



médecine

Laurent Pordié

► **To cite this version:**

Laurent Pordié. médecine. Dictionnaire de l'Inde, Larousse, Paris, pp.323-328, 2009. <halshs-00516487>

HAL Id: halshs-00516487

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00516487>

Submitted on 15 Sep 2010

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

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

Réf. complète : Pordié, L. (2009). Médecines, in *Dictionnaire de l'Inde*, sous la direction de C. Clémentin-Ojha, C. Jaffrelot, D. Matringe et J. Pouchepadass, Paris: Larousse, pp. 323-238.

Médecines

La société indienne abrite des médecines codifiées très anciennes qui coexistent avec des formes thérapeutiques plus récentes et une multitude de pratiques relatives à la santé.

La médecine des *vaidya*

L'*âyurveda*, « science (*veda*) de la longévité (*âyus*) », médecine savante issue de la tradition brahmanique, est fixée dès les premiers siècles de l'ère chrétienne dans des traités sanskrits. Ses origines demeurent incertaines. Les textes fondateurs, *carakasamhitâ* et *Sushrutasamhitâ*, forment avec l'*Astângahridayasamhitâ* de Vâgbhata (VI^e-VII^e siècle), le socle littéraire de la doctrine classique. La théorie médicale se fonde sur des principes physiologiques et pathologiques humoraux, qui expliquent à la fois le corps sain et ses dysfonctionnements. L'homme et la maladie sont indissociables de leur environnement écologique et social, ce qui fait de l'*âyurveda* classique plus qu'une médecine selon l'acception communément retenue en Occident.

La gigantesque littérature ayurvédique ne constitue pas la seule autorité dans l'exercice de la médecine et les textes font, de surcroît, l'objet d'interprétations multiples de la part des thérapeutes (*vaidya*), qui conduisent à une pratique relativement hétérogène. Cette médecine s'apprend traditionnellement durant de longues années auprès d'un maître, habituellement brahmane érudit en sciences classiques et en sanskrit, dont le savoir est transmis par lignée héréditaire.

Cette catégorie de *vaidya*, qui bénéficie encore aujourd'hui d'une forte légitimité traditionnelle, tend cependant à s'éteindre. Les maîtres de l'*âyurveda* sont remplacés par des thérapeutes issus de castes diverses et plus sommairement éduqués dans les nombreux collèges de médecine ayurvédique.

Des transformations identiques concernent la médecine siddha, qui est très proche de l'*âyurveda* d'un point de vue théorique mais se distingue notamment par le développement de l'alchimie et l'absence d'un ancien monopole de caste. Originaires du pays tamoul, elle est considérée comme étant l'héritage de saints de tradition shivaïte dénommés *siddhars*. La période de différenciation entre l'*âyurveda* et la médecine tamoule reste incertaine, bien que les thérapeutes siddhas revendiquent habituellement leur antériorité.

L'influence de la médecine gréco-arabe

La conquête musulmane introduit la médecine gréco-arabe, qui prend en Asie du Sud le nom de médecine *yûnânî*. Les principes doctrinaux proviennent des traditions médicales d'Hippocrate (vers 460-377 avant notre ère) et d'Avicenne (Ibn Sina, en arabe, 980-1037). Cette médecine se développe en Inde à partir du XIII^e siècle, particulièrement lors de la période moghole (1526-1858). Son ancrage dans la culture islamique n'empêche pas l'existence de praticiens hindous, dont certains savants composent de nombreux textes médicaux en persan. Des textes inspirés de la médecine *yûnânî*

sont également élaborés en sanskrit et dans diverses langues vernaculaires. Les échanges et l'enrichissement réciproque entre praticiens ayurvédiques et *yūnānī* sont également notables dans le domaine des pharmacopées, de la pratique médicale et de la chirurgie.

Le terme *yūnānī*, qui signifie « grec » (ionien) en arabe, apparaît dans les titres d'ouvrages spécialisés dès la fin du XVIII^e siècle, puis se généralise graduellement au XIX^e siècle. La référence ainsi rendue explicite aux origines de la médecine *yūnānī* inscrit cette dernière dans une longue lignée scientifique, malgré les remaniements dont elle a fait l'objet dans le sous-continent. Elle signale la volonté de certains praticiens (*hakim*) de séculariser leur médecine et d'y incorporer de nouvelles idées nées de leur dialogue avec la médecine coloniale.

La médecine coloniale

De nombreux médecins européens exerçant dans les colonies éprouvent de la curiosité pour l'herboristerie locale et les savoirs vernaculaires. Garcia da Orta (vers 1501-1568), médecin et naturaliste portugais, compose un ouvrage rendu célèbre depuis, *Colóquios dos simples* (1563), dans lequel il décrit des maladies, consigne les dénominations et les usages des plantes locales et fait état de ses connaissances sur la médecine avicennienne. Mais cette ouverture aux thérapies indiennes concerne essentiellement les XVII^e et XVIII^e siècles et prend fin au cours du siècle suivant, caractérisé par le scepticisme scientifique. La domination de la médecine et de la science européenne s'impose graduellement. La Native Medical Institution (Calcutta, 1822) est fermée peu après son édification car le personnel médical indien y reçoit des leçons relatives à la « médecine scientifique » et aux thérapies vernaculaires. L'édification du Calcutta Medical College en 1835 met fin à ce type d'approche pluraliste.

Les élites indiennes jouent un rôle important dans l'installation et la pérennité d'institutions médicales. L'École de Goa (1842) n'est que le résultat partiel de l'action coloniale dans la région. Ce n'est qu'au début du XX^e siècle que le gouvernement du Portugal prend pleinement en charge cette école, dans laquelle sont formés des médecins destinés aux colonies portugaises de l'Afrique. Les politiques sanitaires de l'Inde britannique nourrissent également les besoins coloniaux en se concentrant initialement sur les Européens et l'armée. Mais l'Empire n'est pas indifférent aux conditions sanitaires des populations. Le développement relativement fastidieux des services médicaux jusque dans les années 1920 s'explique par les nombreuses contraintes financières, humaines et techniques qui pèsent sur l'administration coloniale. Les projets de santé publique font parfois l'objet d'oppositions politiques, car leur mise en œuvre nécessite le prélèvement de taxes. Le faible nombre de praticiens et leur qualité limitent les initiatives privées, pourtant encouragées. Des subventions ponctuelles sont accordées, particulièrement en période d'épidémies (1880-1900), aux autorités indiennes qui gèrent l'administration sanitaire.

La population demeure longtemps réfractaire à la médecine européenne, comme l'indique la résistance généralisée au vaccin contre la variole au cours du XIX^e siècle. Les thérapeutes locaux sont très populaires. Cette situation soulève au début du XX^e siècle l'inquiétude des colons soucieux d'un possible déclin de leur médecine. La Grande-Bretagne intervient directement en Inde dans l'entre-deux guerres afin de rehausser le niveau des formations, rendant caducs les certificats dont sont alors dotés les médecins indiens. La qualité de l'éducation médicale est rendue prioritaire, au détriment de l'élargissement de la couverture sanitaire.

Cette réorientation produit également des effets sur la façon dont les médecines ayurvédique, *yūnānī* et siddha, sont envisagées dans les périodes de pré- et post-Indépendance. Les curriculums des collèges médicaux modernes sont standardisés. Les praticiens s'organisent sous l'influence du discours nationaliste et face à l'hostilité des politiques coloniales envers les médecines indiennes : de nombreux collèges et entreprises pharmaceutiques sont créés ; les thérapeutes se regroupent en associations (dont certaines comprennent *vaidya* et *hakim*) ; ils diffusent leur savoir grâce aux nouvelles techniques d'imprimerie ; des matières relevant de la médecine moderne, comme l'anatomie, sont intégrées aux formations institutionnelles. Ces transformations correspondent à une recherche de légitimité et à une (re)conquête de territoires. Elles limitent également l'importance des sciences traditionnellement rattachées à la médecine et accordent à la matière médicale une place tout à fait centrale.

Les médecines aujourd'hui

C'est dans l'opacité de ce faisceau politique, social et culturel que ces médecines sont produites en « systèmes nationaux », laissant croire en leur homogénéité respective.

En 1970, le parlement indien vote l'Indian Medicine Central Council Act, qui confère une reconnaissance importante aux médecines ayurvédique, *yūnānī* et siddha, ainsi qu'au yoga*, à la naturopathie (qui regroupe des approches thérapeutiques, centrées sur la diététique et les interventions externes non invasives, postulant que le corps détient lui-même son propre pouvoir de guérison) et à l'homéopathie – qui est introduite en Inde dans la première moitié du XIX^e siècle. Ces médecines sont ensuite rassemblées sous l'en-tête « Systèmes indiens de médecine et homéopathie » (ISM&H) en 1995.

La médecine érudite originaire du Tibet est longtemps restée en marge de ces développements. La « science des soins » (en tibétain, *gso-ba rig-pa*) est probablement introduite dans les royaumes himalayens aux alentours des X^e et XI^e siècles. La médecine tibétaine est élaborée à partir d'influences composites, provenant principalement des traditions médicales indiennes et chinoises et du bouddhisme. Il s'agit d'une médecine humorale formalisée dans un texte canonique, le *Rgyud-bzhi* (« Quadruple Traité Médical »), composé aux alentours des XII^e et XIII^e siècles, puis complété au XVII^e siècle. Jusqu'à nos jours, les praticiens fondent leur savoir théorique sur ce texte. Cette forme de médecine est aujourd'hui pratiquée le long de l'Himalaya indien, au sein de populations d'influence culturelle tibétaine.

Le remarquable effort entrepris depuis les années 1960 par les réfugiés tibétains afin de ré-instituer leur système médical et de lui assurer une popularité internationale a un impact considérable en Inde. Le gouvernement indien s'intéresse non seulement à la médecine des Tibétains, mais aussi à la pratique ancestrale de la médecine « tibétaine » dans certaines régions du pays. Aujourd'hui, cette médecine est partiellement intégrée dans les politiques sanitaires de l'Union. Les praticiens indiens de « médecine tibétaine » se mobilisent afin que leur art médical soit reconnu par l'État comme médecine indienne.

Les médecines savantes traditionnelles connaissent aujourd'hui des destinées communes. On remarque, tant au niveau des cursus institutionnels que de la pratique individuelle, une intégration prononcée de concepts relatifs à la classification et à la description des maladies, d'outils et de méthodes diagnostiques se rapportant à la « médecine moderne » (biomédecine). La recherche médicale visant à attester leur efficacité thérapeutique est également largement promue. La production en masse

de médicaments et de produits dérivés, dont une partie significative vise l'export, les place désormais au cœur du marché international des médecines alternatives (*yûnânî* excepté). Essentiellement urbaines, elles sont surtout populaires chez les classes moyennes et supérieures.

À l'échelle du pays, la biomédecine est sans conteste la plus accessible et la plus convoitée. Au village comme à la ville, il s'agit d'une forme absolument privilégiée de recours au soin, qui peut survenir de façon concomitante à la consultation d'herboristes, de thérapies religieuses ou de guérisseurs spécialistes. Le réseau de centres de santé et d'hôpitaux s'étend sur l'ensemble du territoire mais il assure une couverture sanitaire de qualité très inégale. La pénurie chronique de médicaments en milieu rural profond, l'absence de médecin dans les centres de santé et la corruption galopante dans les hôpitaux sont des écueils très communs. Le recours biomédical est généralement payant, atteignant parfois des sommes colossales pour les usagers. Les frais de santé sont l'une des premières causes d'endettement en Inde. La dimension économique de la

santé explique en partie le rôle central des pharmacies biomédicales. Les médicaments y sont vendus sans ordonnance et les pharmaciens font office de prescripteurs. Les malades évitent ainsi les frais des consultations et s'en remettent aux officines pour la majorité de leurs maux.

Les grandes métropoles abritent des chaînes hospitalières privées et très lucratives. Ces hôpitaux offrent une image renouvelée de la biomédecine indienne, alliant performance thérapeutique, ultra spécialisation et technologies de pointe. Ces structures sanitaires coûteuses ne sont fréquentées que par une minorité aisée. Elles contribuent à positionner l'Inde dans les premières destinations sanitaires mondiales, en favorisant particulièrement le tourisme médical. Les politiques sanitaires de certains états de l'Union encouragent aujourd'hui cette forme de privatisation de la santé, malgré sa propension à renforcer les inégalités sociales face à l'accès au soin.

LP