pourquoi moi ? pourquoi maintenant ? "

Madame F. tousse toujours " comme au début ", six mois après un traitement antituberculeux bien pris, alors que tous les indicateurs médicaux font état d'une guérison. Explication : la toux masquait autre chose qu'il fallait explorer. Après échange et compréhension, il s'est avéré que madame F. avait fait sa tuberculose dans un contexte familial particulier très difficile. Lorsqu'ensuite elle a pu se rendre au Sénégal pendant deux semaines (ce qu'elle n'avait pu faire avant pour des raisons financières), la toux a disparu. Comme dans l'exemple précédent, c'est la possibilité pour la patiente de se soigner en prenant en compte ses propres représentations - et donc une causalité et un traitement non médical - qui aurait fait disparaître cette toux. »

L'analyse de ces cas montre que de nombreuses situations cliniques nous échappent, nous praticiens formés à la médecine expérimentale, non pas parce que nous sommes réticents à les comprendre mais parce que nous ne savons pas faire face à ce caractère culturel du vécu de la maladie. Nous ne sommes pas en train de démontrer qu'il y a besoin d'une prise en charge spécifique ethno-centré mais qu'il existe une dimension culturelle et social à prendre en compte et ce afin de gagner en confiance au sein de la relation médecin-patient, en qualité d'observance thérapeutique et en efficacité dans l'éducation thérapeutique.

Le besoin de retourner à des valeurs et des repères de références expliqueraient le recours à la médecine traditionnelle de leur pays des populations immigrés. En effet, nous avons vu précédemment l'exemple de cette patiente chinoise qui considérait que le médecin de formation expérimentale ne comprenait pas la cause de sa maladie et ne se l'expliquait pas alors qu'en médecine traditionnelle une explication est donnée. Certains auteurs se sont interrogés sur ces besoins de prise en charge spécifique. Voyons quelques exemples. Dans son article « Handicap mental : y va-t-il une nécessité d'une prise en charge thérapeutique spécifique pour un patient magrébin ? » paru dans la revue Migration& Santé, Claudie Grasmück constate que « la plupart des prises en charge psychothérapeutiques ou psychanalytiques ignore encore la dimension culturelle. Il nous semble que dans certains cas, un aménagement du cadre de ces prises en charge est utile pour nombre de patients appartenant à d'autres cultures, le risque de s'en détourner est réel et ce par peur de leur étrangeté ou par constat de leur inefficacité. » Il n'y a pas de difficulté pour poser un diagnostic mais pour prendre en charge le patient, certain aménagement et une sensibilité à la culture peut s'avérer la bienvenue. En effet de récentes études dans le domaine de la santé mentale des immigrés d'origine maghrébine font état de deux réalités : en cas de maladie psychique, ces derniers font très peu appel aux centres de santé mentale, et consultent en revanche massivement les guérisseurs. En agissant de la sorte, ils laissent entendre que pour ce genre d'affections, ils restent attachés aux modèles venus de leur pays d'origine et perçoivent les schémas d'aide psychologique occidentaux comme étant éloignés de leur culture et de leur univers mental. Concernant les maladies chroniques, dans son article « Obstacle culturelle à la médecine occidentale » : le cas des enfants diabétiques de parents migrants », le Dr Davous Huber explore l'importance de la culture dans la prise en charge de la maladie. Le traitement d'une maladie chronique, contrairement aux maladies aiguës réversibles, a pour but non pas de guérir la maladie mais de la contrôler et d'en limiter l'évolution. D'emblée ce concept peut se confronter à une difficulté interculturelle. En effet,

soigner sans guérir n'est pas traduisible en malien par exemple. La vision malienne est plus dichotomique : soit on meurt soit on survit à la maladie mais on ne vit pas avec. Le diabète de type 1 est une des maladies où l'éducation thérapeutique des patients est importante pour aboutir à une observance thérapeutique. L'environnement culturel a une importance majeure en pédiatrie dans la mesure où l'enfant est dépendant des adultes. L'étude de Tubiana-Rufi a montré l'importance des facteurs culturels dans l'adhésion des parents au traitement et dans le contrôle glycémique des enfants. « La maladie est une réalité indépendante de sa définition biomédicale » avec des représentations et des thérapies propres à chaque culture. (Fainzang). Il existe parfois des incompréhensions médecin-malades qui entraînent des échecs thérapeutiques dans la prise en charge des patients migrants. En quoi la culture peut également être un moyen thérapeutique ? Dans son étude le Dr Davous Huber relate les pratiques traditionnelles qui ont été inclus dans la prise en charge du diabète de deux familles migrantes, une maghrébine et l'autre malienne, afin d'établir un transfert thérapeutique.

Dans son article « L'ethnomédecine, une porte pour découvrir la dimension humaine du soin », le Pr Bouchaud déclare : « *La dimension humaine du soin est à redécouvrir. Elle est malmenée pour un certain nombre de raisons bien connues : 1) La technicisation de la médecine. Sans la négliger ou la mépriser, il ne faut pas oublier que la dimension relationnelle fait 50 % du chemin thérapeutique, notamment dans la maladie chronique 2) L'accélération du temps, la DMS (durée moyenne de séjour) est une vraie pression sur les équipes, au détriment du temps que l'on va pouvoir donner au patient au-delà de l'aspect technique des choses. 3) L'effacement ou la diminution de la dimension religieuse dans la société européenne. Or, pour les migrants, cela est intriqué dans leur vie, plus que pour nous. 4) La spécificité française de la laïcité. De quoi s'agit-il ? Une acceptation de toutes les religions ou leur effacement ? Peut-on utiliser la religion comme un outil thérapeutique ? Tout le monde n'est pas d'accord là-dessus. (...) La prise en compte de la dimension culturelle de la maladie et du malade permet de réintroduire du sens. Puisqu'il y a deux causes à une maladie, il peut y avoir deux traitements. Le traitement de la cause naturelle, on sait faire. Les médecines alternatives sont complémentaires, sans doute liée à cette deuxième question à laquelle on ne répond pas. Sans doute aussi parce que la dimension religieuse s'est écartée de notre quotidien. S'intéresser à l'ethnomédecine, c'est s'intéresser à l'altérité et accepter qu'il y ait des différences entre nous. »*

La pluralité de la médecine commence ainsi, sous différents aspects à se manifester dans la vie quotidienne dans les services de soins. Les praticiens et

professionnels de santé se sensibilisent progressivement à cette nécessité de considérer « l'Autre différent » et le prendre en charge avec ses différences sans vouloir à tout prix le faire rentrer dans le moule occidental.

Prenons l'exemple de la revue éditée par la MNH à l'intention des professionnelles aides-soignants. Le thème du numéro de 2010 est « accompagner les patients de cultures différents ». Ce manuel explicatif est très intéressant en expliquant certains soins de bases à la lumière des cultures différentes. Articulé en 6 parties, il aborde :

- ♣ Les étapes de vie et leur spécificité
- ♣ Approche de l'hygiène et des soins du corps à travers les cultures
- ♣ Communiquer en situation transculturelle
- ♣ Approche interculturelle de la maladie mentale
- ♣ La place de la famille dans la prise en charge des patients de cultures différentes à l'hôpital
- ♣ Acquérir et développer la compétence interculturelle pour une pratique éclairée

Voici quelques exemples pour illustrer ces parties dans la fiche « Approche de l'hygiène et des soins du corps à travers les cultures ». Prenons l'item N° 2 de cette publication concernant l'approche de l'hygiène et des soins du corps à travers les cultures. (Annexe 4)

« Enveloppe charnelle aux multiples fonctions organiques, physiologiques, sociologiques, culturelles et religieuses, le corps est indissociable de la notion de personne. Les aides-soignantes, à la rencontre quotidienne du corps de l'Autre, effectuent des soins respectueux des valeurs culturelles et culturelles des patients

-Le corps à travers les cultures et les religions

Le corps a un rôle de vecteur social, psychologique, culturel et religieux. Moyens de communication et d'échange, les symboles et rituels de beauté ne sont pas les mêmes partout dans le monde.

♣ La place donnée au corps et à la maladie

■ *En Occident, le corps a une place sociale importante au-delà de sa dimension mystique. Il est soigné pour communiquer, séduire, démontrer une appartenance à un groupe*

et, de plus en plus, pour éviter la souffrance. La maladie est vécue comme une injustice et les soins se développent dans un esprit de lutte contre celle-ci.

■ *En Afrique subsaharienne, l'homme possède quatre corps interconnectés les uns avec les autres : visible (extérieur), c'est l'enveloppe qui permet de percevoir grâce aux sens, de se mouvoir et de communiquer ; invisible (intérieur), composé par la personnalité et l'identité ; individuel ; social et cosmique. Les soins au corps visent toutes ces dimensions. La maladie est l'œuvre de mauvais sorts ou d'ancêtres qui envoient un message. L'aide d'un sorcier ou l'utilisation d'amulettes sont possibles, même pendant l'hospitalisation.*

■ *Au Maghreb, le corps est stimulé depuis l'enfance par la mère, permettant une prise de conscience progressive de ses sensibilités. La maladie est l'œuvre du divin, d'un mauvais génie ou du "mauvais œil". Des rituels à base de sel ou d'eau de fleur d'oranger exorcisent le sort, comme la présence de talismans dans les vêtements.*

■ *En Asie, le corps est relié à l'esprit. La santé est l'équilibre de l'énergie interne et du Yin et du Yang. La maladie est le résultat d'une mauvaise gestion des émotions, mais aussi d'un mauvais sort quand la personne n'a pas su vénérer ses ancêtres.*

■ *Dans l'hindouisme, l'homme possède quatre corps : physique ; éthérique qui amène force et vitalité ; astral, c'est-à-dire du désir et de l'émotion ; mental, c'est-à-dire de l'âme.*

■ *Dans les trois religions monothéistes, le corps humain porte une étincelle divine. Enveloppe charnelle qui protège l'âme, il doit être l'objet de tous les soins pour préserver son intégrité. La maladie éprouve le corps mais rapproche du divin.*

▲ *Corps, pudeur et intimité*

La pudeur, comme l'approche de la nudité, est un phénomène social et culturel lié à la notion d'intimité. Les seuils de tolérance sont différents pour chacun mais le soignant doit savoir repérer les principales manifestations physiques de la pudeur : rougissements, accélération du rythme cardiaque et respiratoire, attitude de fuite (regard ou tête baissés), gêne ou stress, apparition d'un érythème dans le cou et sur la poitrine, agressivité et/ou refus de soins.

■ *Pour les catholiques, la pudeur apparaît dans la Bible quand Adam et Eve mangent le fruit de l'arbre défendu. Une nudité relative est tolérée, pour les bras et une partie des jambes.*

■ Dans l'islam, les hommes ne peuvent pas se dénuder du nombril aux genoux. Les femmes ne laissent généralement voir que leur visage et leurs mains aux hommes. Il est recommandé que les soins se fassent par une personne du même sexe. En cas de danger médical, ces prescriptions peuvent être levées.

■ Dans l'hindouisme, une femme se déshabille rarement complètement pour un examen médical et il est préférable que les soins soient prodigués par une personne du même sexe.

■ Dans le judaïsme, le respect, la pudeur et l'intimité amènent les femmes à se cacher de leurs conjoints à certaines périodes du mois.

-Hygiène et soins du corps lié aux coutumes, croyances et religions

Le corps des personnes rencontrées dans les services de soins s'exprime dans la maladie. Le soigner, comme le faisait la personne qui ne peut plus le faire seule, est une offre d'écoute bienveillante.

▲ L'hygiène corporelle

■ Dans l'islam, l'hygiène est ritualisée par les ablutions avant les cinq prières quotidiennes. Chaque partie du corps doit être lavée trois fois, avec la main gauche, car la droite, considérée comme pure, est utilisée pour manger. Cependant, la toilette et le rasage peuvent être commencés du côté droit. L'hygiène intime des hommes, comme, par exemple, la pose d'un étui pénien, peut nécessiter l'intervention du conjoint. Après miction et défécation, une toilette à l'eau est nécessaire.

■ Les femmes du Maghreb se lavent généralement avec du savon noir, à base d'huile d'olive, qui mousse très peu, et un gant de crin pour éliminer les impuretés de la peau. Les crèmes à l'eau de rose et l'eau de Cologne sont très utilisées. L'huile d'amande douce et l'huile d'argan hydratent le corps, y compris celui des bébés.

■ Les femmes d'Afrique subsaharienne, quant à elles, utilisent plutôt de l'huile de karité.

■ Dans le judaïsme, le respect strict du shabbat dégage la personne de ses exigences de la vie quotidienne et empêche l'accès aux moyens modernes de confort et de communication. Ainsi, du vendredi soir au samedi soir, le patient juif pratiquant ne peut utiliser le matériel de soin ni solliciter les soignants.

■ *En Asie, une place importante est accordée à l'hygiène des pieds. Le pied, divisé en zones réflexes, est la représentation miniaturisée du corps humain. À chaque zone correspond une partie du corps sur laquelle on peut agir par pression ou massage. La consommation de thé vert lutte contre le vieillissement cutané et l'huile de sésame nourrit et hydrate la peau.*

^ *Chevelure et pilosité*

■ *Dans toutes les cultures, la barbe et la moustache sont des symboles de virilité, de sagesse et de savoir.*

■ *En Europe, le rasage "de près" est considéré comme un critère de propreté.*

■ *Dans le judaïsme, le rasoir électrique est préféré pour éviter de faire couler le sang. Les cheveux sont sacrés : les hommes portent la kippa et les femmes portent une perruque ou un foulard. En période de deuil, il est interdit de les entretenir ou de les couper.*

■ *Au Maghreb, les femmes s'appliquent régulièrement du henné sur les cheveux pour les fortifier. Parfois, elles les enduisent d'huile d'olive pour les nourrir, avant de les recouvrir d'un foulard. L'usage du henné est religieux (aide à surmonter les problèmes du foyer), cosmétique (purifie la peau et fortifie les cheveux) et thérapeutique (vertus antifongiques, astringentes). Les poils sont intégralement épilés à la cire et sur l et sur le visage, un décolorant est parfois utilisé pour blondir le duvet facial.*

■ *En Afrique subsaharienne, les soins des cheveux nécessitent l'utilisation de produits à base de beurre de karité. En Afrique centrale, la pilosité des femmes est un critère de beauté.*

■ *En Asie, les hommes et les femmes ont peu de poils et n'y accordent pas d'importance particulière.*

Cas concret : *En service de pédiatrie, une aide-soignante s'occupe d'un enfant juif israélien de 2 ans. En lui donnant sa douche, elle s'aperçoit que ses cheveux sont trop longs pour les soins prodigués et décide de les lui couper. La mère de l'enfant arrive et se met à parler fort, en israélien, d'un air très agressif. L'aide-soignante ne comprend pas pourquoi. Il se trouve que la première coupe de cheveux d'un enfant juif est réalisée pour ses 3 ans au cours d'une*

fête rituelle où sont invités famille et amis. Avant cet âge, il est interdit d'ouvrir des ciseaux au-dessus de la tête d'un enfant, car, comme dans l'islam, cela porte malheur.

Conclusion : À l'hôpital, la réalisation des soins d'hygiène se pense surtout dans une logique de "propreté". Pourtant, les soins au corps, planifiés dans l'organisation sociale, sacrée ou religieuse de toutes les communautés, sont d'abord source de confort et de bien-être. Par exemple, en Europe, jusqu'au Moyen-Âge, les thermes permettaient les bains collectifs, comme les hammams, encore actifs de nos jours. En respectant les habitudes de vie culturelles et cultuelles du patient, le soignant lui confère un sentiment sécurisant et apaisant, celui de la légitimité.

D. Etude de la santé des migrants

En France, peu d'études se consacrent à la santé des migrants. Dans son article « Peut-on étudier la santé des migrants et des étrangers », D. Fassin, chercheur au Centre de recherche sur les enjeux contemporains en Santé Publique, explique que :

« La santé des immigrés et des étrangers est, en France, mal connue et peu étudiée. Dans toutes les statistiques sanitaires comme dans les recherches épidémiologiques, les critères de Nationalité et de naissance soit n'apparaissent pas du tout, soit ne font l'objet d'aucune analyse. L'occultation de ces variables habituellement justifiée par des raisons à la fois éthiques, politiques et même scientifiques, a cependant pour conséquence de laisser dans l'ombre des indications précieuses pour la mise en œuvre de politiques de santé publique.(...) Dans les données de routine, telles que celles produites par l'INSEE dans les enquêtes décennales sur la santé, par le Service commun de la mortalité de l'INSERM, par le Réseau national de santé publique sur les maladies à déclaration obligatoire, par les caisses d'assurance maladie sur la consommation de soins, pour n'en citer que quelques exemples, les critères de nationalité et de naissance apparaissent rarement et, lorsqu'ils existent au niveau du recueil de l'information, ne font guère l'objet d'exploitation et de diffusion. (...) [Les] distinctions de nature ethnique, culturelle et, bien entendu, raciale, elles n'apparaissent pratiquement jamais dans l'appareil statistique ou la littérature scientifique concernant la

Santé (...) Le thème paraît sensible, risquant notamment de favoriser un discours xénophobe sur le « danger » que représenteraient ces populations (cas de la tuberculose, du sida et des pathologies infectieuses pour lesquelles certaines catégories d'étrangers et d'immigrés présentent des taux plus élevés d'incidence) (...) Distinguer les Français et les étrangers ou les autochtones et les immigrés revient à supposer une valeur intrinsèquement explicative à ces deux variables, alors que l'on peut supposer que, pour beaucoup, les variables de nationalité et de naissance interviennent à travers des variables intermédiaires, essentiellement socioéconomiques (...) Au-delà de ces deux argumentaires, toutefois, et les englobant en quelque sorte, il y a une dimension idéologique plus générale, qui trouve son origine dans la construction historique de la culture politique nationale autour du modèle dit « républicain »

L'intérêt de l'étude des populations immigrées est double : comprendre les représentations des maladies au sein des populations permettrait de cerner les attentes des patients et d'évaluer l'état de santé de ces populations afin d'identifier les populations qui nécessitent une prise en charge différentes ou qui présentent des attentes différentes dans leurs demandes de soins médicaux. Dans son article « Culture, immigration et santé : la consommation de médicaments chez les vietnamiens », Marie-Eve Blanc et Laurence Monnais résument la problématique de la santé des immigrés avant de s'intéresser aux pratiques médicales des vietnamiens au Canada. Les populations immigrées au Canada ont, à leur arrivée dans le pays un meilleur état de santé. Ceci est en partie lié à la sélection des immigrés à leur entrée dans le pays. Les immigrés autorisés à résider dans le pays sont souvent des personnes en bonne santé qui viennent pour travailler. Leur état de santé se dégrade en parallèle à l'allongement de leur durée de séjour dans le pays avec une prévalence plus élevée de problèmes chroniques, de handicaps et d'habitudes de vie à risque (Chen et Coll. 1996). Les facteurs potentiels expliquant cette dégradation de leur état de santé sont les suivants : le type d'immigration en particulier le statut de réfugiés (Bibeau et coll. 1992), le temps d'immigration jouant sur l'intégration sociale au sein du pays (Chen 1996), l'acculturation, et l'ethnicité lorsqu'elle ne repose pas sur des valeurs occidentales (Bibeau et coll 1992). A ces facteurs s'ajoutent ceux expliquant la détérioration de la santé de la population générale : milieu socio-économique, être une femme et l'augmentation en âge (Dunn et Dyck, 2000). L'impact d'une sous-utilisation des services hospitaliers en médecine préventive et en médecine mentale a été également constaté par certaines études qualitatives (Hyman 2000, Globermann 1998)

La pluralité de la médecine est également un facteur explicatif de la détérioration de la santé au sein de populations immigrées. Le Canada promeut une politique de multiculturalisme

également en matière de santé (Loi sur le multiculturalisme canadien L.R. 1985 chapitre 24). De ce fait la loi sur les Produits de Santé Naturel permet aux médecines traditionnelles depuis 2004 d'avoir un cadre réglementaire pour leur pratique. Au Canada, la réflexion actuelle des institutions de santé est autour de la structuration d'une offre sanitaire de type intégrative permettant de choisir de façon égalitaire entre les médecines complémentaires et la médecine occidentale. Il est donc intéressant d'étudier la pratique des populations immigrées (Singh & Levine 2005)

Les statistiques fournies par l'Enquête Nationale de la Santé de la Population ne mettent pas en évidence de différences majeures dans la consommation médicamenteuse des populations immigrées par rapport à la population générale. Cependant dans certaines régions du Canada, il semble que les immigrants consomment moins de médicaments (Chamberland 2000), notamment au sein de la minorité chinoise (Pica, 2004). En parallèle, il existe une réelle pratique d'automédication, d'inobservance et de pluralisme médicale du côté des immigrés et surtout du côté des immigrés asiatiques. Plusieurs études ont mis en évidence l'importance des circuits parallèles de distribution des médicaments et d'échanges entre les pays d'origine et les pays d'accueil (Lam 1994, Wong 1998, Okumura 2002). Une des explications pour le développement de ces pratiques parallèles seraient les difficultés d'accès aux soins soit en lien avec des obstacles culturels soit en lien avec des difficultés socio-économiques. Les femmes semblent plus concernées par l'automédication et le pluralisme médical.

Le numéro thématique du BEH du 17.01.2012 traite de la Santé et le Recours aux soins des migrants en France. L'INSEE répertorie le nombre de migrants en France à la fin des années 2000 à environ 5,3 millions d'immigrés soit 8.4% de la population. Une revue de la littérature réalisée par C. Berchet et F. Jusot met en évidence des disparités selon le pays d'origine ainsi qu'un moindre recours aux soins de la population immigrée. Dans les années 1980 l'état de santé des immigrés était meilleur que celle de la population générale. Cette tendance s'est vue inversée après les années 2000 témoignant d'une dégradation de la santé des immigrés. Ces inégalités sont cohérentes avec, au sein des populations immigrées, un plus grand renoncement aux soins. Cette inégalité se retrouve également dans le domaine de la médecine préventive. Ainsi la couverture vaccinale en DTP est moins importante au sein de la population ibérique et maghrébine qu'au sein de la population française. Ce constat est identique pour le frottis cervico-vaginal par exemple.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer les inégalités de santé liées à la migration :

- ⤴ Les emplois pénibles plus souvent occupés par des personnes immigrantes « effet d'usure »
- ⤴ Le taux de chômage deux fois plus élevé au sein de la population migrante par rapport à la population générale
- ⤴ Le stress important lié à la migration
- ⤴ Les facteurs culturels et informationnels renforcent la dégradation de l'état de santé des immigrés avec une moindre connaissance du système ou la moindre maîtrise de la langue.

L'enquête trajectoire et origine de 2008 met en évidence que les immigrés âgés de 18 à 60 ans déclarent être en plus mauvaise santé que les personnes de la population générale. Mais il existe des disparités au sein même de la catégorie immigrée en fonction de l'origine et du parcours migratoire des individus. Par exemple, en France, les immigrés d'origine portugaise ou turque sont ceux qui déclarent le plus mauvais état de santé. Pour le premier, la cause est probablement le faible niveau de qualification associé à une pénibilité de l'emploi et pour les seconds il s'agit d'un cumul de précarité sur le territoire métropolitain.

Le VIH, la tuberculose et l'hépatite B : ces trois pathologies ont une prévalence importante dans certaines régions du monde. Une étude a été menée par l'INVS afin de décrire le poids de ces pathologies au sein de la population immigrée. En 2009, 6700 nouveaux cas de séropositivité VIH ont été diagnostiqués ainsi que 5276 cas de tuberculose maladie. La moitié de ces cas sont des migrants. De même sur les 1715 cas d'hépatite B diagnostiqués deux tiers concernaient des migrants. Le diagnostic et la prise en charge de ces pathologies est souvent retardés au sein de la population immigrée. Un dernier exemple de spécificité ethnique, celui de la santé mentale. La prise en charge des communautés migrantes lorsqu'il s'agit de la santé mentale présente actuellement des lacunes. La raison fondamentale réside dans l'interprétation de la notion d' « être en bonne santé selon les différentes communautés. Une étude réalisée au Canada au sein de femmes immigrées de la nouvelle Ecosse montre que leur conception de la santé n'est pas celle de l'absence de maladie, définition qui est communément admise en Europe et en Amérique du Nord, mais plutôt un équilibre physique, social et émotionnel. D'autres études ont montrés que la perception de la santé mentale dans différentes cultures repose sur l'équilibre social. Dans la communauté hispanique, elle est attribuée à un déséquilibre des relations sociales. Dans la communauté asiatique, l'expression utilisée est celle de « God's will ». L'étude de la santé des migrants en les différenciant de la population générale présente l'intérêt d'identifier les problématiques spécifiques à la lumière

de l'influence culturelle de ces communautés et de les prendre en charge de manière plus spécifiques et donc plus efficace. En France, les données recueillies au sein des dispositifs de soins du Comede (Comité médical pour les exilés) permettent de décrire les psycho-traumatismes dans les populations exilées. Entre 2004 et 2010, parmi les 17836 cas recensés, plus de 60% avaient subi des violences dans leur pays d'origine ayant comme conséquence un psycho-traumatisme avéré.

e. La population indienne en France

Dans son article « la présence indienne en France : les facettes multiformes d'une immigration invisible », V. Vuddamalay brosse un tableau de la présence indienne en France : « *La présence indienne en France est composite. Les différences de provenances géographiques, de pratiques religieuses et de systèmes politiques des pays d'origine, n'ont pas empêché leur concentration au cœur d'un secteur d'emploi caractérisé par le travail au noir : l'industrie de l'habillement au Sentier. Ce pôle d'emploi, explique l'émergence d'un « territoire ethnique indien » dans le Xe arrondissement de Paris, où se multiplient commerces ethniques et réseaux associatifs. Les musulmans en provenance du sous-continent indien constituent une « élite religieuse » de l'Islam en France, consolidée par des bases d'appui en Grande-Bretagne. Ils donnent de l'immigration indienne l'image d'un Islam militant. Cependant, la majorité des immigrants du monde indien reste hindouiste. Certains d'entre eux, par rapport aux vagues récentes de migrants insérés dans les emplois informels, ont un long passé d'immigration en France. Les Tamouls, originaires des ex-comptoirs français en Inde et des DOM-TOM ont la nationalité française. Ils sont majoritairement dans la fonction publique et pratiquent un mélange d'hindouisme et de christianisme. Les Tamouls de l'Ile Maurice, pour leur part, sont parmi les pratiquants les plus actifs de l'hindouisme.* » (Vuddamalay, 1989)

(Jones, 2003)

Anne Hoyez, chargée de recherche au CNRS de Poitiers s'est intéressé à cette population.

Dans l'étude que nous allons présenter par la suite, les auteurs ont étudié :

♣ Le recours à l'Ayurveda par la population migrante originaire du sous-continent indien : est-ce que le système de santé migre en parallèle avec la population ?

♣ Quels sont les dynamiques transnationales qui contribuent à la reconstruction de l'Ayurveda

Etude : « L’Ayurveda, c’est pour les Français ». Interroger, recours aux soins, systèmes de santé et expérience migratoire. A. Hoyez, Chargée de recherche CNRS de Poitiers, paru dans La revue européenne des migrations internationales en 2012

Il semblerait, d’après ce travail, que la dynamique de migration de la médecine ayurvédique ne passe pas par le flux migratoire.

Des entretiens semi-directifs avec des praticiens de l’Ayurveda ont été menés ainsi qu’avec trois médecins généralistes originaires de Pondichéry et installés en Ile de France, et deux thérapeutes sri-lankais avec un diplôme reconnu dans leur pays d’origine. Une autre série d’entretien a été réalisée auprès d’une quinzaine de sujets originaires du sous-continent indien.

En analysant les résultats plusieurs points clefs ont été établis :

^ Les praticiens de l’Ayurveda sont pour la plupart des thérapeutes d’origine française et ne ciblent pas les populations indiennes mais la population française. Une grande part de l’activité est centrée autour des troubles anxieux des malades.

^ Deux médecins d’origine sri-lankaise, immigrés en France avec un statut de réfugié politique exercent l’Ayurveda. La population qu’elle cible est ici aussi une population française qui selon eux est plus réceptive à l’Ayurveda et qui a aussi la possibilité financière d’y accéder.

^ Des propos ont été rapportés par certains praticiens de l’Ayurveda concernant des « la présence de praticiens venus d’Inde, qui pratiqueraient dans l’illégalité, à destination de migrants. Un phénomène souvent désigné comme « pratique communautaire » »

^ Les migrants pensent eux-mêmes que la pratique de l’Ayurveda est « réservée aux français » et ils optent plus facilement pour la biomédecine.

PARTIE III : ETUDE AU SEIN DE LA POPULATION MIGRANTE

I. Introduction

Dans la partie I de notre travail nous nous sommes attachés à expliquer dans un premier temps les origines et fondements de l'Ayurveda. Dans un deuxième temps nous nous sommes préoccupés des aspects pratiques de la médecine ayurvédique à la fois dans l'examen clinique et dans les prises en charges. Nous avons pu étudier, à l'aide de quelques cas cliniques, les différences dans la prise en charge des pathologies ainsi que les représentations des maladies au sein de la pensée ayurvédique. Enfin, nous avons réalisé une synthèse de la littérature scientifique. Cela nous a permis de voir, que malgré le défaut de preuve de ces études, il existe un réel potentiel dans l'étude de certaines substances ayurvédiques en termes d'efficacité d'action, ce qui pourrait rendre légitime l'utilisation de l'Ayurveda en parallèle de la médecine occidentale après une évaluation rigoureuse. Dans la partie II nous nous sommes préoccupés des utilisateurs contemporains en Occidents de l'Ayurveda en exposant dans un premier temps des études globales sur les médecines complémentaires et dans un second temps une étude plus spécifique à l'Ayurveda. Dans son travail, A. Hoyez, chargée de recherche au CNRS de Poitiers, montre que l'utilisation du système de soin du pays d'origine n'est pas retrouvée en immigration au sein de la population migrante indienne. Elle est même sous représentée parmi ceux qui recourent à l'Ayurveda. L'hypothèse de l'auteur est qu'il existe probablement une difficulté d'accès aux soins au sein de cette population marginalisée. Par ailleurs nous avons constaté dans notre deuxième partie, l'existence de l'influence de la culture sur la représentation des maladies ainsi que sur l'adhésion du patient au thérapeutique proposé par le médecin.

L'objectif de notre travail est de déterminer les raisons potentielles pour lesquels les migrants d'origine indienne ont moins recours à la médecine ayurvédique en France que dans leur pays d'origine et les facteurs expliquant leur intégration ou absence d'intégration dans le système de santé national. Cela nous permettra d'aboutir à une meilleure connaissance des pratiques de consommation en matière de santé et de médicaments de cette communauté dans un environnement culturel très différent de leur environnement natal. Nous voulons identifier et analyser les différents types de pluralisme médicaux ayant cours au sein de cette communauté et en identifier les déterminants qui influencent la pratique. Nous allons essayer de comprendre aussi l'influence de la culture pré migratoire individuel et collective ainsi que le rôle de l'expérience d'immigration selon la durée d'immigration et le type d'émigration. Enfin nous allons étudier évaluer si les patients retrouvent un l'intérêt à apporter un

pluralisme médical dans la pratique de la médecine expérimentale dans le contexte de l'ayurvéda.

II. Matériels et méthodes

a. La population étudiée

Les personnes incluses dans l'étude sont des personnes dont l'âge est supérieur à 18 ans, originaire soit du Sri Lanka, soit de l'Inde du Sud. Les personnes seront incluses au hasard. L'échantillon de population obtenu devra être le plus homogène possible.

b. La méthodologie

L'exercice de la médecine générale de par sa complexité ne se prête pas toujours aux grandes études randomisées notamment quand il ne s'agit pas d'évaluer un résultat objectif. La question que nous soulevons dans notre travail est relative à une étude du comportement des patients. Les facteurs que nous souhaitons analyser sont difficilement quantifiables. Il s'agit en l'occurrence d'une analyse des comportements médicaux d'une sous population et des facteurs explicatifs influençant ces comportements. On se dirige plus vers une analyse ethnographique des comportements médicaux.

La méthode qualitative est adaptée à ce type d'études. Les méthodes qualitatives sont bien appropriées pour l'étude des opinions et des comportements et se justifient donc dans notre travail qui va évaluer les motivations des patients. Le sociologue français Jean François Kaufmann disait : « les méthodes qualitatives ont pour fonction principale de comprendre plus que de mesurer ». Ces méthodes privilégient l'étude d'un petit nombre de sujets. Les résultats obtenus feront l'objet d'une analyse interprétative plutôt que statistique. Les analyses statistiques conviennent aux méthodes quantitatives qui travaillent sur un échantillonnage plus important avec un outil d'évaluation standardisé.

c. Les entretiens

↳ Choix de l'échantillon

Un échantillon de quelques personnes permettra de mettre en exergue les différentes tendances comportementales. L'utilité d'un grand nombre de sujet n'est pas indiquée dans ce type d'étude.

Nous inclurons au hasard de personnes majeures migrantes d'origines indienne ou sri-lankaise acceptant de répondre à nos questions concernant leurs habitudes médicales.

^ Les entretiens

Des entretiens semi-directifs seront réalisés à la fois pour permettre aux personnes interrogées d'exposer sans contrainte leurs opinions et à la fois pour permettre de centrer le dialogue sur différents thèmes définis au préalable.

^ Les thèmes à évoquer

L'analyse bibliographique de sujet a permis d'identifier plusieurs thèmes qui seront à aborder au cours de l'entretien. Si l'interviewé ne les aborde pas spontanément, des « probes ou questions de relances » seront utilisés par l'enquêteur afin de faire un entretien des plus exhaustifs.

Les thèmes à aborder seront les suivants :

^ Les motifs de recours à la médecine expérimentale et à la médecine ayurvédique (antécédents, traitement entrepris...)

^ L'évolution de leur suivi médical entre leur pays d'origine et la France s'ils sont migrants

^ Les obstacles à l'accès aux soins pour chacune des deux médecines

▪ Le coût de la médecine expérimentale et de la médecine ayurvédique

▪ L'accès aux consultations et aux produits

▪ La pratique de la langue française.

▪ L'efficacité et les résultats qu'ils attendent des deux types de médecine

^ Leur ressenti vis-à-vis de leur intégration dans le système de santé français

^ S'ils ont recours à la médecine ayurvédique, les modalités de pratiques

^ La situation financière et couverture sociale des sujets interviewés

Le déroulement de ses entretiens semi-dirigés a été établi de la manière suivante après un résumé de l'étude :

- ^ Pourriez-vous vous présenter ?
- ^ Quels sont vos antécédents médicaux ?
- ^ Pour quelle raison consultez-vous le médecin habituellement ?
- ^ Dans votre pays d'origine, comment se passait le suivi de votre santé ?
- ^ Consultez-vous un thérapeute ayurvédique ? et maintenant ?
- ^ Pour quelles raisons consultez-vous ou ne consultez-vous pas un médecin spécialisé en médecine ayurvédique.
- ^ Quelles sont vos opinions sur la médecine ayurvédique et la médecine occidentale ?
- ^ L'efficacité des 2 médecines et leur coût
- ^ Avez-vous connaissance de l'existence en France de thérapeute ayurvédique ?
- ^ Quels sont vos revenus ? Avez-vous la sécurité sociale ? une mutuelle ? la CMU ?

d. Analyse des résultats

On estime entre 10 et 20 le nombre d'entretien nécessaire pour arriver à la saturation des données. L'analyse qui sera menée sur ces réponses sera une analyse descriptive.

Nous utiliserons un tableur Excel afin de faciliter l'analyse des données. Nous recenserons les thèmes récurrents ce qui nous permettra de mettre en évidence les traits comportementaux de cette catégorie de population migrante.

e. Les biais

De par sa structure d'étude, la méthode qualitative comporte des biais. Pour tenter de s'affranchir au maximum des biais nous allons utiliser 3 méthodes :

- ^ Les entretiens seront menés que par une seule personne
 - ^ La retranscription des données sera réalisée par une deuxième personne n'appartenant pas au milieu médicale (secrétaire)
 - ^ Une tierce personne extérieure au milieu médical et absente lors des entretiens définira les différents thèmes généraux retrouvés.

Nous obtenons ainsi une triangulation des résultats permettant d'avoir un œil des plus neutres sur l'analyse des résultats.

III. Résultats

a. Population étudiée

L'échantillon de population a été réalisé de façon à réunir un panel large et diversifié. L'analyse sociologique de la population du sous-continent indien révèle que la majorité de la population est originaire du Sri Lanka, et constitue une migration depuis les années 80. Cette minorité évolue sur un mode très communautaire pour la première génération. Concernant la population indienne, l'immigration est plus ancienne et plus intégrée. Afin d'avoir une diversité au sein des sujets interrogés une première série d'entretien a été réalisée avec quelques sujets pris au hasard au sein du « quartier indien » de Paris autour de gare du Nord. Une deuxième série d'entretien a été réalisée en contactant des personnes dont le profil diffère de ceux interrogés dans la première série. Une troisième série d'entretien a été réalisée au sein du personnel de l'ambassade du Népal.

La population étudiée présente les caractéristiques suivantes : (voir annexe pour le tableau descriptif de la population)

17 entretiens ont été réalisés. Les caractéristiques de personnes interviewées sont les suivantes :

- 9 femmes, 8 hommes

- L'échantillon d'âge est diversifié avec des âges compris entre 21 et 69 ans.

- 3 des interviewés sont nés en France, 10 des interviewés résident en France depuis plus de 10 ans, dont 4 depuis plus de 20 ans.

- 4 interviewés sont en France depuis moins de 10 ans.

- 5 interviewés sur 17 ont une bonne maîtrise de la langue française, 5 autres ont un niveau de compréhension correcte mais avec des difficultés d'expression et les 7 autres ont une faible connaissance de la langue française.

- sur les 17 interviewés, 2 personnes ne sont pas en situation régulière, et 8 ont la nationalité française. Les 7 autres sont soit réfugiés politiques, soit sont immigrés pour raison économique.

- 3 sont étudiants, résidant chez leur parents, 2 travaillent par intermittence au noir car ils n'ont pas d'autorisation de travail, 3 sont femmes ont foyer, un homme est reconnu invalide, les 8 autres sont salariés.

- parmi les foyers interrogés, seul 3 foyers sont imposables.

- 50% des personnes interrogés ont fait un aller-retour dans leur pays d'origine sur les 5 dernières années.

b. Appréciation subjectif de leur état de santé

1. Les femmes

Les femmes interrogées sur leur état de santé rapportent être en moins bonne santé en France que dans leur pays d'origine. Notamment elles témoignent d'une plus grande solitude et d'un plus grand isolement. En effet le système de vie qu'elles avaient donnait moins lieu à un isolement social alors qu'en France, d'une part par rapport à la barrière de la langue et d'autre part par rapport à l'éloignement des différentes personnes constituant leur cercle social, les femmes se retrouvent plus isolées. Elles ne consultent pas le médecin systématiquement en cas de maladie parce que cela demande une organisation plus compliquée. Par exemple elles ont besoin d'avoir un interprète, éventuellement leurs enfants les accompagnent et traduisent pour elles. Cela crée un frein à la consultation pour des éléments tels la contraception ou les problèmes gynécologiques ou urinaires.

F1 « Ici on n'a pas les mêmes conditions de vie, je peux pas aller me promener, aller voir mes amis quand j'en ai envie parce que ici il faut travailler ; au pays on n'avait pas de souci d'argent, les femmes s'occupent de la maison et l'homme travaille. On pouvait rencontrer nos amis qui étaient juste dans le voisinage alors qu'ici c'est loin »

Les femmes consultent moins le médecin. Elles ont tendances à utiliser plus souvent des méthodes de traitement naturel repoussant ainsi le moment de la consultation.

F1 « c'est mes enfants qui viennent traduire chez le médecin... je ne peux pas tout dire ; alors quand j'ai la chance de trouver un médecin comme vous par exemple qui parle le tamoul j'en profite pour lui parler de tous mes problèmes de femmes »

Elles ont le rôle de soin pour la famille c'est à dire que c'est souvent elles qui gèrent la prise en charge des traitements et des soins de la famille. Elles s'occupent de la gestion de la santé des

enfants et des traitements de l'homme du foyer. En ce point la pratique reste identique en France et dans leur pays d'origine.

F2 : « mon mari il a le diabète, alors il ne fait rien. C'est moi qui prépare les médicaments etc. (...) c'est comme ça partout, c'est à nous (les femmes) d'organiser tout »

L'état de moindre bonne santé ressentie par les femmes est lié à une sensation de mal être plus qu' à une plus grande prévalence de maladies.

2. Les enfants

Les enfants des personnes interrogées sont suivis par la PMI. Ils ont très peu de traitements non prescrits par le médecin traitant. Dès qu'ils présentent des symptômes, les enfants sont emmenés chez le médecin traitant ou aux urgences hospitalières. Cependant sont rapportés des comportements de prévention et de prise en charge religieuses de certaines maladies. Par exemple, selon les croyances, la varicelle est une expression d'une maladie liée à un manquement dans le culte lié à Amal. De ce fait, les enfants qui ont la varicelle restent à l'abri à la maison, sans contact avec le monde extérieur et avec un rituel de purification par des ablutions au 5ème jour. Ces pratiques viennent toujours en compléments et non en remplacement des prises en charges de la médecine expérimentale.

F3 « quand mes enfants sont malades, je les emmène tout de suite à l'hôpital, on ne sait jamais. Ici il y a plein de maladie qu'il n'y a pas au Sri Lanka.... J'ai l'enfant de mon amie qui est décédé car il avait de la fièvre, on ne sait pas pourquoi.... On préfère qu'il voit le médecin parce qu'on ne sait pas comment ça fonctionne dans le corps de l'enfant »

3. Les hommes

Les hommes se sentent également en moins bonne santé. Ils rapportent également que le retour dans le pays d'origine est lié à une amélioration des signes de fatigue et ils constatent que les personnes qui résident au Sri-Lankais par exemple ont l'air en meilleure santé qu'eux même. L'explication qu'ils donnent est liée à une meilleure activité physique qu'ils ne peuvent pas avoir en France.

H3 : « l'air est plus sain au Sri Lanka, on a une vie plus saine. Là-bas dès qu'il y a un souci avec le corps on commence à le traiter avec des huiles, des décoctions ...ici on attend d'être malade pour voir le médecin, alors la guérison est plus longue parce qu'on a laissé le mal

s'installer dans le corps et parfois on guérit pas (...) les liquides néfastes s'installent dans le corps parce qu'on ne mange pas correctement, »

Les personnes interrogées pensent être en moins bonne santé en France que dans leur pays d'origine. Cette sensation n'est pas liée à une moins bonne prise en charge médicale mais plutôt liée à des habitudes de vie différents ainsi qu'à une renonciation à avoir recours au médecin pour des raisons de barrière de la langue, de pudeur à faire traduire des problèmes de santé intimes et une difficulté à trouver des interprètes ou à des difficultés à pouvoir rémunérer les interprètes disponibles.

c. La différence entre les premières générations et les secondes générations

Les personnes nées en France ou arrivées en France dans leur jeunesse, ne reconnaissent pas la médecine ayurvédique comme étant un premier recours. Pour cette catégorie de personnes, la médecine traditionnelle est la médecine des anciens, de leurs parents immigrés en France. Plusieurs évoquent la médecine de « ceux qui ne font pas confiance à la médecine occidentale ». Ces jeunes constatent tout de même que cette médecine est une médecine de premier recours et que les parents finissent par consulter le médecin généraliste. Certains rapportent la confiance plus marquée des parents dans cette médecine ayurvédique plus que dans la médecine expérimentale qu'ils trouvent trop agressive et qu'ils critiquent plus facilement. Les insuffisances de la médecine ayurvédique, quand elle ne suffit pas à soigner un mal, ne sont pas mises en exergue alors que celle de la médecine expérimentale sont bien plus critiquées

H6 : « A la maison, quand on a de la fièvre on a le droit à l'infusion de coriandre (...) je ne sais pas si ça marche mais les parents en tout cas y croient. On a l'impression qu'ils ont peur d'aller voir le médecin, que celui-ci va les rendre encore plus malade »

F7 « Quand ils sont malades, ils reviennent de chez le médecin, et si le lendemain ils ont encore les symptômes, ils critiquent toujours le médecin en disant que celui-ci n'a pas su diagnostiquer où réside le « ni » (mauvais liquide) Et que s'ils avaient vu un médecin du village ça aurait été plus rapide »

Pour les migrants de première génération, la pratique de la médecine ayurvédique répond à un besoin de maîtrise et d'action sur leur propre santé. Ils ne souhaitent pas uniquement guérir avec les médicaments qu'on leur prescrit. Ils cherchent aussi à combattre l'origine de la maladie et non pas que les symptômes et peut être ainsi s'affranchir des médicaments prescrits comme dans le cadre du diabète et du cholestérol. La plupart des individus interrogés considèrent que les traitements de la médecine expérimentale comporte plus d'effets indésirables. L'image de l'inéluctable accumulation des médicaments dès qu'un traitement est initié est aussi une des représentations qu'ils ont de la médecine expérimentale. Aux traitements instaurés par le médecin traitant, les sujets rajoutent des pratiques leur permettant d'agir sur les causes qu'ils estiment être à l'origine des maladies.

H4 « Pour une maladie j'ai 4 médicaments et c'est comme ça pour tout le monde ! ce n'est pas normal ! et le médecin dit toujours qu'il faut que je mange moins de sucre.... Alors que je n'en mange plus, donc il doit y avoir une autre raison »

F3 « Quand on a la diarrhée par exemple, on mange de l'ail pour rééquilibrer les éléments à l'intérieur du corps »

A travers les interviews, le discours de la première génération d'immigrés ne confirme pas l'opinion des jeunes. C'est-à-dire que les jeunes ont l'impression que leurs parents font plus confiance à la médecine traditionnelle. Or les « parents » interrogés soulignent bien que leur confiance en la médecine expérimentale n'est pas altérée. Par contre ils avouent être plus critiques envers les échecs et les manquements de la médecine expérimentale plus que de la médecine traditionnelle qu'ils considèrent comme étant une plus-value.

d. Le pluralisme médical appliqué à la population immigrée du sous-continent indien

Le pluralisme médical s'exprime chez les patients originaires du sous-continent indien par une composition des deux médecines. Ils attribuent à chacune des deux médecines des rôles différents ce qui permet de les concilier dans la pratique quotidienne. Le pluralisme permet de pallier ce qui est rendu difficile d'accès par rapport à la médecine occidentale.

La médecine ayurvédique répond à une demande de médecine préventive et de médecine de dernier recours. Parmi ceux qui ont recours à la médecine ayurvédique, qu'ils nomment plus communément la « médecine des anciens », les motifs de recours sont les suivants

- ⤴ Prévenir la survenue de certaines maladies comme le diabète, le cholestérol etc. Les personnes interviewées rapportent que, grâce à une consommation régulière de certaines plantes, ils essayent de retarder l'apparition de ces maladies chroniques surtout quand des membres de la famille sont atteints.

H4 « ma femme me prépare plusieurs fois par semaine des « Kainji » (une sorte d'épinards) car ça agit sur le sucre et les graisses et comme ça je vais peut-être dans un an ne plus avoir de traitement pour le diabète »

- ⤴ Améliorer les manifestations des maladies chroniques afin de s'affranchir ou de diminuer les médicaments pharmaceutiques prescrits par le médecin généraliste. Il s'agit d'une prévention secondaire. Les patients, quand ils sont atteints de maladies chroniques, modifient leurs comportements alimentaires, avec comme objectif de contrôler la maladie afin de diminuer les traitements médicamenteux que leur prescrits le médecin.
- ⤴ Trouver une solution pour les maladies pour lesquels la médecine expérimentale n'a pas été suffisamment efficace. L'exemple donné par un des sujets est celui de l'arthrose. L'un des sujets dit avoir recours aux massages quand il rentre dans son pays d'origine afin de soulager ses douleurs articulaires et avec une efficacité incontestable. (Dans mon expérience personnelle, j'ai constaté certaines familles retourner dans leur pays pour une durée de quelques mois afin de tenter de guérir les séquelles de l'AVC par exemple, ou du retard mental de leur enfant.
- ⤴ Essayer de limiter le nombre de médicaments à prendre. C'est-à-dire que certains interviewés espèrent qu'en suivant les bonnes règles de la médecine traditionnelle, ils pourront peut-être contribuer à diminuer leur médication. Cet aspect est surtout retrouvé chez des personnes diabétiques.

e. Les différentes méthodes de pratique

Aucun des participants n'a recours à un thérapeute ayurvédique. Certains ne connaissent même pas l'existence de ces praticiens. Pour d'autres, les thérapeutes en France ne sont pas des « vrais médecins » mais des personnes qui profitent de l'effet de mode où on s'intéresse à l'Inde. Aucun des sujets interrogés ne souhaitent recourir à ces thérapeutes.

- ♣ Une pratique de médecine préventive : la prévention par l'équilibre alimentaire dont les principes sont transmis de génération en génération.

« Mon père et mon frère sont diabétiques. J'essaye de manger beaucoup de concombre amer pour éviter que ça ne m'arrive »

« Tous les matins je consomme une cuillère de miel dans un petit fond d'eau chaude. Cela permet à mon organisme d'être plus fort »

- ♣ Les remèdes connus, remèdes de grand-mère : lorsque certains symptômes apparaissent, des médicaments transmis par tradition orale sont utilisés.

« Quand j'ai de la fièvre, je bois une infusion de coriandre qui me permet de guérir de cette fièvre »

- ♣ Les émissions de télé et de radio : De nombreuses chaînes de télévision et de radio diffusées en Europe ont vu le jour depuis le milieu des années 90. Certaines émissions ont été créées où un médecin ayurvédique diplômé répond aux différentes questions des spectateurs. Les questions sont posées en direct par appel téléphonique. Les questions sont très variées. Celles qui sont redondantes concernent surtout les problèmes de diabète, de stérilité, d'acné, de douleurs articulaires et de migraines.
- ♣ Le retour au pays pour certaines pathologies : Cette attitude est recensée chez 2 sujets dont les plaintes principales concernent des gonalgies dans le cadre d'une arthrose. Le motif principal de retour dans leur pays est pour bénéficier des soins de massage à base d'huiles « spéciales » dont ils constatent l'efficacité.
- ♣ L'importation de médicaments ayurvédiques en provenance de leur pays n'est pas majoritaire

f. Les obstacles à l'accès à la médecine traditionnelle

Les raisons pour lesquels ils n'ont pas recours à la médecine ayurvédique sont les suivants :

- ♣ La médecine ayurvédique est intéressante pour prévenir les maladies, mais une fois le mal installé, l'efficacité des médicaments prescrits par le médecin généraliste est rarement contestée. De plus, le besoin d'être vu, examiné par un médecin est une étape de la guérison, or en médecine ayurvédique les immigrés ne bénéficient pas de cet examen clinique. Donc à défaut de pouvoir faire autrement, les patients consultent un médecin occidental.
- ♣ Tant que la médecine expérimentale soigne la maladie, les patients immigrés y ont recours. Quand elle ne leur suffit plus, dans certains cas, ils ont recours à la médecine ayurvédique et souvent au prix d'un retour de quelques semaines dans leur pays d'origine.
- ♣ Il n'y a pas d'offre de soins ayurvédiques qui leur est destinés et ils ne considèrent pas les thérapeutes actuellement existants en France comme de vrais thérapeutes de la médecine ayurvédique
- ♣ Les produits qu'ils pourraient utiliser ils ne les trouvent pas tous en : France. Parfois certains se les procurent lors d'un retour au pays mais comme c'est souvent des denrées périssables l'approvisionnement est difficile.
- ♣ Les questions pédiatriques ainsi que la prévention des maladies infantiles sont exclusivement réservés à la médecine expérimentale. Parmi les mères interrogées, quelques-unes utilisent des remèdes à bases de plantes mais c'est toujours en association avec les traitements prescrits par le médecin généraliste.

Aucun des individus interrogés dans notre panel n'a recours à un thérapeute de la médecine ayurvédique. Parmi les raisons pour lesquels les immigrés ne consultent pas les thérapeutes de médecine ayurvédique, on retrouve mentionnés les éléments suivants :

- ▲ Certains ne connaissent pas l'existence de ces thérapeutes. Quand on leur explique les différents types de thérapeutes que l'on trouve en France, et qu'on leur présente des prospectus, la plupart des réactions sont les suivantes :
 - Ce ne sont pas des vrais thérapeutes comme au pays, ils n'ont pas leur connaissance
 - Ce n'est pas pour nous, c'est pour les français
 - C'est cher, je préfère aller voir mon médecin, au moins je suis sûr d'avoir un vrai médicament
 - Ce ne sont pas des vrais massages
 - Ils ne connaissent pas les vraies techniques de massages

- ▲ Certains considèrent que ce n'est pas pour eux. Ils y font référence comme un produit de luxe qui cible uniquement les occidentaux qui sont à la recherche d'une « mode indienne ». Un des individus interrogés effectue une corrélation intéressante entre la mode de l'indianité, la recherche de la relaxation, de la gestion du stress.

Le fait que la plupart des individus interrogés ne connaissent pas ces thérapeutes n'a rien d'étonnant. Dans son étude, A. Hoyez constatait que la population cible des thérapeutes de l'ayurvêda, qu'ils soient de formation occidentales ou qu'ils aient un diplôme reconnu par le ministère AYUSH en Inde, étaient exclusivement la population occidentale et non la population migrante.

g. Le recours à la médecine expérimentale

Les raisons fréquemment citées par les personnes interviewées concernant la raison pour laquelle ils consultent plus facilement un médecin généraliste sont les suivantes :

- ▲ **Leur confiance** pour traiter les symptômes de la maladie. Il existe a priori un communautarisme dans la consultation c'est-à-dire que la réputation d'un médecin se transmet de bouche à oreille et les personnes ont tendance à aller consulter le médecin conseillé par leurs proches, même si géographiquement ce n'est pas le plus proche.

- ♣ **La facilité d'accès.** Malgré la barrière de la langue et le handicap que cela crée pour se soigner, la plupart des personnes interrogées ont l'impression que l'accès aux soins et aux médicaments est facile. Rare sont ceux cependant qui ont recours aux médecins spécialisés dans notre enquête. La facilité d'accès concerne notamment le médecin généraliste, les urgences et les traitements facilement accessible en pharmacie.
- ♣ **Le remboursement des soins voire la gratuité des soins :** Cet aspect motive la plupart des patients à consulter sans forcément essayer de passer le cap par des traitements naturels. En dehors des femmes qui ont tendances à retarder leurs consultation en palliant à leurs symptômes par des traitements naturels, les personnes interrogées ne sont pas freinées dans leur consultation. Le caractère de renonciation aux soins est parfois retrouvé chez les femmes comme nous l'avons dit ci-dessus, pour des raisons d'organisation.
- ♣ **L'absence de vérification d'identité concernant la CMU, l'AME :** cet aspect est important pour les personnes qui ne sont pas en situations régulière. Certes elles ont le droit à l'AME par exemple, mais les contraintes administratives associées à la difficulté de trouver un interprète font qu'ils existent une usurpation des documents de protection sociale. L'absence de vérification d'identité rend la consultation pour ces personnes en situation irrégulière plus facile.
- ♣ **La confiance pour les diagnostics en pédiatrie :** Les enfants sont peu soumis aux traitements ayurvédiques. La consultation pédiatrique est très rapide en cas de symptômes, les parents privilégiant rapidement les consultations aux urgences.

h. La représentation de la maladie : facteur explicatif du pluralisme médical

Les personnes interviewées ont une grande confiance en la médecine naturelle, persuadées de son innocuité et de son efficacité quand le mal est pris à temps. Cela ne les empêche pas d'avoir également confiance en la médecine expérimentale notamment quand le mal a évolué. Ils sont persuadés de l'efficacité des deux types de traitements et considèrent même ceux de la médecine expérimentale comme plus agressif mais aussi plus efficace.

Pour certaines maladies, les patients ont une représentation de la maladie liée à leur culture. Ainsi pour les rhumatismes articulaires par exemple, ils considèrent qu'il s'agit « d'un excès de liquide néfaste qui vient se localiser au niveau des articulations » ; De ce fait, le traitement qui est entrepris, est à la fois lié à la médecine expérimentale avec des traitements antalgiques habituelles pour traiter le symptôme et à la fois à la médecine ayurvédique qui va essayer de corriger cet excès de liquide néfaste à travers des massages avec des huiles spécifiques importées.

La représentation que les patients se font de leur maladie, la manière dont ils construisent la physiopathologie et l'étiologie conditionne le traitement auquel ils adhèrent. Ainsi, pour reprendre l'exemple de la varicelle, dans notre médecine expérimentale, le traitement passe par la désinfection et le traitement symptomatique du prurit. Chez certains immigrés indiens, la maladie étant une manifestation d'un manquement religieux, le processus de guérison va passer notamment par une période d'impureté du corps (les parents ne réaliseront pas le culte quotidien) et d'autre part par une période d'ablutions pour purifier le corps. Les parents vont suivre les instructions du médecin traitant pour le traitement symptomatique mais en parallèle ils vont également poursuivre leur rituel de traitement.

i. L'expérience migratoire influe-t-elle sur la pratique ?

On constate qu'à travers les entretiens, il se dégage deux types de population :

-Les personnes nées en France qui ont une certaine distance vis à vis de la médecine ayurvédique. Ces dernières ont très peu de pratique de la médecine naturelle ainsi que des rites de purifications qui ont rapporté par les immigrés.

-Les personnes qui sont immigrées conservent une forte tradition de médecine traditionnelle sans que cela soit corrélé à leur durée d'immigration. Le fait de vivre en communauté leur permet de maintenir leurs pratiques traditionnelles sans que celle-ci s'atténue avec les années. Il s'agit d'une influence de la culture pré migratoire collective qui prédomine sur l'expérience individuelle.

A la question que pensez-vous d'un système qui combinerait sujets interviewés sont favorables à ce type de système. Leurs arguments sont les suivants :

- ⤴ Cela leur permettrait de soigner certaines maladies avec des médicaments moins agressifs que ceux qu'ils reçoivent actuellement. L'idée de traitement agressif dans le cadre de la médecine expérimentale est redondant chez les interviewés.
- ⤴ Cela permettrait d'avoir accès à des traitements qu'on- trouve dans leur pays d'origine et créerait un sentiment de confiance accrue
- ⤴ Les maladies graves seraient moins importantes s'ils avaient accès à la médecine préventive par les traitements naturels.

Le sentiment de non-intégration dans le système de santé national est peu ressenti au sein de la population interviewé dans la mesure où la médecine expérimentale leur apporte une réponse adéquate à la question posée à savoir de traitement d'une maladie aiguë. Par contre, les patients ne créent pas un lien de confiance avec leur médecin et estime que toutes les pathologies ne nécessitent pas de consultation. Le contenu des consultations reste pragmatique et va à l'essentiel pour traiter les symptômes. Aucun des patients ne témoignent d'une prise en charge d'une pathologie psychiatrique par exemple. Il y a un renoncement aux soins lié à la médecine expérimentale qui est assez présent notamment pour des pathologies articulaires et digestives. Tout ce qui entre dans la catégorie de pathologies chroniques en dehors du diabète et de l'hypertension semble ne pas motiver systématiquement de consultation médicale chez les patients

Concernant la médecine préventive, les femmes mettent un point d'honneur à ce que leurs enfants soient vaccinés par exemple. Par contre les adultes d'âge moyen ne considèrent pas la médecine préventive essentiel et ne demande pas à être vacciner par exemple. Par contre, à partir d'un certain âge, le patient réclame régulièrement à son médecin traitant à avoir une prise de sang de contrôle mais aucun ne réclame à être vacciné.

C'est là que se trouve la place de la médecine ayurvédique. En termes de médecine préventive et en terme de traitement des pathologies chroniques, en terme de prévention secondaire pour les pathologies chroniques tel le diabète ou l'hypertension

DISCUSSION

a. Force de l'Etude

Une des principales forces de l'étude est son originalité dans la mesure où l'étude s'intéresse au comportement en matière de santé de sous population d'immigrées. Les études sur les immigrés sont récentes en matière d'enquête épidémiologique dans la mesure où jusque dans les années 2000, la différenciation ethnique dans une étude n'était pas réalisée.

Une autre des forces de l'étude est celle de la possibilité de l'étude d'une catégorie d'immigrée qui présente une barrière linguistique importante. Cet avantage est conféré par la maîtrise de la langue de l'enquêteur.

Très peu d'études portent sur les populations immigrées du sous-continent indien. C'est un des principaux atouts de cette étude.

b. Critique de la méthode

Nous avons choisi ici une méthode qualitative avec des entretiens semi-directifs qui sont adaptés à l'étude comportementale d'une catégorie de population. De par sa définition, la méthode qualitative s'appuie sur des échantillons de petite taille, non représentatifs de la population générale, et ne produit de démonstration ou de résultats généralisables. Pour pallier à ces défauts, la collecte de données est réalisée jusqu'à saturation des données et l'échantillon de population est réalisé de sorte qu'il soit le plus homogène possible.

Il est à noter que l'une des critiques majeures de cette méthode réside dans le fait que l'enquêteur n'est pas familier avec cette méthodologie.

Comme toutes études scientifiques, les études qualitatives doivent répondre à certains critères de rigueur qui sont définis de la manière suivante (journal Minerva) :

- 1) L'échantillon choisi correspond-t-il à la question de recherche ?
- 2) Les données sont-elles rassemblées de manière adéquate ?
- 3) Les données sont-elles analysées de manière adéquate ?
- 4) Puis-je extrapoler les résultats de cette étude à mon propre contexte ?
- 5) Les investigateurs tiennent-ils suffisamment compte d'éventuels aspects éthiques ?

Nous avons essayé au mieux d'adhérer à ces items et nous les discuterons par la suite :

Critique de la méthode de recueil de données : la saturation des données est le facteur limitant du recueil de données. La population est la plus homogène possible mais n'est

pas représentatifs de la population de migrants à l'échelle macroscopique. L'échantillon représente statistiquement la population macroscopique. Le corpus d'individu comporte des hommes et des femmes ; des salariés ; des personnes en situations irrégulières ; les statuts socio-économiques sont variés et la durée de séjour sur le territoire français l'est aussi.

Critique des entretiens : L'objectif était de laisser l'interviewé s'exprimer le plus librement possible et recueillir le discours de la façon la plus neutre possible. Cependant en tant qu'enquêteur, nous ne maîtrisons pas totalement cette méthodologie dans la mesure où il s'agissait d'une première expérience. Il est difficile de ne pas être influencé, même à son insu, par les idées préconçues qu'on a pu se forger lors de l'étude bibliographique par exemple ou en étant au contact des migrants. Rappelons que l'enquêteur est, dans notre cas de figure, une personne qui partage la même culture que les personnes interviewées. Nous devons construire un guide d'entretien permettant aux patients de discourir le plus librement possible, sans laisser transparaître notre avis ou et sans influencer ou orienter leurs réponses. Les questions sont donc ouvertes. Conduire de bons entretiens nécessite un savoir-faire que nous n'avons pas. Mais s'agissant d'une première expérience, il est difficile de respecter ces règles d'autant plus que nous voulions aborder de nombreux thèmes. Parfois, pour relancer les enquêtés, nous avons pris la parole ou émis des idées, utilisé des « probes » qui ont pu modifier le recueil de données. C'est en développant notre expérience de ce type d'enquête que nous pouvons apprendre à relancer pertinemment sans intervenir en excès, réorienter sans modifier et influencer la pensée de l'interviewé. Ceci constitue un biais d'information.

Critique de l'intervenant : Les entretiens ont été menés par une seule personne afin de ne pas avoir de biais liés aux méthodes d'entretiens. La retranscription des entretiens a été réalisée par une 2^{ème} personne et le repérage des thèmes par une tierce personne pour éviter les biais d'interprétation. Cependant, le biais majeur de l'étude réside dans le fait que les entretiens soient menés par une personne partageant le même patrimoine culturel que les sujets ce qui peut influencer les réponses à l'entretien. Les personnes ne vont peut-être pas répondre de la même manière par peur du jugement de l'enquêteur. Une analyse à l'aide d'un logiciel permettant le traitement de données qualitatives n'a pas permis d'améliorer l'analyse de données afin de s'affranchir de l'analyse par une tierce personne.

Critique de l'enregistrement : Les patients étaient prévenus de la nécessité d'enregistrer les entretiens avec un anonymat garanti et donc les patients pouvaient parler librement. Mais la présence d'un enregistrement peut créer un malaise et un frein à la liberté de leur expression même si au fur et à mesure de l'entretien les enregistrements semblaient être oubliés.

Critique de l'analyse : l'analyse et le repérage des thèmes étaient réalisés par une tierce personne qui était étrangère au milieu médical. Cela a permis de s'affranchir des biais d'analyse thématique. Cependant, étant réalisé par un être humain, il existe toujours une certaine subjectivité que nous ne pouvons occulter. Une tentative d'utilisation d'un logiciel informatique d'analyse de données qualitatives a été réalisée mais l'outil n'était pas adapté à notre type de population.

Critique d'extrapolation de l'analyse : nous avons effectué une enquête qualitative avec un recueil de données jusqu'à saturation. L'extrapolation est limitée à la population représentée par l'échantillon.

Aspect éthique de l'enquête : dans notre enquête nous nous intéressons exclusivement aux immigrants du sous-continent indien. Jusqu'au début des années 2000, les enquêtes dont les sujets inclus étaient choisis sur des caractères ethniques étaient critiquées sur le plan éthique dans la mesure où il existait un risque de stigmatisation des populations. Or on se rend compte que l'absence d'études spécifiques des populations migrantes par exemple peut créer un tort dans la mesure où des inégalités peuvent ne pas apparaître dans les résultats dans la mesure où les résultats ne sont pas analysés par critères ethniques. Il n'y a donc pas de défaut éthique à réaliser une telle enquête.

c. Cohérence des résultats

Subjectivement, les sujets interrogés estiment que leur état de santé est moins bon que dans leur pays d'origine. Aussi bien dans la population masculine que féminine, les discours convergent dans cette direction. Ce mauvais état de santé est mis en lien avec un rythme de vie, un isolement et une hygiène de vie différente en France. Cet aspect de niveau de santé a été évalué avec des échelles standardisées dans les enquêtes nationales et retrouve de manière objective une dégradation de l'état de santé au sein des populations immigrées par rapport aux années 1970. Les facteurs expliquant cette altération sont identifiés comme étant :

- ♣ Un contexte socio-économiques défavorables
- ♣ La pénibilité du travail et le taux de chômage plus élevé
- ♣ La barrière linguistique.
- ♣ Le stress lié à la migration

La population du sous-continent indien, comme le reste de la population immigrée du pays est affectée de cette dégradation de l'état de santé lié à l'immigration. Les éléments favorisants qui sont rapportés par l'INSEE se retrouvent au sein de cette classe d'immigrée.

La renonciation aux soins est un élément présent dans de nombreuses communautés immigrées. Dans notre échantillon de patients, nous retrouvons cet aspect prédominant chez les femmes. Expliquer leurs problèmes intimes à une tierce personne de leur culture qui le retranscrira au médecin est un facteur limitant de la consultation. Le principal facteur expliquant la renonciation au soin est la barrière de la langue. Cet obstacle linguistique récurrent dans tous les domaines, ce n'est pas uniquement dans le domaine du soin. Cet aspect de renonciation au soin malgré une médecine considérée comme gratuite est redondant chez les immigrés. On le retrouve par exemple au Canada alors qu'il s'agit d'un pays où la couverture de santé est universelle. Les femmes d'origine fidjienne adoptent ce comportement par exemple (Susan J Elliot 2009)

La difficulté d'accès au système de soins est mentionnée essentiellement par les personnes en situation irrégulière. Les autres sujets qui bénéficient de la couverture sociale ne rencontrent pas d'obstacles matériels à consulter. Les soins sont considérés comme gratuits par la plupart des sujets. Cet aspect n'est pas retrouvé dans certaines études s'intéressant notamment aux communautés maghrébines. Celle-ci rapporte une difficulté d'accès aux soins plus importante. Est-ce la puissance de notre étude qui n'est pas suffisante pour mettre en évidence cet aspect du système de soin ?

Les études réalisées au sein d'autres pays occidentaux mettent au premier plan la difficulté d'accès au soin ainsi que le coût de la médecine expérimentale. Ce coût de la médecine expérimentale est retenu, dans ces études, comme un élément expliquant le recours à la médecine traditionnelle au sein de ces pays. C'est le cas par exemple dans l'étude de Green (2006) qui évalue la pratique de la médecine chinoise au sein de la communauté asiatique implantée au Royaume unie.

En France, depuis l'instauration de la Sécurité sociale en 1945, les droits à la protection sociale sont plutôt associés à la résidence qu'à la nationalité. Mais ce principe a connu de nombreuses restrictions depuis la loi sur l'immigration de 1993, dite « Loi Pasqua »,

introduisant la notion de régularité de séjour sur le territoire national. Depuis, les personnes en situation administrative irrégulière bénéficient d'un accès aux soins administré séparément, de plus en plus restreint à chaque nouvelle loi sur l'immigration, accentuant la fracture entre régimes assuranciel et assistanciel (Fassin et al. 2001). Néanmoins, la relative facilité d'accès aux soins, notamment depuis l'instauration de la CMU en 1999, dont beaucoup d'immigrés sont bénéficiaires, tranche énormément avec les difficultés croissantes rencontrées dans d'autres domaines de la vie socioéconomique, comme la recherche d'un logement et d'un emploi. Au point que l'accès aux soins est un facteur d'intégration à la société. Contrairement aux pays anglo-saxons où nous avons vu dans les études, que les populations immigrées ont une pratique plus ancrée de la médecine traditionnelle de leur pays, en France, il semblerait que cet aspect ne ressort pas, du moins dans la communauté immigrée du sous-continent indien.

Rappelons également que la politique de santé du gouvernement indien depuis les années 1970 a été de développer les établissements de médecine ayurvédique afin de pallier dans les zones rurales à la fois au déficit de médecine expérimentale et au coût de la médecine expérimentale.

Les personnes immigrées du sous-continent indien ont une adhésion exhaustive au système de santé officiel français. Durant nos entretiens nous avons constaté que les patients avaient confiance dans l'efficacité de la médecine expérimentale et que l'un des points forts de cette médecine était son accessibilité. Le recours à la médecine expérimentale leur paraît logique dans la mesure où les patients considèrent que les traitements sont efficaces et nécessaires. La critique majeure qu'ils retiennent envers cette médecine est parfois son « agressivité » thérapeutique sans pour autant la condamner. Ils sont en effet conscients du progrès médical qu'il existe au sein de la médecine expérimentale et de la nécessité d'y avoir recours quand c'est nécessaire. Par contre, la médecine traditionnelle, légitimé par son ancienneté pour la prise en charge des maladies, est représenté comme une médecine statique mais efficace dans son domaine. Pour reprendre l'exemple d'un des sujets interviewés, « je ne ferais pas un soigner un cancer par l'ayurvéda parce qu'à l'hôpital ils font mieux, mais si par exemple j'ai mal au poignet, je n'aurais pas besoin d'aller voir un médecin, je sais comment me soigner ».

Le pluralisme médical est une composante importante du comportement médical des individus mais l'accès à la médecine ayurvédique le rend difficile à pratiquer. Les

immigrés du sous-continent indien, de par leur culture, ont une représentation de la maladie et du corps qui suit une logique différente de la logique de la médecine expérimentale. Ils estiment que certaines pathologies ne requièrent pas une « agressivité thérapeutique » telle qu'ils la ressentent dans la médecine expérimentale et que des thérapies ayurvédiques seraient suffisantes ; De ce fait, ils estiment qu'une pluralité de la médecine devrait exister afin de décider comment se soigner. Dans la tradition ayurvédique, l'homme est maître de son corps et ce n'est que lui qui a la capacité de décider de guérir. Le thérapeute est un accompagnant. La pluralité de la médecine permettrait de réaliser cette prise en charge active que les patients ne retrouvent pas dans la thérapie expérimentale. Cette impression est d'autant plus renforcée que la relation médecin-malade est altérée par la barrière de la langue. Les patients ont l'impression de subir les traitements.

Les objectifs principaux de l'utilisation de la médecine ayurvédique restent confinés au domaine de la prévention et des maladies chroniques. L'obstacle principal reste l'approvisionnement en matière première. Certains des sujets interrogés pallient à ce problème lors de leurs voyages dans leur pays d'origine, d'autres se procurent les substances premières dans les magasins ethniques.

D.Shankar, de l'institut de médecine intégrative et Ayurvédique de Bangalore en Inde, constate que les besoins en santé actuels dépassent les capacités d'un seul type de médecine. Le besoin d'une prise en charge globale des patients rend la pratique de la médecine traditionnelle de plus en plus répandue. Le pluralisme en médecine est devenu une nécessité qui a conduit plusieurs pays comme les Etats Unis, la Norvège et la Suède à créer des instituts gouvernementaux de recherche des médecines traditionnelles.

Dans une étude ethnologique de l'évolution de la médecine, le professeur d'anthropologie Anamaria Ross écrit : « Pendant des siècles divers approches des techniques de guérison ont coexisté, se sont mélangé et ont évolué les unes à coté des autres. La dominance de la médecine occidentale au 20ème siècle est très atypique dans l'évolution des sociétés. Cependant, le rationalisme actuel qui aurait dû conduire à une égérie totale de la médecine occidentale n'a pas abouti. En effet, les médecines alternatives sont de plus en plus présentes dans la société actuelle. Cette constatation n'est pas juste le fruit d'un effet de mode. Il faut rappeler que les médecines alternatives ont un ancrage plus profond dans la culture et l'histoire des sociétés. L'individu recherche à atteindre un état de bien être aussi bien physique que psychique »

La médecine moderne et la médecine complémentaire, en l'occurrence l'Ayurveda dans notre exemple, ne sont pas des médecines qui s'opposent, mais des médecines qui se complètent

afin de prendre en charge de façon globale le patient.

La difficulté d'exercer la médecine traditionnelle liée au déficit de produits est un élément récurrent au sein de toutes les communautés, comme par exemple au sein de la communauté colombienne installée au Royaume-Uni (Ceuterick & Al.). Les patients trouvent un moyen d'approvisionnement par des filières privées comme les envois de colis par leur famille restée dans leur pays natal et cette volonté que les individus ont de recourir à la médecine traditionnelle, ayurvédique en l'occurrence, est la conviction de son innocuité. Cette pratique reste réellement confinée, au sein de la communauté indienne, à une pratique préventive et pour des traitements de derniers recours dans les maladies chroniques comme les rhumatismes par exemple. Or de nombreuses études montrent que certains produits naturels peuvent avoir des conséquences néfastes sur l'organisme. Cette pluralité de la médecine peut donc avoir comme conséquence une détérioration de la santé comme le constate par exemple certaines études menées au Canada. Afin de pallier à ce risque ce pays promeut une politique de multiculturalisme également en matière de santé (Loi sur le multiculturalisme canadien L.R. 1985 chapitre 24). De ce fait la loi sur les Produits de Santé Naturel permet aux médecines traditionnelles depuis 2004 d'avoir un cadre réglementaire pour leur pratique. Au Canada, la réflexion actuelle des institutions de santé est autour de la structuration d'une offre sanitaire de type intégrative permettant de choisir de façon égalitaire entre les médecines complémentaires et la médecine occidentale.

Le développement de l'Ayurvéda répond à la quête d'un bien-être au sein de certaines catégories de personnes natives des pays occidentaux. La pratique de la médecine au sein de la communauté du sous-continent indien ne s'exprime pas au niveau macroscopique, pourtant on constate un essor de la médecine ayurvédique avec de nombreux centres qui proposent de pratiques de massages, de yoga, de thérapies alternatives de relaxation... Cet essor de la médecine ayurvédique n'est pas véhiculé par l'immigration ou par le Trans culturalisme mais plus par un développement de l'indianité au sein de certaines catégories de population occidentale.

En occident le monde est considéré comme un ensemble d'éléments individuel séparés et isolés et depuis Descartes, on ne peut étudier que ce qui est visible, quantifiable, physique et matériel, l'immatériel devant être laissé aux bons soins des religions. D'un côté il y a le corps et de l'autre l'esprit. Cette vision morcelée de l'être humain date du siècle des lumières ;

Le corps est décrit comme une mécanique précise et logique dont les constituants sont objectivés classés et analysés en détail. La science médicale oublie que l'être humain est aussi un sujet animé par des émotions, des sentiments, des pensées et des croyances.

Le cartésianisme, le réductionnisme et le matérialisme ont permis d'immenses progrès en médecine mais ils sont aussi à l'origine d'une crise importante. Les médecins traitent un problème particulier en agissant sur un paramètre anormal et négligent ainsi les conséquences sur les émotions et la pensée.

Les patients se plaignent d'être réduits à une somme de résultats d'analyses et regrettent de ne pas pouvoir exprimer leur vécu subjectif. Ils se tournent vers d'autres médecines jugées plus douces, moins déshumanisantes.

49% des patients souhaitent avoir une approche différente de la médecine occidentale et 43% préfèrent des traitements issus de la médecine traditionnelle par rapport aux traitements usuels. 19% des patients n'en informent pas leur médecins traitants et 10% des patients choisissent un médecin ayant une orientation holistique ou en médecine alternative.

En Europe, les patients souffrant d'un cancer ont plus recours aux médecines alternatives avec dans une étude menée sur 14 pays, 35,9% de patients concernés. On a pu identifier 58 types de médecines alternatives. L'utilisation de thérapies alternatives et complémentaires était réalisée surtout sur recommandation de l'entourage et non des personnels soignants et l'objectif principal était surtout de renforcer le bien-être psychique et physique ainsi que de renforcer l'organisme pour lutter contre le cancer. Les auteurs de cet article concluaient sur l'intérêt pour les professionnels de santé de se diriger vers une « médecine intégrative » afin de pouvoir encadrer et conseiller leurs patients quant à l'usage de ces thérapies.

En France 75% de la population aurait eu recours au moins une fois à une thérapie alternative ou complémentaire principalement pour des problèmes d'anxiétés, de dépression et de douleurs dorsales.

Le modèle biomédical tel que développé dans la deuxième partie du siècle dernier connaît ainsi des limites. Il est remis en question sur plusieurs points :

- La séparation corps-esprit
- Le réductionnisme conduisant à ignorer tout ce qui n'est pas expliqué par la science.
- L'absence de prise en compte de la dimension sociale et de la subjectivité des individus dans la prise en charge de la maladie

Avec cette vision des choses, on peut postuler que le développement de la médecine ayurvédique en France répond à une demande de la population générale d'une prise en charge différente de la médecine expérimentale qui constitue le système de santé de référence en France. La médecine ayurvédique n'est pas une médecine liée au Trans-culturalisme. Son installation en France n'est pas liée à l'immigration mais plus à une découverte de l'Inde et de sa culture par l'occident. C'est le développement de l'indianité.

CONCLUSION

Le comportement en matière de santé des populations migrantes est peu étudié en France. Les études de populations dans certains de nos pays voisins suggèrent que certaines communautés immigrées adoptent un comportement marginal dont les facteurs explicatifs résident dans la difficulté d'accès aux soins et dans l'adhésion que ces communautés ont avec la médecine originaire de leur pays. La représentation du corps, de l'esprit et de la maladie est directement influencée par la culture et la société dans laquelle nous évoluons. La conception de maladie et de processus de guérison est également variable d'une culture à l'autre. De ce fait, les prises en charge thérapeutiques dans les pays occidentaux commencent à se sensibiliser aux spécificités des migrants. Les populations migrantes influent également sur la population indigène du pays où elle s'installe. Ce processus de Trans-culturalisme lié au flux migratoire se retrouve notamment dans les communautés ethniques au sein des pays anglo-saxons comme nous avons pu le constater à travers les exemples mentionnés au cours de notre travail. En parallèle de ces flux migratoires, on constate dans les pays occidentaux un développement des médecines appelées complémentaires ou traditionnelles favorisé par la recherche d'une prise en charge moins segmentaire, moins cartésienne et plus globale de l'homme.

La France n'est pas épargnée par ce phénomène de développement des médecines complémentaires. L'Ayurveda connaît un essor notable auprès de la population française sans atteindre encore la notoriété de la médecine chinoise. On constate dans ce développement de l'Ayurveda une scission entre l'Ayurveda proposé au grand public et la pratique au sein de la communauté indienne. En effet, l'augmentation des patients originaires du sous-continent indien n'explique pas le développement de l'Ayurveda en France. Si on prend en compte la population immigrée du sous-continent indien, on est tenu de constater que cette dernière privilégie le recours à la médecine expérimentale. Le système de santé français permet une accessibilité des soins de manière égalitaire à la très grande majorité des personnes présente sur le territoire français. La pratique de l'Ayurveda devient secondaire et reste une pratique « complémentaire » et au sein d'un cercle privé. Elle trouve sa place surtout dans la sphère de la médecine préventive mais aucunement dans une médecine de premier recours. Ce cercle ne prend pas en compte l'offre de soins ayurvédiques que nous pourrions trouver sur le marché en France et qui ne s'explique pas par le Trans culturalisme.

Il serait intéressant d'étudier par la suite la légitimité et les fondements des pratiques ayurvédiques que l'on peut trouver à l'heure actuelle en France en les comparant avec les pratiques qui ont cours en Inde. Pratiquons-nous une médecine qui répond à une demande

commerciale en exploitant la vulnérabilité des patients qui y ont recours ou s'agit-il d'une pratique répondant à la recherche de bien-être d'une population citadine sous pression ?

Par ailleurs, notre travail a permis de voir qu'au sein de la population immigrée il existe une relative satisfaction en termes d'accessibilité aux soins en France, notamment grâce à la couverture sociale et à l'offre de soins en France qui permettent une bonne couverture de la population même défavorisée. Le recours à la médecine ayurvédique importée de leur pays n'est plus indispensable mais reste une nécessité pour prendre en charge le patient dans sa globalité. Elle trouve sa place dans un rôle préventif, ou de soutien des pratiques de la médecine expérimentale. Elle fait partie intégrale du processus de guérison dans la mesure où elle prend en compte le mécanisme de représentation des maladies dans le contexte culturel.

Néanmoins il existe des éléments qui méritent d'être améliorés notamment la compréhension entre le médecin et le patient. La relation médecin-patient est altérée à cause de la barrière de la langue. Lors de nos interviews, un des sujets mentionne le cas de son frère rentré dans son pays pour se soigner d'un cancer, non pas parce qu'il ne faisait pas confiance en la médecine en occident, mais parce que la barrière de la langue a un caractère anxiogène dès qu'il s'agit d'être soigné pour des pathologies graves. D'ailleurs cette personne a été prise en charge dans un « western hospital ». Des solutions pourraient être envisagées pour améliorer ces axes (groupes de traducteurs, association d'étudiants...)

BIBLIOGRAPHIE

Agarwal, A.K., Tripathi, D.M., Sahai, R., Gupta, N., Saxena, R.P., Puri, A., Singh, M., Misra, R.N., Dubey, C.B., and Saxena, K.C. (1997). Management of giardiasis by a herbal drug “Pippali Rasayana”: a clinical study. *J. Ethnopharmacol.* 56, 233–236.

Agarwal, V., Abhijnhan, A., and Raviraj, P. (2007). Ayurvedic medicine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst. Rev.* CD006867.

Andrea Pieroni, Q.-Z.S. (2008). Traditional medicines used by Pakistani migrants from Mirpur living in Bradford, Northern England. *Complement. Ther. Med.* 16, 81–86.

Antani, J.A., Kulkarni, R.D., and Antani, N.J. (1990). Effect of Abana on ventricular function in ischemic heart disease. *Jpn. Heart J.* 31, 829–835.

BIBEAU Gilles, CHAN YIP Alice, LOCK Margaret, ROUSSEAU Cécile (1992) *La santé mentale et ses visages : vers un Québec pluriethnique au quotidien* Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 289 p

Blanc Marie-Eve (1999) « Des “maladies sociales” à l’épreuve de la modernité ? Aperçu ethno-historique sur la gestion des épidémies au Vietnam » [« Social diseases » tried by modernity ? Ethno-historical survey on epidemic management in Vietnam], *Mekong Malaria Forum, Regional Malaria Control Program in Cambodia, Laos and Vietnam supported by the European Commission in collaboration with ACTMalaria, SEAMEO TROPMED and WHO*, n° 4, oct. 1999, pp. 55-73

Bundy, R., Walker, A.F., Middleton, R.W., and Booth, J. (2004). Turmeric extract may improve irritable bowel syndrome symptomology in otherwise healthy adults: a pilot study. *J. Altern. Complement. Med.* N. Y. N 10, 1015–1018.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2012). Lead poisoning in pregnant women who used Ayurvedic medications from India--New York City, 2011-2012. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 61, 641–646.

Chamberland C. (2002) « Consommation de médicaments » dans *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque ? Rapport de l’Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 14, pp. 271-288

Chawla, Y.K., Dubey, P., Singh, R., Nundy, S., and Tandon, B.N. (1982). Treatment of dyspepsia with Amalaki (*Emblica officinalis* Linn.)--an Ayurvedic drug. *Indian J. Med. Res.* 76 Suppl, 95–98.

CHEN Jiajiang, NG Edward et WILKINS Russel (1996) La santé des immigrants au Canada en 1994-1995, *Rapports sur la santé*, 7 (4), pp. 33-45.

Chopra, A., and Doiphode, V.V. (2002). Ayurvedic medicine. Core concept, therapeutic principles, and current relevance. *Med. Clin. North Am.* 86, 75–89, vii.

Conboy, L., Edshteyn, I., and Garivaltis, H. (2009). Ayurveda and Panchakarma: measuring the effects of a holistic health intervention. *ScientificWorldJournal* 9, 272–280.

Dadkar, V.N., Tahiliani, R.R., Jaguste, V.S., Damle, V.B., and Dhar, H.L. (1990). Double blind comparative trial of Abana and methyldopa for monotherapy of hypertension in Indian patients. *Jpn. Heart J.* 31, 193–199.

Das, D.G. (1993). A double-blind clinical trial of kamalahar, an indigenous compound preparation, in acute viral hepatitis. *Indian J. Gastroenterol. Off. J. Indian Soc. Gastroenterol.* 12, 126–128.

Deng, R. (2007). Therapeutic effects of guggul and its constituent guggulsterone: cardiovascular benefits. *Cardiovasc. Drug Rev.* 25, 375–390.

Desai, G.S., Desai, S.V., Gavaskar, R.S., Mulabagal, V., Wu, Y., and Mathews, S.T. (2015). Blood Glucose-lowering Effect of *T. procumbens* L.: A Pilot Clinical Study in Individuals with Type 2 Diabetes. *Phytother. Res.* n/a – n/a.

Dunn James & Dyck Isabel (2000) Social Determinants of Health in Canada's Immigrant Population : Results from the National Population Health Survey, *Social Science & Medicine*, 51 (4), pp. 1573-1593.

Elder, C. (2004). Ayurveda for diabetes mellitus: a review of the biomedical literature. *Altern. Ther. Health Med.* 10, 44–50.

Fainzang S., 1986, *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina* (préface de Marc Augé). Paris : l'Harmattan.

- Fainzang S., 1989, Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, coll. « Les Cahiers de l'Homme ».
- Fainzang S., 1996, Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort. Paris Presses Universitaires de France, coll. « Ethnologies ».
- Fainzang, Sylvie (et al), 1992, Corps, maladie et société, Paris : A. Colin, Ethnologie française vol. 22, no 1
- Fainzaing S. L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques. *Sci Soc Santé* 2001;19:5–27
- Fassin D., 1992, Pouvoir et maladie en Afrique. Paris : Presses Universitaires de France, coll. « Les champs de la santé ».
- Frag, N.H., and Mills, P.J. (2003). A randomised-controlled trial of the effects of a traditional herbal supplement on sleep onset insomnia. *Complement. Ther. Med.* 11, 223–225.
- Gelderloos, P., Ahlström, H.H., Orme-Johnson, D.W., Robinson, D.K., Wallace, R.K., and Glaser, J.L. (1990). Influence of a Maharishi Ayur-vedic herbal preparation on age-related visual discrimination. *Int. J. Psychosom. Off. Publ. Int. Psychosom. Inst.* 37, 25–29.
- Globermann Steven (1998) *Immigration and Health Care Utilisation Patterns in Canada*, Vancouver, Vancouver Centre of excellence, Research on Immigration and Integration in the Metropolis Working Paper Series, n° 98-08, 33 p
- Good, Byron, 1998, Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu, (traduction) Le Plessis-Robinson, Ed. Les empêcheurs de tourner en rond
- Gogtay, N.J., Bhatt, H.A., Dalvi, S.S., and Kshirsagar, N.A. (2002). The use and safety of non-allopathic Indian medicines. *Drug Saf.* 25, 1005–1019.
- Green, G., Bradby, H., Chan, A., and Lee, M. (2006). “We are not completely Westernised”: dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant women in England. *Soc. Sci. Med.* 1982 62, 1498–1509.
- Grove, N.J., and Zwi, A.B. (2006). Our health and theirs: forced migration, othering, and public health. *Soc. Sci. Med.* 1982 62, 1931–1942.

- Gupta, I., Gupta, V., Parihar, A., Gupta, S., Lüdtke, R., Safayhi, H., and Ammon, H.P. (1998). Effects of *Boswellia serrata* gum resin in patients with bronchial asthma: results of a double-blind, placebo-controlled, 6-week clinical study. *Eur. J. Med. Res.* 3, 511–514.
- Gupta, S., George, P., Gupta, V., Tandon, V.R., and Sundaram, K.R. (1979). *Tylophora indica* in bronchial asthma--a double blind study. *Indian J. Med. Res.* 69, 981–989.
- Hsia, S.H., Bazargan, M., and Davidson, M.B. (2004). Effect of Pancreas Tonic (an ayurvedic herbal supplement) in type 2 diabetes mellitus. *Metabolism.* 53, 1166–1173.
- Hyman Ilene (2001) *Immigration et Santé*, Série document de travail sur les politiques de santé 01-05, Ottawa, Santé Canada, 101 p
- Jones, G. (2003). Le trésor caché du Quartier indien : esquisse ethnographique d'une centralité minoritaire parisienne. *Rev. Eur. Migr. Int.* 19, 233–243.
- Katzenschlager, R., Evans, A., Manson, A., Patsalos, P.N., Ratnaraj, N., Watt, H., Timmermann, L., Van der Giessen, R., and Lees, A.J. (2004). *Mucuna pruriens* in Parkinson's disease: a double blind clinical and pharmacological study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 75, 1672–1677.
- Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press; 1980
- Kleinman A. *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books; 1988
- Krishnamurthy, M.N., and Telles, S. (2007). Assessing depression following two ancient Indian interventions: effects of yoga and ayurveda on older adults in a residential home. *J. Gerontol. Nurs.* 33, 17–23.
- Kulkarni, R.R., Patki, P.S., Jog, V.P., Gandage, S.G., and Patwardhan, B. (1991). Treatment of osteoarthritis with a herbomineral formulation: a double-blind, placebo-controlled, cross-over study. *J. Ethnopharmacol.* 33, 91–95.
- Lam Lawrence (1994) Self-assessment of Health Status of Aged Chinese-Canadians, *Journal of Asian and African Studies*, 29 (1/2), pp. 77-90.

- Liu, J.P., Yang, M., Liu, Y.X., Wei, M.L., and Grimsgaard, S. (2006). Herbal medicines for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst. Rev.* CD004116.
- Manjunath, N.K., and Telles, S. (2005). Influence of Yoga and Ayurveda on self-rated sleep in a geriatric population. *Indian J. Med. Res.* 121, 683–690.
- Masse Raymond (1995) *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin Editeur, 499 p.
- MIGRATIONS SANTE, n° 104, 2000, pages 13-23,
- Nohr, L.A., Rasmussen, L.B., and Straand, J. (2009). Resin from the mukul myrrh tree, guggul, can it be used for treating hypercholesterolemia? A randomized, controlled study. *Complement. Ther. Med.* 17, 16–22.
- Obadia, L. (2009). *The Internationalisation and Hybridization of Medicines in Perspective? Some Reflections and Comparisons between East and West.*
- Obrist B, Van Eeuwijk P, Weiss MG. Health anthropology and urban health research. *Anthropol Med* 2003;10:267–74
- Okumura Junko, (2002) Drug utilisation and self-medication in rural communities in Vietnam, *Social Science & Medicine*, 54 (12), pp. 1875-1886.
- Park, J., and Ernst, E. (2005). Ayurvedic medicine for rheumatoid arthritis: a systematic review. *Semin. Arthritis Rheum.* 34, 705–713.
- Pica L. (2004) *Faits saillants de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999 sur les immigrants d'origine chinoise*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 8 p
- Posmontier, B., and Teitelbaum, M. (2009). An Ayurvedic approach to postpartum depression. *Holist. Nurs. Pract.* 23, 201–214; quiz 215–216.
- Ramesh, P.R., Kumar, K.S., Rajagopal, M.R., Balachandran, P., and Warriar, P.K. (1998). Managing morphine-induced constipation: a controlled comparison of an Ayurvedic formulation and senna. *J. Pain Symptom Manage.* 16, 240–244.
- Rivers W. H. R., 1924, *Medicine, Magic and Religion*. London : Kegan Paul.
- Roodenrys, S., Booth, D., Bulzomi, S., Phipps, A., Micallef, C., and Smoker, J. (2002). Chronic effects of Brahmi (*Bacopa monnieri*) on human memory. *Neuropsychopharmacol. Off. Publ. Am. Coll. Neuropsychopharmacol.* 27, 279–281.

Saper, R.B., Phillips, R.S., Sehgal, A., Khouri, N., Davis, R.B., Paquin, J., Thuppil, V., and Kales, S.N. (2008). Lead, mercury, and arsenic in US- and Indian-manufactured Ayurvedic medicines sold via the Internet. *JAMA* 300, 915–923.

Saxena, A., and Vikram, N.K. (2004). Role of selected Indian plants in management of type 2 diabetes: a review. *J. Altern. Complement. Med. N. Y.* N 10, 369–378.

Sharma, K.R., Bhatia, R.P., and Kumar, V. (1992). Role of the indigenous drug saptamrita lauha in hemorrhagic retinopathies. *Ann. Ophthalmol.* 24, 5–8.

Shekelle, P.G., Hardy, M., Morton, S.C., Coulter, I., Venuturupalli, S., Favreau, J., and Hilton, L.K. (2005). Are Ayurvedic herbs for diabetes effective? *J. Fam. Pract.* 54, 876–886.

Shivpuri, D.N., Menon, M.P., and Prakash, D. (1969). A crossover double-blind study on *Tylophora indica* in the treatment of asthma and allergic rhinitis. *J. Allergy* 43, 145–150.

Singh, B.B., Mishra, L.C., Vinjamury, S.P., Aquilina, N., Singh, V.J., and Shepard, N. (2003). The effectiveness of *Commiphora mukul* for osteoarthritis of the knee: an outcomes study. *Altern. Ther. Health Med.* 9, 74–79.

SINGH S. & LEVINE M. (2006), « Natural Health Product Use in Canada : Analysis of the National Population Health Survey », *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 13 (2), pp. 240-250

Sridharan, K., Mohan, R., Ramaratnam, S., and Panneerselvam, D. (2011). Ayurvedic treatments for diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst. Rev.* CD008288.

Stough, C., Lloyd, J., Clarke, J., Downey, L.A., Hutchison, C.W., Rodgers, T., and Nathan, P.J. (2001). The chronic effects of an extract of *Bacopa monniera* (Brahmi) on cognitive function in healthy human subjects. *Psychopharmacology (Berl.)* 156, 481–484.

Stough, C., Downey, L.A., Lloyd, J., Silber, B., Redman, S., Hutchison, C., Wesnes, K., and Nathan, P.J. (2008). Examining the nootropic effects of a special extract of *Bacopa monniera* on human cognitive functioning: 90 day double-blind placebo-controlled randomized trial. *Phytother. Res. PTR* 22, 1629–1634.

Susan J Elliott, J.G. (1999). Moving experiences: a qualitative analysis of health and migration. *Health Amp Place* 4, 327–339.

Szapary, P.O., Wolfe, M.L., Bloedon, L.T., Cucchiara, A.J., DerMarderosian, A.H., Cirigliano, M.D., and Rader, D.J. (2003). Guggulipid for the treatment of hypercholesterolemia: a randomized controlled trial. *JAMA* 290, 765–772.

Thomas, F. (2010). Transnational health and treatment networks: meaning, value and place in health seeking amongst southern African migrants in London. *Health Place* 16, 606–612.

Tubiana-Rufi N, Du Pasquier-Fediaevsky L. De la complexité du concept d'adhésion au traitement à propos du diabète insulino-dépendant à l'adolescence. *Annales de pédiatrie* 1998;52321-9

Turner V. W., 1972, *Les tambours d'affliction : analyse des rituels chez les Ndembu de Zambie*. Paris : Gallimard.

Ulbricht, C., Basch, E., Szapary, P., Hammerness, P., Axentsev, S., Boon, H., Kroll, D., Garraway, L., Vora, M., and Woods, J., Natural Standard Research Collaboration (2005). Guggul for hyperlipidemia: a review by the Natural Standard Research Collaboration. *Complement. Ther. Med.* 13, 279–290.

Vishal, A.A., Mishra, A., and Raychaudhuri, S.P. (2011). A double blind, randomized, placebo controlled clinical study evaluates the early efficacy of aflapin in subjects with osteoarthritis of knee. *Int. J. Med. Sci.* 8, 615–622.

Vuddamalay, V. (1989). Présence indienne en France. Les facettes multiformes d'une immigration invisible. *Rev. Eur. Migr. Int.* 5, 65–77.

Wong Leo Kwan-Ho (1998) Chinese herbal medicine and acupuncture -How do patients who consult family physicians use these therapies, *Canadian Family Physician*, 44, pp. 1009-1015

Young A., 1976, « Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology », in *American Anthropologist*, (78) 1, pp. 5-24

Zborowski, M. (1952), Cultural Components in Responses to Pain. *Journal of Social Issues*, 8: 16–30.

Zimmermann F., 1995, *Généalogie des médecines douces*. Paris : Presses Universitaires de France

Zola, Irving Kenneth. 1966. "Culture and Symptoms--an Analysis of Patient's Presenting Complaints". *American Sociological Review* 31 (5). American Sociological Association: 615–30.

ANNEXES

Annexe 1 : Exemple de ce qui altère les Doshas

Factors responsible for increasing vata:

- Eating too much bitter, astringent and pungent tasted foods like cabbage, cauliflower, broccoli, sprouts, beans, dry fruits, mushrooms and raw foods.
- Too much traveling by any means of transportation.
- Staying awake till late night or not sleeping at all.
- Eating of junk food, frozen foods and food that has been micro-waved.
- Excessive exposure to high noise level or high sounds.
- Watching too much television and over exposure to computers or any other kind of electric gadgets from strong waves are emitted.
- Indulging in too much sexual activities.
- Excessive imagination, overworking or too much sports.
- Taking too much medicinal, recreational and stimulating drugs.
- Suppression of natural urges like urination, defecation, sneezing, cough, tears etc..
- Emotions like fear and grief.
- Aggravation of vata weakens the nervous system. Other symptoms caused by excess of vata in the body are joint pains, constipation, dry skin, loss of memory, palpitation, insomnia, stiffness of muscles, weight loss, loss of strength, migraine, vertigo, tremors, grief and fear etc.,

Factors responsible for increasing Pitta

- Drinking too much tea, coffee, alcohol.
- Excessive smoking.
- Eating salty, sour, hot and spicy food, eating too much chillis, tomatoes, egg plant or onions.

- Too much exposure to heat and sun.
- Anger.
- Some of the symptoms caused by excess of Pitta in the body are hyperacidity , skin diseases, burning sensation, fever, infections, ulcers, liver disorders, malfunction of sense organs, fatigue, loss of taste and sleep disturbances.

Factors responsible for increasing Kapha

- Eating sweet, salty and sour tastes in excess, fats, oily and fried foods , ice creams, meats, dairy products, and nuts.
- Too much sleep, specially during day time.
- Not doing much physical activity.
- Some of the symptoms caused by excess Kapha in the body are asthma, cold, congestion in the chest, anorexia and obesity.

Annexe n°2 : nomenclature de quelques épices

DHANYAKA (coriandre)

Nom botanique: Coriandrum sativum

Famille: Umbellifères

Nom Français : coriander / coriandre

Description: herbe mince, glabre, ramifiée, annuelle, cultivée dans toute l'Inde, 30-90cm de haut, donnant arôme caractéristique quand on la frotte ; la culture vient à échéance en 2-3 mois après le semis, la plante est extraite avec ses racines ; après séchage, les fruits sont égrenés et séchés au soleil, puis stockés dans des sacs.

Propriétés et Actions:

Rasa: Katu (Piquant), Madhura (Sweet), Kashay (astringent)

Guna: Laghu (la lumière), Snigdha (onctueuse)

Virya: Ushna (fort)

Vipaka: Madhura (douce)

Karma: Calmant des Tridosha. Coriandre fraîche calme spécialement pitta, Deepana (appétant), Pachana (digestif), Mutrala (diurétique), Vatanulomana (élimine les gaz), Grahi (améliore l'écoulement des fluides).

Utilisations:

- calme les trois doshas, principalement Pitta.
- digère ama (toxines) et facilite la digestion.
- Aide à réduire le cholestérol sanguin, bon pour le cœur, régule le foie, a une action anti-inflammatoire.
- Utile dans tout type de problèmes, y compris la douleur abdominale, coliques, flatulences, nausées, vomissements, diarrhée, acidité.
- est également utile dans la fièvre typhoïde.
- soulage toute sensation de brûlure

Parties utilisées : feuilles, graines

Dose : 1-3 g. sous forme de poudre.

Remèdes maison communs:

- L'infusion froide de coriandre pour l'été : Faire tremper 1 cuillère à soupe de poudre de graine de coriandre grossièrement moulue dans 1 verre d'eau, pendant la nuit. Laisser macérer jusqu'au matin et filtrer. L'infusion froide est prête. Peut être prise en ajoutant du sucre candi. Froide, elle peut être utilisée comme boisson quotidienne en été pour maintenir l'équilibre de pitta.

- Cette infusion froide peut être donnée chaque matin contre brûlures d'estomac, diarrhée et sensations de brûlure dans le corps. Peut également être mélangée avec de la poudre de graines de fenouil.

- Contre maux de têtes importants (en raison de la migraine): Peut être utilisée comme infusion froide et aussi comme pâte à appliquer sur le front.

- ulcères buccaux: jus frais de feuilles de coriandre peut être appliqué sur la zone affectée, en bain de bouche

- Rougeur ou brûlure des yeux: des tampons de coton trempés dans du jus frais de feuilles de coriandre et posés sur les paupières, donnent un effet apaisant.

HARIDRA (Curcuma)

Nom botanique: Curcuma longa

Famille: Zingiberaceae

Nom Français : Turmeric / Curcuma

Description : Une plante herbacée vivace, dont la culture vient à échéance après 9-10 mois quand les feuilles inférieures jaunissent, les rhizomes soigneusement déterrés à la main entre Octobre-Avril et traités par macération bouillante et séchage.

Propriétés et Actions:

Rasa: Katu (Piquant), Tikta (Amer)

Guna: Ruksha (à sec)

Virya: Ushna (fort)

Vipaka: Katu (Piquant)

Karma : calme les dosha Kapha Vata et augmente Pitta Varnya (rehausse le teint), Kushthaghna (bon pour les troubles de la peau), Raktastambhana (arrête le saignement), Kandughna (réduit les démangeaisons), Vranaropana (aide à la cicatrisation des plaies), Ruchivardhaka (améliore le goût), Lekhana (action de raclage).

Utilisations:

- Un purificateur antiseptique du sang bien connu.
- Il digère ama (toxines)
- Anti-inflammatoire et soulage la douleur.
- utile dans les infections des voies respiratoires supérieures (curcuma + lait).
- Aide dans le diabète (avec miel et Amalaki).
- Empêche l'accumulation de toxines.
- Aide à la digestion des protéines.
- Supporte la fonction du foie et de la vésicule biliaire.
- Aide à l'expulsion des glaires
- Traite les entorses et les enflures.
- promoteur de teint

Partie utilisée: Rhizome

Dose 1-3 g sous forme de poudre.

Remèdes maison communs:

-Pour la cicatrisation des plaies : Utilisé comme pâte en application locale, réduit la douleur, l'œdème, et améliore la cicatrisation des plaies.

-Contre l'obésité : 2gr de poudre de curcuma, 2gr de poudre de gingembre, et 1 cuillère à café de miel dans de l'eau chaude tous les jours.

-contre les pellicules et la chute des cheveux : pate de curcuma, fruit de noix de l'arbre à savon et shikakai : appliquer sur le cuir chevelu et les cheveux.

Remarque : Il est chaud et sec; donc rôtir dans le ghee avant utilisation.

HINGU (Asa foetida)

Nom botanique : Ferula narthex

Famille: Ombellifères

Nom Français : Asa foetida

Description: Une plante herbacée vivace, originaire du golfe persique et d'Afghanistan, dont on extrait la résine après incisions de la partie supérieure de la racine, sur des plantes de plus de cinq ans d'âge, hachées en mars/avril, juste avant la floraison, l'ensemble du processus étant répété de nombreuses fois.

Propriétés et Actions:

Rasa : Katu (acre)

Guna: Tikshna (piquant)

Virya: Ushna (chaud/fort)

Vipaka: Katu (acre)

Karma: Calme les dosha Vata et kapha, Deepana (appétant), Ruchya (stimule le goût), Artavajanana (favorise la menstruation), Anulomana (soulage les gaz), Chakshushya (améliore la vision), Balya (redonne de la vigueur).

Utilisations :

- calme Vata et Kapha, aggrave Pitta.
- Il est chaud et digestif.
- digère ama (toxines)
- soulage la douleur et, est antispasmodique.
- Bon contre les flatulences, les ballonnements, les coliques, la dyspepsie et l'asthme.
- Aide contre la diarrhée due à l'indigestion.
- Bon contre les troubles menstruels tels que l'aménorrhée et la menstruation douloureuse.

Partie utilisée: Gomme-résine extraite de la racine

Dose : 125-500 mg sous forme de poudre.

Remèdes maison communs:

-douleur dentaire : douleur due à la carie dentaire : appliquer la poudre avec un coton-tige. Réduit la douleur immédiatement.

-Sa poudre peut être prise avec du gingembre dans le cas de l'anorexie, de salivation excessive et de mauvaise haleine.

-en cas de troubles de l'estomac comme douleurs ou ballonnements.

JEERA (cumin)

Nom botanique: Cuminum cyminum

Famille: Apiaceae

Nom Français : Cumin

Description:

Une petite plante herbacée annuelle poussant jusqu'à 40 cm de hauteur. Feuilles alternées, composées, de segment filiforme, avec des bases couvrantes; petites fleurs blanches, en ombelles composées. Fruits verdâtres, devenant gris quand ils sont mûrs, se rétrécissant vers les deux extrémités, couverts de poils en papillons ;

Propriétés et Actions:

Rasa: Katu (acre)

Guna: Laghu (la lumière), Ruksha (à sec)

Virya: Ushna (chaud/fort)

Vipaka: Katu (acre)

Karma: calme les dosha Kapha et Vata, Deepana (appétant), Grahi (aide à l'écoulement des fluides), Medhya (favorise l'intellect), Pachana (améliore la digestion), Vrishya (aphrodisiaque), Balya (redonne vigueur), Ruchya (stimule le goût), Chakshushya (améliore la vision).

Utilisations:

- Il est stomachique, diurétique, carminatif, stimulant, astringent et antispasmodique. Il est utile dans la dyspepsie, la douleur ou la lourdeur de l'estomac due à l'indigestion, la diarrhée, l'anorexie, les vomissements, les flatulences et les coliques.
- Appétant et digestif (deepan et Pachan). Outre le développement de l'appétit, il aide à la digestion de la nourriture et normalise Vata dans le système digestif.
- Il réduit l'inflammation et la douleur superficielle.
- Les graines de cumin ont une action sur le système reproducteur féminin en réduisant l'inflammation de l'utérus.
- Il augmente la production de lait chez les mères allaitantes.
- En normalisant Vata et Kapha, il agit comme un aphrodisiaque.

Partie utilisée : Fruits

Dose : 3-6 gr selon commodités.

Remèdes maison communs :

- Le fruit est utilisé en cuisine comme condiment.
- la poudre de fruits peut être saupoudrée sur le babeurre. (lait battu)
- Dans le cas d'acidité, en prendre avec du sucre candi.
- Dans le cas d'éruptions aigres, en prendre avec du sel de roche noire.
- Dans le cas de brûlures : Sa pâte peut être appliquée avec de la pulpe d'Aloe vera (Kumari).
- Pour le mauvais goût de la bouche: 1gr. de graines de cumin peuvent être mâchées avant les repas.
- Dans le cas d'hyperacidité : prendre une dose de 2 g. avec du jus de coriandre, de cardamome et du sel.

ARDRAKA (Ginger)

Nom botanique: Zingiber officinale

Famille: Zingiberaceae

Nom Français: gingembre

Description:

Une mince et vivace herbacée, avec un rhizome souterrain, qui atteint 2 m de haut. Les rhizomes très ramifiés ressemblant à la forme d'une main avec des doigts irréguliers, ayant des cicatrices circulaires sur toute leur longueur avec de petites écailles en adhérence.

Propriétés et Actions:

Ardraka (gingembre frais)

Rasa: Katu (acre)

Guna: Guru (lourd), Ruksha (sec), Tikshna (piquant)

Virya: Ushna (chaud/fort)

Vipaka: Katu (acre)

Karma: il calme les dosha Kapha et Vata, Deepana (appétant), Rochaka (stimule le goût), Bhedana (pénétrant)

Sunthi (Dry Ginger)

Rasa: Katu (acre)

Guna: Laghu (la lumière), Snigdha (onctueuse)

Virya: Ushna (chaud/fort)

Vipaka: Madhura (doux)

Karma: il calme les dosha Kapha et Vata.

Utilisations:

• Le gingembre frais:

Utile contre la nausée, le froid, la dysménorrhée, l'indigestion, les vomissements, les rhumatismes, la dyspepsie, l'anorexie, l'asthme et la bronchite.

• Le gingembre sec:

Digère ama (toxines), et utile contre le syndrome du côlon irritable, l'indigestion, il stimule l'appétit.

Utile dans la gestion de la polyarthrite rhumatoïde et ses complications. Utile dans les troubles respiratoires comme le rhume, la toux, l'asthme et agit comme un expectorant.

Utile dans la gestion des hémorroïdes.

Action laxative douce.

Partie utilisée : Rhizome

Dose : poudre 1-2 g. Jus 5-10 ml

Remèdes maison communs :

-contre l'indigestion, un jus de 5 ml. avec 5 ml de jus de citron et 200 mg de sel, est efficace.

-contre la toux sèche, un petit morceau de gingembre frais peut être conservé dans la bouche et sucé pour son jus.

-contre les troubles articulaires, 1gr de poudre avec 4gr d'Ashwagandha peuvent être prises quotidiennement.

-contre les douleurs d'estomac aiguës, un mélange de 2gr de gingembre en poudre avec du sucre, est efficace

-Il aide à réduire le poids lorsqu'il est pris en dose de 2gr. tous les jours après le déjeuner.

-Le jus frais mélangé avec du miel aide contre la toux et le rhume.

-manger quelques morceaux de gingembre frais avec du sel avant le repas est bon pour améliorer le feu digestif et favorise donc la digestion.

AJOWAN / Yavani- (graines d'aneth ou mauvaise herbe de l'évêque)

Nom botanique : Trachyspermum ammi

Famille: Apiaceae

Nom Français : graines d'aneth

Description:

Une plante annuelle, herbacée, de 90 cm à 1m de haut, qui doit être arrachée et secouée pour en recueillir les fruits. Les fleurs sont blanchâtres et en forme de parapluie. Les graines sont petites, jaunâtres et de couleur rouille. La floraison a lieu en hiver et les graines en été

Propriétés et actions:

Rasa: Katu (acre), Tikta (amer)

Guna: Laghu (la lumière), Ruksha (sec), Tikshna (piquant)

Virya: Ushna (chaud)

Vipaka: Katu (acre)

Karma : calme les dosha Vata et kapha, Deepana (appétant), Pachana (digestif), Ruchya (stimule le goût), Balya (revigorant), Krimighna (vermifugeant)

Utilisations:

- C'est une plante digestive utile dans des conditions de mauvaise digestion, de flatulences, de ballonnements et diarrhée due à l'indigestion.
- Elle agit comme analgésique et antispasmodique particulièrement efficace contre les spasmes abdominaux.
- Aide à l'amélioration du feu digestif (Agni), contre les vomissements, le hoquet et l'infestation par les vers.
- Efficace contre la toux, coup de froid et les conditions d'asthme.
- Agit aussi en cas de toux chronique.
- Utile pour les maux de gorge et la bronchite.
- Efficace dans la dysménorrhée, rétention d'urine, condition douloureuse de la vessie, etc.

Partie utilisée : Fruits

Dose: 3-6 gr sous forme de poudre.

Remèdes maison communs:

- l'inhalation de la fumée de yavani agit comme bronchodilatateur et aide à respirer.
- Dans le cas de l'anorexie et l'indigestion, prendre une dose de 3gr avec de la nourriture.
- mâcher ses graines après les repas, aide à la digestion et agit comme assainisseur de bouche.
- Elle est utilisée sous forme de cataplasme pour appliquer sur les zones douloureuses.
- Prendre de la poudre avec du sel est un remède maison éprouvé contre l'indigestion et les douleurs spasmodiques.
- Elle contribue à l'augmentation de production du lait maternel.

METHIKA (fenugrek)

Nom botanique: Trigonellafoenum-graecum

Famille: Papilionaceae

Nom Français : fenugrec

Description :

C'est une plante originaire de l'Inde et de l'Europe du Sud. C'est une annuelle aromatique, de 30 à 60cm, légèrement ramifiée avec des racines effilées. Les feuilles sont alternées, trifoliolées, lancéolées et dépliées. Les fleurs sont blanchâtres, solitaires à l'aisselle des feuilles. Les gousses des fruits de 8cm, sont en érection quand elles sont jeunes, puis pliées vers le bas avec 10 à 20 graines par gousse. Les graines sont dures, brun jaunâtre et

angulaires. Certaines sont oblongues, quelques-unes rhombiques, d'autres pratiquement cubiques, avec un côté d'environ 3 mm. Un sillon profond les divise en deux. On les trouve entières et séchées, ou en poudre jaune terne, ou en graines grillées.

Propriétés et actions:

Rasa: Tikta (amer)

Guna: Snigdha (onctueuse)

Virya: Ushna (chaud)

Vipaka: Katu (acre)

Karma: Allège Vata et Kapha Dosha, Deepana (appétant), Vatanulomana (supprime les gaz), Balya (force intérieure), Vrishya (aphrodisiaque), Shothaghana (atténue les gonflements), stanyajanan (Augmente le lait maternel)

Utilisations:

- Utile contre le diabète et réduit le cholestérol.
- aide à la digestion
- purifie le sang et aide à débusquer les toxines nocives.
- Les graines sont utiles pour l'amélioration de la puissance de la mémoire.
- prévient la perte des cheveux. Les graines, source élevée de protéines sont utiles dans le traitement de la calvitie, l'éclaircissement et la chute des cheveux.
- Elle agit comme un émollient naturel, qui aide à renforcer et hydrate les cheveux.
- elle évite les pellicules et les poux.
- Aide à perdre du poids.
- la poudre est aussi utile contre l'arthrite et d'autres douleurs du corps.
- aide à la prévention des rides, des points noirs, boutons, la sécheresse de la peau et les éruptions cutanées.

Partie utilisée: graines, feuilles, et plante entière

Dose: 10-20 ml de jus; Poudre 1-3 gr.

Remèdes maison communs:

- elle entre dans la préparation du Laddu (pâtisserie indienne), largement utilisée par les femmes après l'accouchement. Aide à atténuer la mauvaise digestion, redonne l'appétit et lutte contre l'arthrite au cours du post-partum. (période de nouveaux bouleversements à la fois psychiques et familiaux après l'accouchement)
- elle contribue à l'augmentation du lait maternel.
- lors d'une crise de rétention urinaire, on peut pendre des graines avec du jaggery (sucre brut) et de l'eau.
- Pour la digestion, une décoction des graines peut aider à atténuer la rétention de gaz provoquant les coliques.
- La combinaison de Methika, de gingembre sec et d'eau tiède avec du Jaggery(sucre brut) peut être pris pour des douleurs au bas du dos.
- Un cataplasme de graines en poudre est appliqué sur la partie affectée pour soulager les douleurs articulaires
- Pour perdre du poids, faire tremper quelques graines de fenugrec dans l'eau et les mâcher le matin, l'estomac vide.

LAVANGA (clou de girofle)

Nom botanique: Syzygiumaromaticum

Famille: Myrtaceae

Nom Français : Clou de girofle

Description:

Un arbre cultivé dans de nombreuses régions du monde et dans une mesure considérable en Inde du Sud: les boutons floraux collectés deux fois par an, dans les mois d'Octobre et Février quand ils changent de couleur du vert au rouge, soigneusement séchés et séparés de leurs pédoncules.

Propriétés et actions:

Rasa: Katu (acre), Tikta (amer)

Guna: Laghu (la lumière), Tikshna (piquant)

Virya: Sheeta (froid)

Vipaka: Katu (acre)

Karma: améliore Pitta et Kapha et la qualité du sang, Deepana (appétant), Pachana (digestif), Ruchya (stimule le goût), Chakshushya (améliore la vision), Mutrajanana (diurétique), Sugandhi (aromatique)

Utilisations:

- Aide contre l'anorexie, l'indigestion et l'halitose.
- Efficace contre les vomissements dus aux nausées du matin au cours de la grossesse.
- Utile contre les douleurs d'estomac et les ballonnements.
- Utile contre le rhume, l'asthme, la toux, tympanites, la bronchite, maux de gorge, hoquet et aide à éliminer Kapha dans la tuberculose.
- son pouvoir rafraichissant donc antiacide, est utile contre l'hyperacidité et les maux de tête.
- L'application externe de son essence, est utile contre les douleurs articulaires, maux de tête et les maux de dents.

Partie utilisée : Bourgeon floral

Dose : 500 mgr à 2 gr. sous forme de poudre- en huile essentielle : 2 à 4 gouttes

Remèdes maison communs :

-Pour les maux de tête, de la pâte de clou de girofle est appliquée sur le front.

-en cas de maux de dents graves, un morceau de coton imbibé d'huile essentielle de clou de girofle doit être maintenu sur la dent affectée.

-contre l'anorexie, maux d'estomac et distension gazeuse, il peut être pris avec de la poudre d'asafoetida, du ghee et du sel.

-Son bourgeon, s'il est conservée dans la bouche et mâché, agit comme assainisseur de bouche et contribue à la disparition de la mauvaise haleine

MISHREYA (fenouil)

Nom botanique : Foeniculum vulgare

Famille: Ombellifères

Nom Français : Fenouil

Description:

C'est une tige droite, et herbe aromatique glabre, de 1 à 2 m de haut, cultivée et aussi parfois à l'état sauvage. Les fruits mûrissent en Septembre, les tiges coupées peuvent être séchées au soleil. Après séchage, les fruits sont battus dans un chiffon au soleil, nettoyés par vannage et conservés.

Propriétés et actions:

Rasa: Madhura (doux), Katu (acre), Tikta (amer)

Guna: Laghu (lumière), Snigdha (onctueuse)

Virya: Sheeta (froid)

Vipaka: Madhura (doux)

Karma: calme les Tridosha, Deepana (appétant), Pachana (digestif), Hridya (bonne pour le coeur), Anulomana (supprime les gaz), Balya (revigore), Dahaprashmana (calme les sensations de brûlure)

Utilisations:

- Utile contre l'indigestion, l'anorexie, les vomissements, les flatulences et les douleurs abdominales.
- Bon pour la vision et l'intelligence (Medhya rasayana).
- Agit comme aphrodisiaque, appétant et carminatif.
- Utile contre la distension abdominale, la dysenterie.
- Utile contre les brûlures d'estomac.
- Bon contre la toux, principalement la toux sèche et l'asthme.
- laxatif doux.

Partie utilisée : Fruit, Huile essentielle, Racine

Dose : Poudre : 3 à 6 g. Huile essentielle : 5 à 10 ml, décoction : 20-40ml

Remèdes maison communs:

- le fenouil frit avec de la poudre de gingembre est bon pour les douleurs spasmodiques.
- le lait bouilli avec du fenouil est un remède utile pour la distension abdominale et les coliques chez les enfants.
- au cours d'étés chauds, prendre du fenouil et coriandre avec de l'eau (+ sucre) donne un effet de rafraichissant.
- L'application externe de sa pâte est bonne contre les vertiges et les maux de tête dus à la saison estivale.
- mâcher des graines de fenouil après les repas aide à la digestion

MARICHA (poivre noir)

Nom botanique: Piper nigrum

Famille: Piperaceae

Nom Français : poivre noir

Description:

C'est une plante vivace grimpante de 5 à 10 m de long. Elle escalade à l'aide de courtes racines adhérentes, poussant sur les noeuds. Fruit de baie globuleuse 0,5 à 0,7 cm de diamètre, vert d'abord, tournant au rouge, puis au jaune à maturité, un peu striée, tournant au noir-brun avec la peau ridée après séchage.

Propriétés et actions:

Rasa: Katu (acre), Tikta (amer)

Guna: Laghu (la lumière), Tikshna (piquante)

Virya: Ushna (chaud/fort)

Vipaka: Katu (acre)

Doshakarma: Calme les dosha Kapha et Vata, Deepana (appétant), Pachana (digestif), Rochaka (améliore le goût), Swedakara (sudorifique), Krimihara (vermifuge), Uttejaka (stimulant).

Utilisations:

- Aide contre l'indigestion, les flatulences et les ballonnements.
- Aide en cas de diarrhée et de dysenterie.
- Bon contre le rhume, la toux et en condition asthmatique.. Agit comme un expectorant.
- Utile contre les maladies de la peau à la fois en application interne et externe.
- Bon contre les fièvres intermittentes.
- Son huile est utilisée pour le massage dans les conditions douloureuses et inflammatoires de la polyarthrite rhumatoïde et la goutte.
- L'huile est également utilisée en application locale contre les maladies de la peau.
- Utile contre les caries dentaires et les maux de dents.
- Utile contre la faiblesse et le relâchement du sphincter anal.

Partie utilisée: Fruit

Dose: 0.5gr à 1gr

Remèdes maison communs:

- En cas de maux de dents, sa décoction peut être utilisée en gargarismes.
- Sa poudre est utilisée avec de l'eau salée chaude pour se gargariser dans des conditions d'infections des voies respiratoires supérieures comme la pharyngite, maladies de la gorge et les maux récurrents de la bouche comme les caries dentaires, la mauvaise haleine et les ulcères.
- Contre la toux, sa poudre est donnée en dose de 500 mg avec du miel, du beurre fondu et du sucre.

ELA (Cardamome)

Nom botanique: Elettaria cardamomum

Famille: Zingiberaceae

Nom Français : Cardamome

Description:

La cardamome est une plante typique du type gingembre sauf qu'elle est très grande, droite et haute de 4 à 5m. Épaisse, ses rhizomes charnus donnent lieu à ériger des pousses qui portent deux rangées de feuilles en forme de lance-linéaire chacune d'environ 60 cm de long. Les feuilles sont lisses et vertes, foncées dessus, soyeuses et

plus pâles au dessous. Elle se rétrécissent en un point aiguë. Les fruits sont à paroi mince, la peau lisse, de forme oblongue, capsules verdâtres d'environ 1 à 2 cm de long. Chacune contient de 15 à 20 graines, brun rougeâtre, aromatiques. Mettre des gousses de cardamome est fréquent dans la cuisine indienne.

Propriétés et actions:

Rasa: Katu (acre), Madhura (douce)

Guna: Laghu (la lumière), Ruksha (sec)

Vipaka: Katu (acre)

Virya: Sheeta (refroidissement)

Doshakarma: calme les Tridosha , surtout Vata et Pitta; Deepana (appétant), Pachana (digestif), Mutrala (diurétique), Vrishya (aphrodisiaque)

Utilisations:

- Utile dans des conditions de vomissements et de nausées.
- Aide contre l'indigestion, l'anorexie et les sensations de brûlure.
- Utile pour le coeur (cardiaque), l'asthme, la toux et une soif excessive.
- Recours effectif contre l'halitose.
- En raison de son effet laxatif doux, il améliore doucement les situations de constipation. Contribue également à la dysurie (brûlures digestives douloureuses).

Partie utilisée: Toute la gousse de fruits et les graines

Dose : 0,5gr à 1 gr.

Remèdes maison communs:

-contre la toux excessive, deux gousses de cardamome, un petit morceau d'écorce de cannelle et un morceau de réglisse doivent être mâchés. Cela aide à l'expectoration.

-contre l'étourdissement, la nausée, ses graines peuvent être prises avec de la poudre de cumin et du jus de citron lime.

-Mâcher des graines de cardamome contribue à améliorer l'haleine de la bouche.

KATUVEERA (piment rouge)

Nom botanique: Capsicum annum

Famille: Solanacées

Nom français : piment rouge

Description:

Il est un arbuste ayant la durée de vie bien connu de 1 an ou plusieurs années. Les feuilles sont ovales avec pointe étroite. Les fruits sont vert lorsque brut et rouge quand déchiré. Les fruits contiennent de nombreuses graines. Il est utilisé comme ingrédient dans la friture principe. Elle est une source de Vit.C

Propriétés et actions:

Rasa: Katu (acre)

Guna: Laghu (la lumière), Ruksha (sec), Tikshna (piquant)

Virya: Ushna (chaud/fort)

Vipaka: Katu (acre)

Doshakarma: calme les dosha Kapha et Vata, aggrave Pitta, Deepana (appétant), Pachana (digestif), Anulomana (élimine les gaz), Lekhan (action de raclage), Rakta utkleshaka (pollue le sang), Hridyottejaka (stimulant cardiaque), Mutrala (diurétique)

Utilisations:

- aide à la digestion, contre les flatulences et l'anorexie. Agit comme un apéritif et est carminatif mais provoque une sensation de brûlure.
- Utile contre l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde, le délire et l'alcoolisme
- Utile contre la fièvre, l'obésité, à petites doses agit comme diurétique dans la rétention.
- Son application externe aide la lombalgie, la douleur sciatique et les maux de tête.
- Il agit comme stimulant cardiaque et aphrodisiaque

Partie utilisée: Fruit

Dose: 30-60 mg

Remèdes maison communs :

-en gargarismes contre les troubles de la gorge.

-En pâte, appliquer sur les morsures de chien pour réduire la douleur et éviter la formation de pus.

-contre le choléra, la poudre mélangée à asa foetida et le camphre est donnée pour améliorer la digestion et prévenir la faiblesse excessive dans le corps.

JATIPHALA (Nutmeg ou noix muscade)

Nom botanique: Myristica fragrans

Famille: Myristicaceae

Nom français: noix muscade

Description:

C'est un grand arbre avec des branches fines. Les feuilles sont comme celles du Jamun, vert foncé du côté dorsal et jaune pâle du côté ventral. Le fruit est appelé macis, et devient couleur corail sur le séchage. La graine avec sa coquille dure enfermée dans cette masse est appelée noix de muscade. Pendant la maturation, les fruits se rompent d'eux mêmes et le macis est enlevé pour recueillir la muscade.

Propriétés et actions:

Rasa: Tikta (amer), Katu (acre)

Guna: Laghu (la lumière), Tikshna (piquante)

Virya: Ushna (chaud)

Vipaka: Katu (acre)

Doshakarma: calme les dosha Kapha et Vata, Rochaka (stimulateur de goût), Deepana (appétant), Pachana (digestif), Anulomana (supprime les gaz), Grahi (facilite l'écoulement des fluides), Vatanulomana (supprime les gaz), Krimighna (vermifuge), Yakritotejaka (stimulant du foie), shotha har (calme les ballonnements), Utejaka (stimulant), Vedana sthapan (analgésique), Kushthaghan (calme les troubles de la peau), Durgandha Nashaka (supprime les mauvaises odeurs)

Utilisations:

- Aide contre l'anorexie, l'indigestion, les troubles hépatiques, la diarrhée, la colite et les helminthiases.
- Agit comme un apéritif, digestif, stimulant du foie, carminatif et astringent.
- Agit comme analgésique, stimulant et déodorant.
- Utile contre l'insomnie, les convulsions et la fièvre avec diarrhée.
- Agir comme un bon expectorant dans les troubles de Kapha.
- Utile contre la rhinite chronique, la toux, dyspnée et le hoquet.
- Il améliore le goût.
- Son huile est utilisée en massage contre le relâchement de la peau.
- Il est efficace contre la dysménorrhée et l'éjaculation précoce.

Partie utilisée : graine (noix de muscade) et coque (macis)

Dose : 250 mg à 1 gr et 1 à 5 gouttes d'huile

Remèdes maison communs:

- Chez les enfants, contre les chaud et froid et la fièvre commune, elle est mélangée avec de l'huile de moutarde et appliquée sur le front.-
- Sa pâte est appliquée pour les maux de tête.
- Utilisée sous forme de pommade comme déodorant et comme analgésique dans les troubles de la peau.
- Pour l'insomnie, une pincée de sa poudre est ajoutée dans une tasse de lait prise au coucher

KUMKUMA (Safran)

Nom botanique: *Crocus sativus*

Famille: Iridaceae

Nom français : Safran

Description:

C'est un arbuste dont les feuilles partent de la base de la tige et disposées de façon compacte. Les fleurs sont de couleur violette. Sur chaque fleur, il y a 3 étamines de couleur jaune. Les graines : l'ovaire est trilobé et dans

chaque lobe se trouvent de nombreuses graines rondes. La tige du gynécée est faite de trois fibres et chaque fibre est un stigmate coloré. Il est appelé Kesar ou safran. Chaque fleur produit trois fibres et vingt fleurs donnent 120mg de safran. La plante fleurit en automne ou en fin de saison hivernale.

Propriétés et actions:

Rasa: Katu (acre), Tikta (amer)

Guna: Snigdha (onctueuse)

Virya: Ushna (chaud)

Vipaka: Katu (acre)

Doshakarma: calme les Tridosha, Deepana (appétant), Pachana (digestif), Rochaka (stimule le goût), Grahi (facilite l'écoulement des fluides), Varnya (activateur de teint), Yakritotejaka (stimulant du foie), Durgandhahar (évite les odeurs), Sweda Janana (sudorifique), Vedana sthapana (calme la douleur), Chhardi nigrahana (atténue l'envie de vomir), Balya (redonne vigueur)

Utilisations:

- utile dans la débilité nerveuse, la migraine, l'arthrite rhumatoïde et les douleurs causées par vata.
- Agit comme un apéritif, digestif et stimulant du foie
- Aide contre la diarrhée et les vomissements.
- Utile contre les troubles de la peau et améliore le teint.
- Utile contre l'impuissance, la dysménorrhée, l'aménorrhée et la fatigue.
- aide contre la variole
- Agir comme un bon rajeunissant depuis les temps anciens.

Partie utilisée: les étamines

Dose: 5-10 étamines

Remèdes maison communs :

- Utile en application externe dans les lésions d'hyperpigmentation de la peau et de maux de tête.
- Sa pâte peut être appliquée sur les plaies.
- Chez les enfants, contre les coups de froid, peut être donné dans le lait chaud et appliqué à l'extérieur sur le front et la poitrine.

RAJIKA (graines de moutarde)

Nom botanique: Brassica juncea

Famille: Crucifereae

Nom français : moutarde noire

Description:

C'est un arbuste vivace de 6 à 9 cm high, portant de longues feuilles et des fleurs jaunes qui fleurissent en été. La graine de moutarde est utilisée pour ajouter de la saveur et de la couleur dans les différentes formes de l'huile alimentaire. L'huile extraite des graines est également utilisée comme agent de conservation. La puissance chaude de la moutarde contribue à augmenter les sucs digestifs dans le tractus gastro intestinal.

Propriétés et actions:

Rasa: Katu (acre), Tikta (amer)

Guna: Tikshna (piquante)

Virya: Ushna (chaud)

Vipaka: Katu (acre)

Doshakarma: calme les dosha Kapha et Vata, Deepana (appétant), Pachana (digestif), Raktapittakar (hémorragique) Shoolhar (calme la douleur), Krimighna (vermifuge), Swedajanana (sudorifique), Uttejaka (stimulant)

Utilisations:

- aide contre l'anorexie et l'indigestion.
- aide contre les douleurs abdominales, infestation par le ver et la splénomégalie.
- est utilisée comme un émétique dans le traitement de l'empoisonnement interne.
- En raison de son action sudorifique, elle est utile contre les troubles de la peau.
- la pâte de ses graines peut être appliquée sur la peau en cataplasme contre les coups de froid ou contre les déséquilibres de Vata.
- cataplasme également contre les maux de dos, dans le cas de paralysie, de crampes abdominales, de l'arthrite, etc.

Partie utilisée: les graines et l'huile

Dose : en poudre 1-3 gr

Précautions: l'huile de moutarde noire doit être utilisée avec prudence et sous surveillance médicale.

Graines de moutarde

TWAK (cannelle)

Nom botanique: Cinnamomum zeylanicum

Famille: Lauraceae

Nom français: Cannelle

Description:

C'est un arbre de taille moyenne à l'écorce épaisse et rouge pâle. La partie interne est de couleur rouge; les feuilles sont velues et comme du cuir. Leur côté dorsal est brillant et strié de 3 à 5 veines. Les fleurs sont de couleur sombre. Les fruits sont violets et de 12 cm de long. L'arbre porte des fleurs et des fruits au printemps.

Propriétés et actions:

Rasa: Katu (acre), Tikta (amer), Madhura (douce)

Guna: Laghu (la lumière), Ruksha (sec), Tikshna (piquante)

Virya: Ushna (chaud)

Vipaka: Katu (acre)

Doshakarma: Calme les dosha Kapha et Vata, Deepana (appétant), Pachana (digestif), Vatanulomana (supprime les gaz), Uttejaka (stimulant), Krimighna (vermifuge), Grahi (favorise l'écoulement des fluides), Vedanasthapaka (calme la douleur), Garbhashya uttejaka (stimulateur utérin), Vrana ropaka (propriétés cicatrisantes)

Utilisations:

- Il agit comme un apéritif, digestif, carminatif et stimulant le foie
- Aide contre l'anorexie et à la digestion et évite ainsi la formation de ama (toxines et indigestion), contre les douleurs abdominales
- agit comme un stimulant cardiaque, purificateur du sang et favorise la numération des globules blancs
- c'est un expectorant et elle est utilisée comme un antituberculeux.
- agit comme un hémostatique, contre les ulcères et comme un diurétique
- Utile dans ménorrhée et a des propriétés aphrodisiaques.

Partie utilisée: écorce, feuilles et en huile

Dose : en poudre d'écorce et de feuilles : de 300mgr -1gr, en huile : 2 à 5 gouttes

Remèdes maison communs:

- Utilisé en bain de bouche contre la mauvaise haleine
- Mâcher de la cannelle garde les dents en bonne santé.
- contribue également à éviter ou atténuer la nausée.
- en pâte, peut être appliquée localement en cas de maux de tête et d'inflammation
- en cas de douleurs dentaires, un morceau coton trempé dans 1 ou 2 gouttes de son huile, soulage la douleur.

Cannelle

PUTIHA (Menthe)

Nom botanique: *Mentha spicata*

Famille: Labiateae

Nom français : menthe lancéolée

Description:

C'est un arbuste annuel ayant une forte odeur. Les feuilles sont tendres et dentelées. La fleur est portée en inflorescence au bout de la tige.

Propriétés et actions:

Rasa: Tikta (amer), Katu (acre)

Guna: Laghu (la lumière), Ruksha (sec), Tikshna (piquante)

Virya: Ushna (chaud et doux)

Vipaka: Katu (acre)

Doshakarma: calme les dosha Vata et Kapha, Deepana (appétant), Rochaka (stimulateur de goût), Vatanulomana (supprime les gaz), Krimighna (vermifuge), Chhardi nighrana (réduit les vomissements)

Utilisations:

- elle agit comme un apéritif, digestif et rafraîchit la bouche
- elle régule les fonctions urinaires et augmente les menstruations
- Utilisé contre la faiblesse cardiaque, la toux, l'asthme et le hoquet.
- Aide contre la dysurie, l'aménorrhée et la dysménorrhée
- Utile contre la fièvre, les maladies de peau et les empoisonnements.

Partie utilisée: Feuilles et huile

Dose: jus de feuilles : 5 à 10 ml, huile : 1 à 3 gouttes et en infusion chaude 20-40 ml

Remèdes maison communs:

- en pâte de ses feuilles avec du cumin, du citron et du sel : stimule l'appétit
- en pâte mélangée avec aloevera peut être appliquée sur la peau contre les coups de soleil.
- Son jus, mélangé avec de l'eau peut être pris en gargarisme en cas de mauvaise haleine.

Annexe n°3 : Nomenclature de quelques plantes ayurvédiques (M.Panday 2013)

Asparagus racemosus Willd. Shatavari A potent Ayurvedic rejuvenative. It supplies many female hormones and mostly recommended for those women who have hysterectomies. It also helps to maintain urinary tract and strengthens the immune system and also purifies the blood.

Commiphora mukul Engl. Guggul A major ingredient in joint and immunocare and regarded as a remedy in Ayurvedic medicine; it increase white blood cell count to possess strong immuno-modulating properties. It also protects against the common cold as well as used in various other conditions like lower cholesterol and triglycerides, while maintaining the HDL to LDL ratio.

Cyperus scariosus Br. Nagarmusta Useful in supporting healthy genitourinary system and have hepatoprotective properties.

Garcinia cambogia Dr Garcinia Fruits contain biologically active compounds (–) hydroxycitric acid, which is known to inhibit the synthesis of lipids and fatty acids. HCA inhibits the enzyme ATP-citrate lyase that leads to reduce production of acetyl CoA, which is a key substance in fat and carbohydrate metabolism. Therefore, formation of LDL and triglycerides is very low. It also suppresses appetite by promoting synthesis of glycogen. That way the brain gets signals of fullness and satisfaction sooner. Garcinia contains significant amounts of vitamin C and used as a heart tonic.

Glycyrrhiza glabra L. Yashtimadhu, Licorice It is a versatile medicine in India and China, for gastrointestinal health. It is a mild laxative, soothes and tones the mucous membranes, and relieves muscle spasms. It is an antioxidant, cancer protecting, botanical boosting, and certain immune functions such as interferon production. Its mode of action is as an antimutagen, preventing damage to genetic material that can eventually result in cancer.

Gymnema sylvestre R. Br. Gurmarar Its Sanskrit name means literally “sugar destroyer,” has a glycolytic action, and reduces the strength of a glucose solution. It has been used in Ayurveda to regulate sugar metabolism for several centuries. It increases insulin production, regeneration of pancreas cells, and the site of insulin production. Another property is abolishing the taste of sugar, so that Gurmarar has been effective to suppress and neutralize the craving for sweets.

Melia azadirachta L. Nimba, Neem It has strong health alleviating activity, used as a tonic and astringent that promotes healing. The extract has antispasmodic action. Its usage in

Ayurvedic medicine for thousands of years has proved its detoxifying properties. It has shown most beneficial effects for the circulatory, digestive, respiratory, and urinary systems.

Momordica charantia L. Karela, Bitter melon Karela has been widely used in Ayurvedic medicine. It contains Gurmarin, a polypeptide considered to be similar to bovine insulin, and has a strong sugar regulating effect by suppressing the neural responses to sweet taste stimuli.

Moringa pterygosperma Gaertn Shigru, Horseradish tree Shigru contains physiologically active principles that is effective in a broad range of health needs. It contains “Pterygospermin,” an antibiotic-like substance.

Mucuna pruriens Baker Kiwanch, Kapikachchhu, Cow-itch plant It is a good natural source of L. dopa. In the Ayurvedic system it is reported as an effective tonic for nervous system. Studies have demonstrated its usefulness maintaining optimum performance of the nervous system.

Nardostachys jatamansi DC. Jatamansi, Musk root Jatamansi is a relaxing plant, effectiveness for mental health. It is used in various Ayurvedic formulations as a potent ingredient. It has been shown effective in maintaining a restful sleep and with many menopausal symptoms.

Piper longum L. Pippali, Indian Long Pepper Pippali is a powerful stimulant for both the digestive and the respiratory systems and has a rejuvenating effect on lungs. It plays an important role in release of metabolic heat energy. This effect is the result of increased thyroid hormone level in the body. Pippali a typical Ayurvedic complementary component whose benefit is to increase the bioavailability and enhance absorption of the other active ingredients.

Piper nigrum L. Maricha, Black pepper The black pepper is one of the most important spices which is widely used to amplify the body's ability to absorb nutrients contained in the food and aid the digestive process.

Bergenia ligulata Wall Pasanavheda It has the unique property like diuretic action with optimum urinary tract health. This important drug supports bladder by acting on the crystalloid-colloid balance and keeping calcium salts in solution.

Terminalia chebula Retz. Haritaki Haritaki is a safe and effective purgative, expectorant, and tonic. It is an important ingredient of the classical Ayurvedic formulation “Triphala” which has a combination of three fruits. Tiphalpha is an important Ayurvedic

medicine, which promotes health through successive steps of purification and detoxification. It is known to have strong antimutagenic activity, because of its very rich content vitamin C.

Tinospora cordifolia Miers Guduchi Guduchi is a rich source of natural vitamin C and effective in inhibiting the growth of bacteria and in building up the immune resistance and has immune-boosting ability. Use of this plant increases white blood cells the killing ability of macrophages, the immune cells responsible for fighting invaders.

Withania somnifera (L.) Dunal Ashwagandha In Ayurvedic medicines Ashwagandha holds a place similar to Ginseng in traditional Chinese medicinal therapies. It is also called the “Indian Ginseng.” It has been used for thousands of years as a popular remedy in Ayurvedic systems for many conditions. It is one of the best health tonics and restorative agents that have been used to treat general debility.

Zingiber officinale Rosc Sunthi, Ginger Ginger is considered an adjuvant in many Ayurvedic formulas in which it enhances absorption and prevents gastrointestinal side effects. It is a very common spice which is used in Ayurvedic medicine to improve digestion and to prevent nausea. These properties help bowel movements and relax the muscles which control the digestive system.