

Mémoire de Maîtrise en médecine

Santiniketan:

Exploration anthropologico-médicale de l'offre de soins dans un contexte de pluralisme thérapeutique.

Etudiant

Simonin Valentin

Tutrice

Dresse Lili Herzig
IUMF, CHUV

Co-tuteur

Dr Daniel Widmer
IUMF, CHUV

Expert

Prof. Jean-Nicolas Despland
Dpt de Psychiatrie, CHUV

Lausanne, Décembre 2015

Abstract

Contexte : Le processus de mondialisation en cours engendre une mise en contact de différentes cultures et, par extension de leurs systèmes médicaux, de leurs savoirs et de leurs pratiques. En parallèle, les mouvements de personnes ont acquis un caractère non plus local, mais véritablement global (4-6). Dans ce contexte, le paysage thérapeutique local adopte un caractère pluri-médical et devient le siège de subtiles transformations, déterminées par l'offre thérapeutique proposée à la population et par la demande effective de celle-ci. Toutefois, les multiples facteurs en jeu dans le remodellement d'un système médical ne peuvent pas se résumer à une simple équation reliant l'offre et la demande. Ainsi appréhender les dynamiques de construction et de transformation au sein d'un système médical pluriel nécessite une étude globale anthropologique, médicale et sociologique.

Objectifs : Ce projet de recherche commune, unissant anthropologie et médecine, aspire à une meilleure compréhension des déterminants régissant l'offre et le mode d'accès aux soins de premier recours dans un contexte de pluralisme thérapeutique. L'objectif secondaire est d'identifier les valeurs culturelles et individuelles présentes – visiblement ou non – lors de l'établissement d'une relation thérapeutique de qualité.

Méthode : Un travail d'immersion au sein du système médical pluriel d'une région rurale du Bengale occidental a permis de conduire une série d'entretiens semi-structurés avec des soignants issus de différents horizons. Les entretiens ont ensuite été retranscrits et codés à l'aide du logiciel d'analyse qualitative MAXQDA.

Résultats : L'analyse des entretiens issus du travail d'immersion dans la région de Santiniketan a permis de mettre en évidence une série de facteurs individuels, culturels, démographiques et économiques entrant en jeu - selon différents soignants - dans la construction de l'itinéraire thérapeutique de la population locale.

Conclusion : Le regard croisé anthropologico-médical permet d'identifier les déterminants démographiques ainsi que les valeurs culturelles et individuelles déterminants l'accès d'une population à un système de soins de premier recours. Identifier ces différents facteurs permet, à terme de proposer un catalogue de soins adapté à la demande réelle de la population. De même, mettre en lumière les valeurs en jeu dans la création et la préservation d'une relation thérapeutique permet, à terme de mieux les respecter.

Mots clés : Inde, Anthropologie médicale, Etude qualitative, Pluri-médical, Mondialisation

Introduction	4
Objectifs	6
Méthode	6
Résultats	8
Présentation des soignants rencontrés	8
Etablissements visités	9
Exploration des résultats	10
1. Facteurs individuels :	10
2. Facteurs culturels	14
3. Facteurs démographiques :	16
Discussion	19
Les facteurs démographiques	19
Facteurs culturels	22
Facteurs individuels	25
Limites et intérêts de l'étude	26
Conclusion	27
Annexes et Bibliographie	28
Remerciements	30

INTRODUCTION

FLUX DE SAVOIRS INITIALEMENT LIMITES

Jusqu'à l'aube du XIX^{ème} siècle, la plupart des connaissances pratiques et des traditions se transmettaient oralement et restaient limitées à une population ou à une culture. Depuis l'Antiquité un savoir savant, souvent riche, a été transmis par des écrits lors des déplacements d'individus ou de groupes. Cependant, limités par la lenteur des moyens de transport, la majeure partie de ces échanges était de relativement faible envergure et connue des seuls lettrés.

La conséquence directe de ces contacts limités fut que les savoirs restèrent locaux pendant des siècles, ainsi isolés d'autres systèmes de pensée. Les transformations des règles sociales, ou des philosophies médicales – pour parler d'éléments pertinents ici – n'étaient que peu influencées par des pratiques et des dogmes en vigueur sur d'autres continents. Parfois, au décours d'une invasion - qu'elle soit macédonienne, romaine, barbare, arabe ou mogole - des dogmes exotiques rencontraient des théories séculaires, s'y confrontaient pour parfois s'y métisser, les sublimer ou les occulter.

Ainsi, par exemple, lors des contacts entre la civilisation musulmane et l'hellénisme au travers de Byzance, est née une médecine grecquo-arabe où les dogmes de deux formes de médecine se sont très certainement conjugués, au cours d'un métissage complexe. Et cela a donné ce que l'on appelle aujourd'hui en Inde la médecine Unani, basée sur une conception humorale et élémentaire du corps, considérant la maladie comme étant un déséquilibre des fluides primaires (1). Certains ont même évoqués des échanges antérieurs entre la médecine grecque et la médecine classique indienne par l'intermédiaire de la Perse (2). Cet exemple, illustrant la malléabilité des systèmes médicaux, démontre déjà aux époques anciennes des flux de populations malgré certes, une moindre envergure dans l'espace qu'aujourd'hui.

Souvent décrite comme clé de voûte de la propagation des savoirs, l'apparition de l'imprimerie au courant du XV^{ème} siècle, ne modifia pas massivement cette dynamique. Bien que cette avancée technique permit une augmentation fulgurante du nombre d'écrits, ceux-ci ne demeuraient utilisables que par une minorité de la population initiée à la lecture, ce qui empêchait une propagation généralisée des savoirs.

SITUATION A PARTIR DE LA MOITIE DU 20^{ème} SIECLE

Il faut attendre le XX^{ème} siècle pour constater une des conséquences de la révolution industrielle et ainsi identifier le véritable moteur de la dissémination des savoirs. L'industrialisation de l'Europe, marquée par le développement des technologies de communication et de transport, permit une augmentation des flux de personnes et des savoirs. Parallèlement, le XX^{ème} siècle fût marqué par l'accroissement des inégalités tant sociales qu'économiques : les richesses, l'activité économique, politique et même culturelle se sont progressivement concentrées initialement localement au sein des villes puis globalement selon un clivage Nord-Sud (3).

En réponse à cette concentration des pôles sociaux et économiques, les mouvements de personnes motivés par un gradient de richesses toujours plus important et assurés par des moyens de transport toujours plus efficaces, ont acquis un caractère non plus local, mais véritablement global. Les moyens de communication se développèrent, débouchant à l'extrême sur une société mondialement interconnectée.

Ainsi, à côté du triomphe de l'économie capitaliste, l'accroissement des mouvements migratoires et le développement des moyens de communication furent deux piliers du phénomène de

mondialisation, accordant aux individus, à leurs savoirs et à leurs pratiques un caractère global et non plus local (4).

La conséquence inévitable de ce phénomène de globalisation fût, et reste encore aujourd'hui, une mise en contact de différents modèles théoriques. Les doctrines ainsi connectées entrent en conflit, se mêlent, affirment leur supériorité ou sont rangées parmi les doctrines qui n'ont pas su faire leurs preuves. Il en va de même pour les pratiques - dont seules les plus efficaces, les plus efficaces ou les mieux vendues subsistent - et les cultures, qui évoluent au fil de l'acculturation vers une culture unique, standardisée, mondiale (5,6).

CONSEQUENCE AU NIVEAU MEDICAL

Cette normalisation des doctrines, des pratiques et des cultures, qui se fait aux dépens de savoirs ancestraux, de différences individuelles et culturelles concerne aussi les sciences médicales. En effet, lorsque des nouveaux concepts thérapeutiques apparaissent dans un paysage sanitaire, ils mettent au défi les théories séculairement acquises, font vaciller leurs fondements pour parfois se trouver une place au sein d'un système médical en tant que médecines complémentaires, ou devenant à l'extrême le référentiel médical – déclassant les théories séculaires au rang de médecines traditionnelles (7–9).

Ce constat est également applicable au monde occidental et à sa médecine. En effet, en Europe, la science médicale s'est progressivement développée en se basant sur un expérimentalisme rigoureux, s'efforçant de prouver l'efficacité de sa thérapeutique par une série d'expériences. C'est ainsi qu'au fil des siècles, soutenue par l'objectivité et la rigueur propre à la recherche scientifique, la médecine occidentale - parfois aussi qualifiée d'allopathique, ou « Western Medicine » dont l'Evidence-Based Medicine est le récent développement - a acquis sa position dominante en Europe et dans le reste du monde occidental (10).

Néanmoins, malgré plusieurs siècles de découvertes inattendues, d'expérimentalisme rigoureux et de succès triomphants, la toute-puissance et la domination de la médecine occidentale ne sont plus si indéniables (11). En effet, l'essor des médecines décrites comme alternatives - qu'elles soient Ayurvédique, traditionnelle chinoise, homéopathique ou phytothérapeutique, pour ne citer que les plus connues – illustre une situation de modification progressive de la demande en soins par la population, et peut-être une inadéquation de l'offre thérapeutique fournie par la médecine occidentale.

Toutefois, il est certain que les facteurs en jeu dans le remodellement d'un système médical ne peuvent pas se résumer par une simple équation reliant l'offre et la demande. C'est pourquoi appréhender les dynamiques de construction et surtout de transformation au sein d'un système médical pluriel – qu'ils soit occidental ou non – nécessite une étude globale par une approche anthropologique et sociologique.

M. Khilani définit la démarche anthropologique, déclarant qu'elle « prend comme objet d'investigation des unités sociales de faible ampleur à partir desquelles elle tente d'élaborer une analyse de portée plus générale, appréhendant d'un certain point de vue la totalité de la société où ces unités s'insèrent » (12).

Transposée au monde médical, cette démarche est la mieux à même de mettre en évidence, par l'immersion et l'observation de l'Humain dans son quotidien et dans son rapport au système médical, les déterminants politiques, culturels et individuels intervenant dans la transformation d'un paysage thérapeutique.

C'est dans cette optique que notre étude s'intègre dans un projet de recherche commune, alliant médecine et anthropologie. En effet, identifier les déterminants régissant l'accès aux soins de premier recours – nécessité de base dans toute culture – qu'ils prennent l'apparence de désirs, de besoins ou encore de croyances nécessite de quitter la science déductive pour adopter une position inductive basée sur l'immersion et l'observation, position propre à l'anthropologie. Par l'association d'un point de vue anthropologique à son regard médical, un soignant peut mieux comprendre l'histoire de son patient, de ses besoins, de son parcours thérapeutique futur, le cerner dans sa globalité et en tirer des problématiques qui se posent à plus large échelle pour comprendre les déterminants des itinéraires de soins...

OBJECTIFS

Ce projet de recherche commune, unissant étude de l'Homme dans sa diversité biologique et dans sa diversité culturelle aspire à une meilleure compréhension des déterminants régissant l'offre ainsi que le mode d'accès aux soins de premier recours dans un contexte de pluralisme thérapeutique, comme on peut le trouver dans le Nord de l'Inde.

En effet, l'Inde et plus particulièrement l'Etat du Bengale occidental offrent, en plus d'une richesse religieuse et culturelle, un paysage thérapeutique complexe dans lequel coexistent des guérisseurs hors-castes – issus de la tribu Santal dans la région de notre étude– des soignants hindous et des thérapeutes académiques – allopathiques, ayurvédiques ou homéopathiques.

Ainsi, notre exploration du discours de différents thérapeutes de premier recours concernant l'offre de soins à disposition de la population dans la région de Santiniketan, va tenter de mettre en évidence une série de facteurs historiques, sociologiques, culturels et individuels qui interviennent, selon des soignants issus de divers horizons thérapeutiques, dans le processus de construction de l'itinéraire thérapeutique de cette population.

Finalement, étudier les facteurs entrant en jeu dans la transformation du paysage médical pluriel en Inde permettra – à notre échelle - de mieux concevoir les enjeux du pluralisme thérapeutique en Suisse, constamment remanié par la présence de patients et de praticiens de cultures différentes.

Il est donc possible de formuler la question de recherche suivante : quels sont, selon différents soignants s'intégrant dans le système médical pluriel du Bengale occidental, les déterminants de l'accès aux soins de premiers recours?

METHODE

Pour explorer l'offre de soins de premiers recours dans un contexte plurithérapeutique en Inde nous avons choisi une méthode qualitative basée sur des entretiens individuels semi-structurés avec des soignants officiant dans une région rurale du Bengale occidental.

Le groupe de recherche était constitué de 10 personnes issues de la Société de formation thérapeutique du généraliste (France), de la faculté des Sciences Sociale et Politiques (Laboratoire d'analyse des politiques sociales, santé et du développement) Université de Lausanne, ainsi que de l'Institut Universitaire de Médecine de Famille de Lausanne. Cette collaboration visait à obtenir un regard croisé anthropologique et médical.

Un questionnaire semi-structuré a été élaboré en commun à partir de la question de recherche.

L'échantillon des soignants interrogés a été obtenu par une méthode propre à l'anthropologie (13), le «snowball sampling». Cet échantillonnage consiste à trouver une personne-ressource active dans le milieu qui sera étudié et qui a pour rôle de faciliter l'immersion du chercheur dans ledit milieu. Au fil de l'immersion, le chercheur entre en contact avec d'autres personnes qui le mettent en contact avec d'autres sujets, à la façon d'une boule de neige grandissant en dévalant une pente.

Dans notre étude, l'immersion a été facilitée par les membres du *Craft Council of West Bengal*. Ces personnes étaient impliquées dans la mise sur pied du congrès *Understanding the Adivasi way*, organisé afin de débattre de l'importance de préserver les biens immatériels des tribus de cette région rurale de l'Inde.

L'échantillonnage en «boule de neige» nous a permis d'interviewer un praticien ayurvédique, un médecin homéopathe, 2 guérisseurs de village, un bayd (se définissant comme un guérisseur hindou) et un médecin généraliste. Il nous a également ouvert les portes de l'université ayurvédique de Calcutta, le *J.B.Roy State ayurvedic medical college and hospital*¹ ainsi que de l'hôpital mixte ayurvédique-allopathique de Birbhum².

Les entretiens étaient menés par 3-4 personnes représentant la SFTG, la faculté de SSP ainsi que l'IUMF de l'Université de Lausanne. Ceux nécessitant une traduction Anglais-Bengali, à savoir les rencontres avec les deux guérisseurs et le bayd, ont été traduits par 2 interprètes différents rencontrés, eux aussi, au cours du congrès.

Au fil des 14 jours d'immersion, plusieurs photographies ont été prises et l'évolution du travail a été consignée dans des notes de terrain.

Les entretiens enregistrés et les notes de terrain ont ensuite été retranscrits puis codés grâce au logiciel MAXQDA. Ce logiciel est une aide à l'analyse des études qualitatives, et permet de diviser ou de regrouper des résultats de recherche (questionnaire, entretien, image, etc.) en différents segments, déterminés par les chercheurs et appelés « codes ». Un tel code peut regrouper, par exemple le même champ sémantique, conceptuel, la même thématique, le même traducteur ou le même type de réponse.

Nous avons codés nos résultats en suivant une méthodologie « grounded theory », en français théorie ancrée. Cette approche vise à rester le plus fidèle possible aux résultats et à en retirer des codes pour ensuite élaborer des hypothèses théoriques en fonction de leur regroupement. Pour amenuiser la part subjective de l'appréciation, le codage a été fait indépendamment par 2 chercheurs qui ont ensuite réconcilié leurs analyses.

Le logiciel MAXQDA permet dans un deuxième temps, par fusion des fichiers, de comparer les codages initiaux entre les chercheurs et ainsi de mettre en évidence des codes similaires ou, à l'inverse, ceux jugés non pertinents. A partir des constatations issues de la comparaison des codages initiaux, les résultats sont retravaillés en se concentrant sur ceux identifiés comme importants ou en les regroupant (focused coding et axial coding). A chacune de ces étapes, des memos analytiques sont consignés afin d'éviter d'omettre un élément de réflexion apparu au cours du codage.

Dans notre cas, deux codeurs y ont travaillé et ont comparé leur codage (intercoder agreement). Cette épuration successive nous a permis d'isoler dix éléments de discussion parmi les plus de 800

¹ <http://www.jbroyayurvedacentenary.org>

² <http://birbhum.gov.in/cmoh/cmoh.htm>

segments codés. Tout en sachant que, les codes et les mémos analytiques ont tous été discutés et retravaillés au sein du groupe de recherche.

RESULTATS

Afin de contextualiser les résultats obtenus, la première partie de cette section présente les différents protagonistes rencontrés au cours de notre travail d'immersion ainsi que les observations de terrain relevées. Ces différents soignants ainsi que les établissements visités sont présentés selon l'ordre chronologique dans lequel nous les avons connus.

La deuxième partie expose une série de facteurs individuels, culturels, démographiques et économiques entrant en jeu - selon divers soignants - dans la construction de l'itinéraire thérapeutique des patients. Ces différents éléments proviennent des entretiens réalisés avec les soignants de la région de Santiniketan ainsi que des notes de terrain relevées au fil de notre immersion à Calcutta puis à Santiniketan.

PRESENTATION DES SOIGNANTS RENCONTRES

Le médecin ayurvédique: Jeune soignant officiant dans la métropole de Calcutta après avoir suivi une formation au collège ayurvédique dans la même ville. Nous avons fait sa rencontre au fil du congrès du CCWB et nous avons eu l'occasion de faire deux entrevues avec lui. Il s'exprimait en Anglais et a été accompagné les deux fois par un de ses collègues de la *KVIC*³, commission politique Indienne impliquée dans le développement économique des zones rurales⁴.

Le Bayd est décrit comme un thérapeute non-diplômé, traditionnellement de religion hindoue et travaillant essentiellement avec des plantes ou d'autres substances naturelles⁵. Nous avons été présentés à ce jeune soignant par un des organisateurs du congrès du CCWB. Il se trouvait sur les lieux du congrès car il y exposait une partie des ingrédients utilisés dans sa pratique. Il s'exprimait en Bengali avec une traduction par la même personne qui nous a introduit à lui.

Le « vieux » soignant de village: Il s'agit d'un habitant d'un des villages constituant l'agglomération de Santiniketan, âgé d'environ 70 ans et appartenant à la tribu des Santal. Il tire son savoir d'une transmission orale de connaissances ancestrales ainsi que de son expérience thérapeutique. Il nous a été présenté par une participante du congrès, potière dans un village de Santiniketan. Nous avons rencontré ce soignant dans le studio artistique de notre interlocutrice. C'est d'ailleurs elle qui s'est chargée de la traduction entre l'anglais et le bengali mélangé de santal.

Le « jeune » soignant de village vit également dans un village de Santiniketan, cependant il ne fait pas partie de la tribu Santal. Âgé de 38 ans, il est originaire d'un village du nord de l'Inde spécialisé dans la poterie. Repéré par la potière, il a ensuite été invité à travailler dans son studio. En plus de son activité artistique, il prodigue des soins à la population du village. Son savoir provient de la littérature; selon lui, ses facultés de lecture, sa précision nécessaire à la poterie ainsi que sa curiosité médicale sont autant d'atouts qui font de lui un meilleur soignant. Nous l'avons rencontré dans le studio de la potière lorsque nous avons interrogé son aîné. La traduction a été faite par la même interprète que lors de l'entretien précédent.

³ <http://www.kvic.org.in/> consulté le 24.09.2015

⁴ https://en.wikipedia.org/wiki/Khadi_and_Village_Industries_Commission#Khadi consulté le 24.09.2015

⁵ <https://en.wikipedia.org/wiki/Baid> consulté le 20.09.2015

Au fil de notre immersion, nous avons eu l'occasion de rencontrer une **médecin homéopathe**. Il s'agit d'une médecin allemande, formée à l'homéopathie en Europe. Dans le cadre de sa formation, elle s'est engagée dans l'aide humanitaire dans la région de Santiniketan. Après avoir prodigué des soins « occidentaux » à la population rurale et avoir gagné sa confiance, elle leur a également proposé des traitements basés sur l'homéopathie Hahnemannienne. Dans un deuxième temps, elle a fondé, avec l'aide des sœurs de l'ordre Sainte-Thérèse, un hôpital dédié à la santé des enfants. Cet établissement propose des soins de premiers recours ainsi qu'un programme de vaccination et de lutte contre la malnutrition. Des soins homéopathiques sont également proposés aux patients demandeurs. Cet entretien a été organisé par l'épouse d'un orateur du congrès, impliquée dans les problématiques de santé publique rurale. Il n'a malheureusement pas pu être enregistré et les résultats issus de celui-ci sont basés sur des notes manuscrites.

Le « **GP** », **médecin généraliste** a été rencontré par un membre de l'équipe de recherche resté sur place après notre départ d'Inde. Il s'agit d'un médecin formé à la médecine « occidentale », proche de la retraite. Il officie dans un cabinet aux alentours de Santiniketan. Après quelques années comme médecin du travail dans l'industrie métallurgique, il a acquis une profonde expérience et un regard critique sur le système de santé Indien façonnés par quelques décennies de soins à la population. Lors de l'entretien, il s'est exprimé en Anglais.

ETABLISSEMENTS VISITES

Nos entretiens ont également été complétés par des observations de terrain au sein de trois établissements de soins.

Le premier établissement visité était un **dispensaire de Calcutta**. Selon les dires du médecin responsable, les patients peuvent y recevoir gratuitement prophylaxies, diagnostics ainsi que divers traitements médicamenteux allopathiques utiles au traitement de pathologies essentiellement infectieuses, en citant la malaria. L'autre pôle d'activité de ce dispensaire concernait la santé maternelle et infantile, à travers plusieurs programmes de santé publique alliant éducation, lutte contre la malnutrition ainsi que vaccination. Malheureusement, nous n'avons pas visité pareil établissement à Santiniketan, bien que la politique de santé publique y soit sensiblement similaire.

La deuxième visite nous a permis de découvrir le **collège ayurvédique de Calcutta J. B. Roy Government Ayurvedic Medical College & Hospital**. Nous avons visité le bâtiment dédié à la formation universitaire ainsi qu'aux soins propres au système ayurvédique. Les soins dispensés concernent des pathologies tant médicales que chirurgicales – s'étendant de la polyneuropathie diabétique aux fistules ano-rectales.

En plus de ses pôles académique et thérapeutique, cet établissement dispose également d'un laboratoire de recherche, dont l'un des travaux actuels s'intéresse à mettre en lumière une relation entre la génomique et les *doshas*, les humeurs ayurvédiques, constitutives de tempéraments.

La dernière visite avait pour but de nous présenter l'**hôpital ayurvédique et allopathique de Bolpur**, en périphérie de Santiniketan. Cet établissement regroupe deux bâtiments, abritant séparément des thérapeutes ayurvédiques et allopathiques. Au cours de cette visite, nous avons eu la chance d'assister à la consultation du médecin ayurvédique. Nous avons ainsi pu voir un médecin officiant seul, dans une petite pièce, au sein de laquelle 4 patients attendaient, alors que le thérapeute examinait une 5^{ème}. Il disposait pour cela uniquement d'un stéthoscope et d'un sphygmomanomètre. L'examen consistait en une brève auscultation cardio-pulmonaire au travers des habits ainsi que d'une prise de tension – toujours en laissant le bras couvert. L'entretien en lui-même était très bref, s'achevant par la pose d'un diagnostic sélectionné parmi une liste prédéfinie. Le malade recevait

alors immédiatement une dose de poudre thérapeutique, entreposée sur l'étagère à côté du médecin, avant de quitter la pièce avec le compte-rendu de la consultation et la prescription.

EXPLORATION DES RESULTATS

Ici sont présentés les éléments clés issus des entretiens effectués ainsi que des notes de terrain relevées au cours du travail d'immersion. Lors de chacune des rencontres avec les différents soignants, l'interview (grille d'entretien en annexe) a été dirigée dans le but d'explorer leurs représentations concernant le pluralisme médical dans la région de Santiniketan.

Dans un souci de clarté, l'ensemble de ces facteurs est présenté par un diagramme (fig. 1) issu du logiciel d'analyse qualitative MAXQDA. De plus ils ont été regroupés en différentes catégories selon qu'il s'agisse d'éléments individuels, culturels ou démographiques. Chacun des éléments figurant sur le diagramme sera développé au fil de cette section.

Enfin, dans le but de clarifier la nomenclature utilisée pour la retranscription des entretiens, figure ci-dessous un tableau récapitulatif des différents protagonistes ainsi que des abréviations utilisées.

M	Médecin ayurvédique
JP	Julie Pluie, UNIL – SSP
VS	Valentin Simonin, UNIL – FBM
P, AT	La Potière, réponse traduite
P, ST	La Potière, réponse spontanée, sans traduction
SC	Sophie Chatelard, SFTG / IUMF
Dr	Médecin généraliste
DW	Daniel Widmer, IUMF
H, AT	Interprète du CCWB, réponse traduite
H, ST	Idem, réponse spontanée

1. Facteurs individuels :

Parmi les facteurs individuels, il faut dans un premier temps déterminer s'ils concernent le patient ou le thérapeute.

1.1 Facteurs individuels impliquant le patient

En ce qui concerne les patients, **le style de vie** semble être un élément prépondérant dans le choix du thérapeute. Ceci a rapidement été mis en évidence par le médecin ayurvédique que nous avons rencontré. Selon lui, les personnes travaillant au sein des villes, notamment dans le secteur industriel, sont astreintes à des conditions de travail strictes qui ne leur autorisent pas un absentéisme prolongé. Ainsi, dans un souci de productivité, ils sont demandeurs d'une résolution rapide de leurs symptômes, ce que permettrait la médecine occidentale et ses médicaments. A

l'inverse, en présentant la population rurale, il a suggéré qu'à l'instar du monde animal, les personnes vivant de l'agriculture préféreraient une guérison essentiellement naturelle, basée sur le repos et une thérapeutique simple, comme indiquée par les préceptes de médecine Ayurvédique.

***M:** In rural area and urban area, the use of medicine is different; mainly rural people want to take rest, as because in case of animal (...) this animal just goes to rest. And this is the main medicine in rural area. But in town area, people cannot take rest, you have to go to duty next day. Immediate relief they want. For immediate relief, Western Medicine is good. So there is a headache, if you take rest, 7 to 8 hours, the headache will be gone, but in duty you have to go, like today in the seminar (N.B il parle du congrès du CCWB), so you have to take medicine... You can recover, if you give time, some rest to the body, and you can find it in among the animals, they never take the medicine.*

***JP:** In rural area?*

***M:** In rural area (...) they naturally take the rest, and some plants. They take some plants, and don't take meds. In this way, they are making treatments. In town area, for modern civilization, the problem is the time.*

Retranscription de l'entretien avec le médecin ayurvédique

Néanmoins, ces propos doivent être nuancés. En effet, ce thérapeute ayurvédique n'officie pas au sein du village de Santiniketan mais dans la métropole de Calcutta avec un patientèle essentiellement urbaine. De plus, il faut signaler qu'au cours des 2 entretiens, ce soignant s'est placé en fervent défenseur du style de vie Tagorien : prôné par le poète bengali et prix Nobel de littérature Rabindranath Tagore, il s'agit d'un art de vivre simple, élémentaire, se vivant au jour le jour⁶ nommé livelihood.

Ainsi, ce thérapeute ne semblait pas se prononcer en faveur d'un parcours de soins complexes dans lequel interviennent plusieurs soignants, suggérant qu'à l'instar de sa thérapeutique, l'itinéraire de soins du patient devait être le plus simple, naturel et expectatif possible.

Naturellement, au fil des entretiens avec les différents soignants au sujet du style de vie du patient, la question de **l'appartenance ethnique à une tribu** a émergé. Concernant cet aspect, les deux guérisseurs de village ainsi que le bayd nous ont apporté, de par leur expérience thérapeutique au sein des hameaux tribaux, ce qui peut être considéré comme la vision la plus fidèle à la réalité possible. Étonnamment, le contenu de leur discours n'était pas celui auquel nous nous attendions. Nous nous attendions, à priori, à ce qu'ils pratiquent une médecine réservée à leur tribu, cependant, tant le jeune médecin tribal que le bayd – les deux de confession hindoue – nous ont affirmé ne pas faire de distinction entre les patients selon leur origine.

***VS:** There is no difference in the treatment of a Santal or Hindu person?*

***P, AT:** No, no impossible, that's rubbish (elle rit).*

Retranscription de l'entretien avec le jeune guérisseur

⁶ https://en.wikipedia.org/wiki/Rabindranath_Tagore consulté le 28.09.2015

Ces propos ont été confirmés par la traductrice, lorsqu'elle a mentionné que le deuxième guérisseur du village, le plus âgé et appartenant à la tribu Santal, avait traité sa fille – d'origine non-tribale - pour ce qui semblait être une otalgie.

VS: Can anybody visit him for treatment of diseases he can treat or the people have to be from santal tribe or from the village?

P, AT: He says mostly the tribal come (...) but for him he has no inhibition, he can treat anyone, and I'm an example. He has treated my daughter, so, we are not tribal.

Retranscription de l'entretien avec le guérisseur Santal

Il est toutefois essentiel de nuancer ces propos en résumant le parcours de vie et les conditions de travail de ces soignants.

En effet, le plus jeune des deux guérisseurs de village que nous avons rencontré n'appartient pas à la tribu Santal. Il a été recueilli au sein du village par la potière de Santiniketan, organisatrice et traductrice des deux entretiens avec les guérisseurs de village. Elle l'aurait rencontré au fil d'un de ses voyages dans le Nord de l'Inde et, remarquant son habileté sur le tour de potier, l'aurait convaincu de travailler dans son studio, à Santiniketan. En immigrant au sein du village de Santiniketan, ce jeune potier a apporté avec lui ses connaissances et son savoir faire thérapeutique. Ainsi, de par son chemin de vie, ce jeune guérisseur s'est intégré au sein du village Santal et il semblerait impensable qu'il ne prenne pas en charge la population de son hameau d'accueil.

En ce qui concerne le bayd, nous n'avons que peu d'informations quand à ses origines, néanmoins, les bayds sont classiquement décrits comme des thérapeutes hindous. Le fait que ce thérapeute prenne en charge ses patients indépendamment de leur appartenance ethnique peut s'expliquer par ses conditions de travail déterminées par le type de patients qu'il reçoit. En effet, il nous a décrit prendre en charge des patients ayant pour la plupart un parcours de soins complexes, étant alors un thérapeute de deuxième voire de troisième recours. Dans ce contexte, le caractère complexe ou résistant de la maladie semble être un aspect plus important que l'appartenance ethnique du patient.

Enfin, pour ce qui est du guérisseur Santal, la traductrice nous a affirmé qu'il s'agissait d'une personne extrêmement pragmatique, presque « révolutionnaire » de par ses croyances – ou du moins de par son absence de croyances. Ainsi, malgré trois entretiens avec des soignants d'origines différentes, nous n'avons pas réellement eu de contact avec un « véritable » guérisseur de tribu. En parcourant la littérature anthropologique (5,6), nous nous étions forgé l'image d'un guérisseur tribal comme étant un soignant ésotérique, voire mystique, protégeant avidement un savoir thérapeutique ancestral. Force est de constater que les différents soignants de village que nous avons rencontré ne s'inscrivaient pas dans nos représentations simplistes du système médical indien. Abstraction faite des raisons ayant entraîné un clivage entre nos représentations et la réalité – ce qui sort des objectifs de cette étude – notre travail d'immersion nous a donné un aperçu de la grande ouverture d'esprit et de la tolérance en jeu entre les soignants et leurs patients, sans regard sur leurs origines.

Pour clore le chapitre des facteurs individuels liés au patient, il reste à mentionner un aspect qui a été brièvement développé par le médecin généraliste lorsqu'il a parlé de **la littératie du patient**. Celui-ci a sous-entendu qu'une tranche de la population manquait d'éducation.

SC: (...) And how do you think the patients choose, because their families used to see allopathic doctors and they go same, or...

Dr: Mostly people, they are not so much... educated. They know "I'm going to a doctor"... any ... (parle en Bengali).

SC: Any doctor.

Retranscription de l'entretien avec le médecin généraliste

Difficile de déterminer s'il parlait alors de sa patientèle ou de la population de Santiniketan en général, néanmoins il est clair que le niveau d'éducation des patients – et en particulier la compréhension et **la conception de la maladie** – joue un rôle non-négligeable dans le choix du thérapeute par le malade. On peut ainsi postuler que dans un état comme celui du Bengale Occidental, dans lequel 23% de la population était considérée comme illettrée en 2011 (14), le parcours thérapeutique de la population malade n'est pas fatalement basé sur la recherche d'un remède spécifique à une maladie précise et connue par le patient, mais plutôt sur la quête d'une solution efficace aux souffrances vécues.

1.2 Le type de maladie comme lien entre patient et thérapeute

A ce sujet, **le type de maladie** dont souffre le malade semble être un élément moteur important dans la construction de l'itinéraire thérapeutique. En effet, en interrogeant les deux guérisseurs de village, il en est ressorti que leur champ de compétence comprenait essentiellement des pathologies fréquentes, *infectieuses et aigües*: fièvre, douleurs dentaires, gastro-entérites, infections vénériennes et pneumonies pour n'en citer que quelques unes. Ainsi, de par leur proximité et de leur disponibilité de jour comme de nuit, ces soignants ont acquis une reconnaissance en tant que soignants de premiers recours.

A l'inverse, en posant les mêmes questions au médecin ayurvédique et au bayd, nous avons pu constater que leur champ de compétence était sensiblement différent, comprenant essentiellement *des pathologies plus complexes voire chroniques*, comme l'épilepsie ou le diabète. Ces deux thérapeutes ont d'ailleurs affirmé que la majeure partie de leur clientèle se présentait à eux en deuxième intention, après avoir consulté un autre thérapeute. Ils peuvent donc être considérés comme des thérapeutes de deuxième recours.

Néanmoins, qu'il s'agisse de soignants au contact direct de la population malade ou de médecins formés recevant des patients relativement plus complexes, tous les thérapeutes rencontrés ont reconnu ne pas hésiter à référer aux hôpitaux allopathiques leurs patients lorsque ceux-ci présentaient des critères de gravité ou lorsqu'ils ne s'inscrivaient pas dans leur champ de compétences. Partant de cette constatation, nous avons pu mettre en évidence deux facteurs individuels concernant les soignants, qui entrent en jeu dans le pluralisme médical.

1.3 Facteurs individuels impliquant le thérapeute

Le premier de ces facteurs est peut être celui que notre vision occidentale, conditionnée par les caractéristiques de notre société nous a fait rechercher en priorité. Il concerne **la compétition ou plutôt l'absence de celle-ci entre les soignants**. Comme expliqué ci-dessus, pour reprendre l'exemple des deux guérisseurs de village, ces deux thérapeutes ont acquis des connaissances et un savoir-faire essentiel pour le traitement des pathologies fréquentes en milieu rural. Inévitablement, il s'est produit un chevauchement de leurs champs de compétences. Ainsi, lors de l'entretien avec le jeune guérisseur nous avons remarqué qu'il prenait aussi en charge les affections gastro-intestinales, tout comme son aîné. En abordant le sujet avec lui, il nous a expliqué que son savoir ne se confrontait pas à celui de son confrère, mais qu'au contraire avec son aide, il s'en estimait grand et que cela ne pouvait que bénéficier au patient.

VS: *What would happen if they could treat the same disease?*

P, AT: *He is a very humble guy, he says it would have been very good because I would have learn so much from my seniors, and that old man are all wonderful human beings, and they are good friends together, so he would have got the opportunity to see into the older man's intellect and intelligence and experience. It would do people good.*

VS: *So there would be no concurrence, like I'm better for this treatment...*

P, ST: *No, he is not like that (elle rit).*

Retranscription avec le jeune guérisseur

Cette humilité peut s'expliquer par une pratique médicale fondamentalement différente par rapport à celle que nous connaissons en Europe. En effet, les deux soignants de village que nous avons rencontrés exercent leur activité thérapeutique en complément d'une autre activité lucrative comme la poterie ou l'agriculture. C'est ainsi qu'ils peuvent procurer leurs soins à la population demandeuse sans se soucier d'un éventuel rendement économique, évitant ainsi une compétition basée sur le revenu.

Cette collaboration implicite est d'ailleurs capitale dans la région rurale de Santiniketan lorsque le deuxième facteur entre en jeu. En effet, comme mentionné précédemment, les différents soignants rencontrés présentaient tous **un champ de compétence précis mais limité**, incluant quelques maladies fréquemment rencontrées ou pour lesquelles ils disposaient d'un savoir-spécifique. Cependant, comme la plupart des pays en cours d'industrialisation, l'Inde et plus particulièrement sa population rurale est confrontée à une transition épidémiologique. Concrètement, l'impact global des maladies infectieuses s'est progressivement réduit, de par l'application de programmes de santé publique, ainsi que par l'amélioration des conditions d'hygiène et d'accès aux soins (14). A l'inverse, favorisées par la progression du mode de vie occidental et particulièrement de ses comportements de santé les maladies non-transmissibles – cardiovasculaires pour la plus grande majorité – sont devenues le nouveau défi de santé publique.

Pour en revenir aux différents soignants ruraux et à leur domaine d'expertise restreint - qu'il concerne les maladies infectieuses ou à l'inverse des pathologies non-transmissibles émergentes – nous avons pu constater qu'il existe une inadéquation entre l'offre de soins qu'ils proposent et une demande sanitaire en évolution.

2. Facteurs culturels

Au cours de notre travail d'immersion, nous avons également pu identifier deux facteurs culturels propres à la tribu Santal entrant en jeu dans la construction du chemin de soins de cette population.

Le premier de ces facteurs concerne une valeur prépondérante au sein de cette ethnie dans leur rapport au corps : **la pudeur**. Afin de mieux comprendre ce propos, il faut s'intéresser à la méthode diagnostique utilisée par les deux guérisseurs que nous avons rencontrés. Pour illustrer en même temps l'aspect de la pudeur et la démarche diagnostique, l'exemple de l'urétrite vénérienne semble le plus approprié.

Lorsqu'un malade se présente à eux en rapportant une plainte génitale, les guérisseurs définissent la problématique uniquement par une série de questions, sans examen clinique ni analyse. Typiquement dans le cas de l'urétrite infectieuse, le plus vieux des deux guérisseurs nous a expliqués les différences de plaintes entre la gonorrhée et la syphilis :

P, AT: For syphilis, he's saying that there is a kind of white pus or mucus who comes and there is no smell...

DW: so creamy and no smell is syphilis.

P, ST: Yes.

DW: He said that syphilis was creamy and without smell, and gonorrhoea?

P, ST: Gonorrhoea has a lot of pimples which are itchy and it has transparent liquid when you scratch, and it smells, and the liquid is a little thick, not water.

Retranscription avec le guérisseur Santal

Conformément à cette démarche diagnostique et contrairement à un examen clinique occidental, le patient n'a pas à subir ni inspection ni palpation de l'organe atteint.

DW: It means that he examines his patients?

P, AT: He does not see...

DW: He does not see, he asks the questions?

P, ST: Yes and the patient says.

Retranscription avec le guérisseur Santal

Il semblerait que cette distanciation par rapport au corps soit appréciée au sein de la culture Santal et que la pudeur prépondérante au sein de cette tribu soit un déterminant primordial dans le choix du thérapeute. Cette appréhension par rapport au corps a d'ailleurs été confirmée par la traductrice :

P, ST: (...) The WM doctor would like to see, and they (the Santal) are very shy. Even for the pulse to be taken, the heart would come out of the body. (...) In the young girls I take, I can feel they get tense.

Retranscription avec le guérisseur Santal

Le deuxième des facteurs culturels propres à la population Santal concerne leur **attrait pour les comprimés médicamenteux**. Selon la potière, cette attirance envers les « big looking pills » découlerait des diverses missions humanitaires envers cette tribu, en mentionnant les programmes de lutte contre la malnutrition.

P, ST: But tribal people have also taken the initiative of going to the doctor themselves. They love to take medicine. They are very happy if you give them very big looking pills.

VS: So Santal people are happy with pills or everyone in the village?

P, ST: Mostly Santal people. There was a time when we used to buy and give them a lot of multivitamin pills, for any headache or so, because most of the time they are malnourished so that was the first thing that we would try

Retranscription avec le guérisseur Santal

Ainsi, de par les difficultés sanitaires rencontrées par cette tribu dans le passé, sa population a appris à vivre avec les comprimés de médecine allopathique mis à disposition par différents programmes de santé publique, et dans un deuxième temps à leur accorder une reconnaissance certaine. D'ailleurs, cet appétit pour les pilules occidentales couplé à différents facteurs démographiques développés

plus bas, ont contribué à un phénomène de santé publique, également discuté plus loin, concernant l'apparition de médecins non-diplômés, aussi appelés « quacks doctors ».

3. Facteurs démographiques :

Le troisième et dernier volet de ce chapitre développe **deux facteurs démographiques** entrant en jeu dans la construction d'un parcours de soin. Le premier concerne un phénomène de santé publique bien connu sous nos latitudes occidentales et qui s'avère également problématique dans l'état du Bengale occidental. En effet aucune de ces régions, bien que démographiquement bien distinctes ne semble épargné par ce que nous pouvons appeler une **démédicalisation rurale, soit une disparition de thérapeutes et donc de l'accès aux soins primaires**. Selon les statistiques du *Département de la santé et de la protection sociale du Bengale Occidental*, en 2013, un médecin de ville accompagnait 676 patients contre 5'781 en zone rurale⁷. D'ailleurs autant le Bayd que le médecin généraliste ont constaté ce fait et l'importance qu'il revêt dans la construction de l'itinéraire thérapeutique de leurs patients.

Dr: Because in tribal villages, there is no qualified doctors. All the doctors mostly want to stay in cities and towns.

SC: But you said: people prefer to go to allopathic but sometimes they don't have enough money to come so they go to see someone in their village because it's cheaper?

Dr: Not cheaper, but available... available. Because at night, there is no communication from the nearest village to hospital...

Retranscription de l'entretien avec le médecin généraliste

H, AT: He thinks that allopathic medicine is much costly, than his medicine and it's more available, especially outside of big towns, and mostly for un-usual treatments.

Retranscription de l'entretien avec le Bayd

Il est clair que le manque de médecins qualifiés a un impact prépondérant sur l'itinéraire thérapeutique des patients. En effet, il est naturel qu'un individu en souffrance soit à la recherche d'un remède à ses maux, et qu'en l'absence d'accès satisfaisant à un système de soins officiels, il s'oriente alors vers un thérapeute disponible, reconnu ou non. Ainsi, comme mentionné plus tôt, l'attrait de la population Santal pour les comprimés allopathiques, couplé à la pénurie thérapeutique frappant les zones rurales a conduit à **l'apparition de nouveaux « thérapeutes de premiers recours »**. L'exemple le plus parlant concerne les « quack doctors » : bien que nous n'ayons pas pu obtenir de détails sur leur type et niveau de formation, ils sont ce qui peut se rapprocher le plus des thérapeutes ambulants du XIX^{ème} siècle en Europe. Il s'agit de soignants non-accrédités par le *West Bengal Medical Council*, distribuant des comprimés sans ordonnance et le plus souvent au bénéfice d'une formation de terrain.

⁷ <http://www.wbhealth.gov.in/> consulté le 02.10.2015

P, ST: (...) and have you ever heard of quack doctor?

VS: Yes

P, ST: So there is a quack doctor who comes and he gives allopathic medicine....

DW: The quack doctor is a doctor who has no medical training...

P, ST: No credential.

Retranscription de l'entretien avec le guérisseur Santal

Il est intéressant de signaler ici le point de vue du médecin généraliste concernant ces thérapeutes sans diplômes. En effet, au cours de l'entretien, il a affirmé être favorable à ce genre de pratiques, même si il reste difficile d'en déterminer la raison. Serait-ce parce que ces soignants prodiguent des soins de premiers recours à une population isolée et dans le besoin, ou plutôt parce qu'ils agissent comme filtres, permettant au médecin de ne voir que les cas les plus graves ? Dans tous les cas, il a insisté par trois fois sur leur utilité, déclarant qu'ils apportent de l'aide à une population dans le besoin.

SC: ... so if everything happens at night...

Dr: so they can get the help of quacks, they are giving primary treatments. That is not bad... that is not bad... that is not bad.

Retranscription de l'entretien avec le médecin généraliste

Un autre phénomène, découlant lui aussi de la pénurie médicale frappant les régions rurales, a été mentionné et incarné par la potière de Santiniketan elle-même. Bien qu'il s'agisse d'un facteur de faible importance, il mérite d'être signalé ici en parlant de **l'apparition des «villageois de premiers recours»**. En effet, au cours des deux entretiens, la traductrice nous a raconté, de son propre chef, s'impliquer dans la santé des villageois, essentiellement dans leur orientation au sein du système médical.

VS: So allopathic and homeopathic doctors are coming to the village, but what do people do if they get sick between the comings of the doctors?

P, ST: Some people go to the allopathic doctor in Bolpur. For some people who are working with us, we say "you are not looking well and you have fever" and if it's very bad, we have a family doctor and we get him to come (...), or I take him or her to the doctor. And right now, I've bought myself a pressure machine so I check the blood pressure and a thermometer and I check temperature every 2 hours. If it's fluctuating, we go to emergency or I push them to go to the hospital.

Retranscription de l'entretien avec le guérisseur Santal

Nous avons également rencontré, au hasard d'une promenade, des travailleuses en santé en formation, nommées « health workers » dans la littérature (14). Elles incarnent la réponse de la santé publique face à la problématique de la démedicalisation rurale. Concrètement, il s'agit de femmes issues des villages, bénéficiant de la confiance de ses habitants et recevant une formation dans le but de repérer les situations sanitaires à risque et de les référer, au besoin, au thérapeute compétent. La part la plus importante de leur travail consiste à encourager les femmes enceintes à effectuer un suivi de la grossesse et du post-partum dans l'optique de réduire la mortalité infantile.

Le deuxième des facteurs mentionné par les différents thérapeutes concerne le **prix des soins**. Nous avons obtenu plusieurs avis sur ce sujet différents sans jamais obtenir d'évaluation précise. Le médecin généraliste et le bayd se sont accordés à dire que la médecine pouvait être onéreuse surtout lorsque des examens complémentaires se révèlent nécessaires.

***DR:** For example: you've come for headache, immediately doctors will do CT SCAN. They are not waiting to see, to give some primary medicine for migraine... all send to CT. They are not waiting. And poor people cannot afford 1'500 Rs (env. CHF 23.-) in India... in Bengal.*

Retranscription de l'entretien avec le médecin généraliste

Il faut mentionner à ce stade qu'il n'existe pas de couverture sociale universelle en Inde. Les salariés de l'industrie ainsi que les employés de l'Etat disposent d'une assurance maladie. Pour ce qui est du reste de la population, notamment de la population rurale, la souscription d'une assurance se fait à titre privé. Certains médicaments essentiels ainsi que des moyens de prophylaxie anti-infectieuse peuvent être obtenus gratuitement dans des dispensaires, tout en sachant qu'un pareil établissement couvre en moyenne 25'000 habitants.

Pour ce qui est des deux thérapeutes de village, les deux nous ont affirmé ne demander à leur clientèle que le prix des matières premières nécessaires à la confection du traitement.

***P, AT:** He says: "There is no expenses in my medicine, so ...". He has no charges, he doesn't charge, but it's human relationship (...) and the smile, and a bowl of drink... but no cash.*

Retranscription de l'entretien avec le jeune guérisseur

***P, AT:** Mostly he doesn't take money. He takes money for buying certain roots, but for him, he doesn't take remuneration. They gift him a fabric, it can be a blanket or a chale... often textile and also chicken I know (elle rit, demande confirmation)*

***VS:** and only Rupees for...*

***P, ST:** ... for materials, the raw material. Some he needs to buy from other people who have preserved it, or in ayurvedic shops.*

Retranscription de l'entretien avec le guérisseur Santal

Le guérisseur Santal a d'ailleurs soutenu que ses traitements étaient moins chers et surtout plus rapides que la médecine allopathique lorsque le patient rencontrait des complications, en citant l'infection systémique à gonocoque

***P, AT:** He's saying that if the thing goes into the blood, the whole body becomes very itchy, and it's expensive and the allopathic medicine takes longer period so it's very expensive. That's his main point and emphasizing that point about long term and price, and for him he can do it faster. (...) He's saying that the allopathic doctor is expensive and in his medicine, he can cure it for 200 Rs only.*

Retranscription de l'entretien avec le guérisseur Santal

Ainsi, il semblerait que le prix ne soit pas réellement un facteur déterminant dans le choix du thérapeute de premier recours. Il deviendrait un élément pris en compte lorsque la maladie se

complique, résiste aux traitements des différents guérisseurs et que des examens complémentaires ou une hospitalisation deviennent nécessaires.

DISCUSSION

Au delà de problèmes de communication et de compréhension inhérents à la rencontre entre un soignant et son patient, le contexte globalisé ajoute une touche de complexité à cette rencontre. En effet, le monde moderne, se caractérise par une mondialisation du savoir, de l'économie, de la médecine et de la mobilité des personnes. Cette mondialisation oblige en plus de la rencontre entre deux individus, celle de savoirs, de corps et de malad(i)es pluriels (15, 16).

Ainsi, cette étude d'immersion anthropologico-médicale, qui visait à mieux cerner les déterminants de l'accès aux soins de premiers recours, a permis de mettre en évidence une série de facteurs individuels, culturels et démographiques déterminants dans l'itinéraire thérapeutique d'un patient.

Nous discuterons ici les résultats de ce travail exploratoire confrontés à la littérature médicale et anthropologique, pour mieux comprendre les enjeux de la prise en charge thérapeutique d'une population du Bengale occidental. Des rapprochements seront faits, lorsque les conditions le permettront, entre le système de soins de Santiniketan et celui d'Europe occidentale.

LES FACTEURS DEMOGRAPHIQUES

Les facteurs démographiques présentés ici sont essentiellement issus de la littérature. En effet, l'envergure de notre étude d'immersion ne nous a pas permis d'explorer entièrement sur le terrain l'aspect démographique de l'accès aux soins. Néanmoins, les pistes que nous avons suivies pour nous orienter dans la recherche de littérature proviennent des entretiens officiels et officieux ainsi que des visites que nous avons effectuées.

Nous avons ainsi pu observer que les différents soignants de premiers recours rencontrés aux alentours de Santiniketan disposaient tous d'un champ de compétences plus ou moins élaboré, reflet du type de formation dont ils ont bénéficié.

Pour ce qui est des guérisseurs de village, les ouvrages anthropologiques décrivent une éducation essentiellement fondée sur une transmission orale de savoirs ancestraux, reflet de la transmission verticale des savoirs caractéristique des tribus rurales (5,6). Nous avons pu constater, au cours de notre immersion, une formation également basée sur la lecture d'une littérature spécialisée motivée par une curiosité pour les maladies rencontrées au sein des villages.

Néanmoins, cette formation, qu'elle soit orale ou littéraire, est influencée par l'épidémiologie rurale impliquant des maladies fréquentes et connues de longue date, notamment infectieuses. Ces maladies sont le reflet de la situation épidémiologique présente avant l'arrivée du fardeau des maladies non-transmissibles qui étaient jusque là essentiellement retrouvées dans des pays développés (17).

A l'inverse, la formation des médecins académiques - qu'ils soient ayurvédiques ou allopathiques - est basée sur une épidémiologie issue de recensements modernes tels que le « Non-Communicable Disease Risk Factors Survey » conduit par l'OMS en Inde entre 2003 et 2007. De telles études populationnelles, ont mis en évidence le fardeau envahissant des maladies non-infectieuses notamment cardio-vasculaires et le diabète, impliquées dans plus de 50% des décès en Inde (14).

Ainsi, la population de l'Inde se trouve prise entre des épidémies de maladies plus anciennes et l'arrivée de nouvelles pathologies métaboliques, cardiovasculaires et néoplasiques. Elle est aussi

confrontée à une médecine double, clivée, incarnée par des soignants compétents de par leur éducation et leur pratique quotidienne dans la prise en charge de maladies à caractère infectieux ou plutôt chroniques (6).

Ce clivage en matière de soins implique que la population malade, et plus particulièrement la population rurale au cœur de cette évolution sanitaire est dans l'obligation de consulter plusieurs soignants au fil de son parcours médical (8)(18). Concrètement, la médecine traditionnelle, dont les compétences sont basées sur des dons ou des enseignements spécifiques en rapport surtout aux maladies infectieuses, ne répond plus aux besoins des malades chroniques modernes qui sont alors contraints de trouver une nouvelle voie thérapeutique.

Ce bouleversement épidémiologique et surtout l'inadéquation résultante entre les besoins en soins de la population rurale et l'offre thérapeutique sont considérés en Inde comme de véritables problèmes de santé publique. C'est ainsi que plusieurs programmes de santé publique ont été mis en place par l'OMS, avec notamment en 2004 la *stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Cette initiative regroupe plusieurs objectifs visant à rendre attentive tant la population que le corps médical à l'importance de ce nouveau phénomène de santé publique.

On pourrait croire qu'un vieux médecin généraliste rural indien ne soit que peu touché par des recommandations récentes de l'OMS. Et pourtant, l'entretien avec ce médecin a été interrompu par une personne venant le convier à une formation sur le diabète. De même, ce médecin généraliste a, à plusieurs reprises, condamné le manque de prévention concernant l'hygiène alimentaire et la malnutrition en Inde. Parallèlement, le guérisseur Santal nous a affirmé être capable de prendre en charge ce qui était traduit comme « high blood sugar ». De même, il nous a confié essayer constamment de nouveaux traitements - dans un premier temps sur lui-même puis sur d'autres membres de sa famille. Il est ainsi légitime de se demander si l'empirisme thérapeutique à l'œuvre dans sa pratique n'est pas apparu – ou du moins stimulé – par un changement progressif des besoins de soins de la population. Ces deux thérapeutes nous ont ainsi démontré une modification certaine de leur pratique que ce soit par des cours de formation continue ou par un empirisme thérapeutique nouveau, ainsi qu'une prise de conscience de l'évolution épidémiologique de la médecine, probablement en réponse à un changement actuel des besoins de la population.

Cependant, bien que les thérapeutes rencontrés s'attellent à un changement progressif de leur champ de compétence, la séparation actuelle des soins que nous avons constatée soulève un deuxième problème de santé publique en Inde, concernant l'accessibilité des soins (19).

Ainsi, dans son ouvrage anthropo-sociologique, Cohen suggère que la population rurale malade est dans l'obligation de parcourir plusieurs centaines de kilomètres afin de trouver des soins de premiers recours adaptés à ses besoins et ceci qu'il s'agisse de soins allopathiques dans un hôpital ou d'un guérisseur détenant un savoir-faire ancestral pour une pathologie précise – illustré par une famille spécialisée dans la réduction des fractures (6).

De fait, en parcourant la littérature, nous avons la conviction qu'un trajet long et pénible attendait les patients à la recherche de soins. Cette conviction a été renforcée au cours d'un entretien officieux, durant lequel notre interlocutrice et résidente de Santiniketan nous confia devoir se rendre jusqu'à Calcutta, et ainsi parcourir les 165 kilomètres séparant ces deux endroits, pour rencontrer le rhumatologue qui soigne la polyarthrite chronique dont elle souffre.

C'est ainsi que notre immersion de terrain nous a confronté à un phénomène de santé publique bien connu en Inde rurale : la démedicalisation rurale. Ainsi, pour une multitude de facteurs allant de l'attrait financier au manque d'infrastructures médicales, le système de santé indien constate une

centralisation des différents thérapeutes au sein des villes, avec comme conséquence directe un appauvrissement de l'offre thérapeutique rurale.

En plus de provoquer un manque de soignants dans les villages, une certaine centralisation thérapeutique induit inévitablement un mouvement de masse de la population souffrante, dont la résultante est un surpeuplement des établissements médicaux (14).

Néanmoins, la vision du système de santé de Santiniketan qui s'est présentée à nous au cours de notre travail d'immersion s'est révélée sensiblement plus nuancée. En effet, le fait que le système de santé publique indien n'ait pas réussi à fournir des soins de qualité à l'ensemble de la population s'est répercuté, en zones rurales, par une réorganisation locale de l'organisation des soins. En effet, on peut postuler que le manque de soignants en périphérie, associé à un besoin en soins en constante augmentation de la population ont permis à des soignants de se former sur le terrain et de s'intégrer dans le paysage sanitaire (6). Le jeune guérisseur, le bayd et les « quacks » sont une illustration claire de ce phénomène d'intégration de ces nouveaux soignants sans formation académique au sein du système médical local. Fait intéressant, nous avons également pu constater que ce phénomène ne produit pas uniquement des nouveaux soignants, mais qu'il crée également ce que nous avons appelé des « villageois de premier recours ».

Notre interprète, la potière, incarne d'ailleurs très bien cette dynamique. En effet, elle nous affirmé avoir acquis ce rôle de « villageois de premier recours », certainement de par son éducation et son statut social supérieur à la population du village. Ainsi, depuis l'acquisition d'un sphygmomanomètre, elle s'affaire à mesurer la tension artérielle d'une partie des villageois pour s'assurer du suivi de patients hypertendus. De la même manière, elle a aussi appris à reconnaître les signes de gravité de maladie et à orienter ses voisins vers des soins spécialisés. Il est d'ailleurs légitime d'imaginer que tous ces « villageois de premiers recours » s'inscrivent, bien malgré eux, au sein du carré de White (20), à un échelon situé entre les 750 patients symptomatiques et les 250 médecins consultés par ces patients.

Ces quelques exemples nous ont permis de constater que les changements épidémiologiques et la modification parallèle des besoins médicaux de la population rurale couplée à l'incapacité du système de santé publique à offrir une couverture sanitaire satisfaisante a induit un changement du paysage thérapeutique de Santiniketan.

Il est par ailleurs possible de faire quelques parallèles avec les modifications en cours au sein du système de santé en Suisse, où on assiste d'une manière similaire à l'Inde à une pénurie médicale de premier recours, notamment en région rurale. Cette démedicalisation rurale, conséquence directe des politiques de santé publique se mêle à une augmentation croissante de l'utilisation des médecines complémentaires, reflet d'une recherche de soins différents de la part de la population.

Ainsi, bien que le mécanisme soit sensiblement différent par rapport à l'Inde - impliquant que le système de santé suisse ne doit pas s'adapter à un changement épidémiologique brutal mais plutôt aux limites de sa médecine allopathique - il est clair que notre système médical évolue, à l'image du système indien au gré des besoins réels de la population ou des désirs individuels en matière de prise en charge (16).

Il est également légitime d'avancer l'hypothèse que l'utilisation en hausse des médecines complémentaires en Suisse illustre une insatisfaction de soins offerts à la population par le système de santé allopathique, centré sur la maladie. Ceci a peut être favorisé l'émergence de nouvelles thérapeutiques, qu'elles soient dispensées par un professionnel reconnu par l'assurance, par un individu s'autoproclamant thérapeute ou par un guérisseur possédant des pouvoirs ancestraux transmis de générations en générations, ayant toutes en commun un regard basé sur l'individu.

Pour en revenir au système de santé publique de Santiniketan, il faut tout de même signaler qu'après avoir pris acte des inégalités d'accès aux soins et de ses conséquences, le gouvernement a instauré une série de mesures de santé publique pour lutter contre ce phénomène (14).

Ainsi, nous avons rencontré un établissement, présenté au chapitre des résultats, dans lequel une volée de travailleuses de santé était en formation. L'objectif de ces nouveaux acteurs de santé publique consiste à dépister, au sein des villages dans lesquels ils vivent, les situations problématiques – essentiellement concernant la santé maternelle et la malnutrition – et à les orienter au mieux dans le système de santé publique.

Une étude s'intéressant également à l'accès aux soins dans une région rurale du Gujarat Indien, ciblant directement sa population, a d'ailleurs mis en évidence l'acceptation de ces soignants de proximité, agissant à un échelon communautaire (18).

Parallèlement, une autre initiative de santé publique mise en place pour palier la pénurie thérapeutique rurale a été instaurée au sein même de la formation académique des médecins. En effet, au fil de leur formation, tous les médecins-en-devenir ont l'obligation au cours de leurs rotations, de pratiquer la médecine dans un établissement considéré comme rural. De même un diplôme de praticien en médecine rurale, délivré après 3 années académiques, a vu le jour en Novembre 2013⁹

Ainsi, nous avons constaté qu'un besoin de soins non satisfait par le catalogue de soins proposé par le système de santé, corrélé à une pénurie médicale et à un manque d'accessibilité - crée invariablement un remaniement local de l'offre de soins, avec l'apparition de nouveaux thérapeutes formés sur le tas et la formation continue de ceux existants.

Cependant, afin de mieux cerner ce concept de modification du paysage thérapeutique, il est nécessaire de s'arrêter sur les conditions individuelles et culturelles en jeux. En effet, une relation thérapeutique de qualité ne peut se former que lorsque les valeurs individuelles et culturelles du patient sont en accord avec celles de son soignant.

FACTEURS CULTURELS

La pudeur Santal paraît être le facteur culturel primordial entrant en compte dans la construction de l'itinéraire thérapeutique, et certainement le plus inattendu parmi ceux que nous avons relevés. En effet, l'ouvrage du Rév. Bodding étudiant le folklore et les traditions Santal ne relevait pas d'éléments relatifs à cette pudeur (21). Néanmoins, le contact direct avec cette population nous a permis de mettre en évidence cette valeur culturelle majeure.

Il est impossible d'affirmer parmi l'accessibilité ou le respect de cette pudeur lequel des facteurs est le plus important dans le choix d'un thérapeute par la population, toutefois, il nous semble évident que le non-respect de cette valeur culturelle par le thérapeute affecte la relation de confiance entre ces deux individus. De plus nos entretiens nous ont également appris que le bouche-à-oreille est primordial dans la communication de cette tribu, dont les savoirs se transmettent oralement depuis des siècles (22). Ainsi, il est certain que la violation de cette pudeur, par exemple au cours d'un examen physique, en plus d'entacher la relation thérapeutique entre le soignant et son patient, aura un impact prépondérant sur la représentation que la communauté entière se fait du soignant.

⁹ <http://www.catchnews.com/health-news/vishak-rural-health-1441905479.html> consulté le 08.10.2015

Ces arguments montrent l'importance d'un regard anthropologique sur la relation thérapeutique, sachant qu'elle constitue la clé de voûte de la prise en charge médicale et qu'une altération de ce lien précieux prétérite tant la relation de confiance que l'adhérence thérapeutique.

Ce regard anthropologique ne doit d'ailleurs pas être réservé à l'exotisme indien. En effet, en Suisse également, plusieurs communautés expriment une pudeur dans leur rapport au corps.

Il s'agit parfois d'une pudeur transitoire comme au sein de la population adolescente. Cependant, bien que la proportion relative de la population adolescente suisse est en diminution¹⁰ et que sa pudeur soit parfois questionable, il est évident que la violation perçue de cette intimité par la rigueur de la démarche diagnostique allopathique impacte indépendamment de la nécessité de l'examen et du professionnalisme du médecin, sur la relation établie entre le patient et son thérapeute, avec des conséquences relatives à l'adhérence thérapeutique et à la prise de risque.

Dans d'autres situations, cette pudeur est dictée par un code religieux ou par un code moral qui échappe au thérapeute si il n'y est pas sensibilisé, comme par la foi musulmane, pour ne citer qu'un exemple. De nouveau, l'identification anthropologique et le respect thérapeutique de cette valeur sont primordiaux, surtout en considérant les conflits actuels au Proche Orient et les flux migratoires qu'ils entraînent en Europe. En effet, cet exode de masse récent expose la population européenne et entre autres ses médecins - et ses patients - à des représentations du corps, des maladies, et des codes moraux culturellement différents. Inévitablement, cette proximité entre des cultures différentes pose un défi tant politique, économique que social.

Ainsi, qu'il s'agisse de questions propres à la santé, comme le rapport d'une population à son corps ou de problématiques sociales comme l'intégration de populations étrangères, le regard anthropologique est indispensable afin de mieux cerner les valeurs en jeu pour, à terme mieux les respecter.

A titre d'exemple, le regard anthropologique a permis de mettre en évidence le rapport de la médecine allopathique au corps occidental et surtout comment l'évolution de la médecine basée sur l'évidence introduit un éloignement par rapport à celui-ci (23). Ainsi, le développement croissant de scores cliniques radiologiques ou de laboratoire a défini un ensemble de valeurs cibles à atteindre, ayant démontré une diminution significative de la morbidité ou de la mortalité dans des études de grands collectifs standardisés. Ces cibles définissent la valeur à atteindre pour un individu afin de lui garantir un meilleur « outcome ». Seulement, la poursuite acharnée d'une valeur-seuil, sans prendre en compte la dimension individuelle du patient à savoir ses valeurs, ses représentations et ses besoins réels, aboutissent à une médecine dénuée de contact personnel et physique, voire dénuée de sens si les actes thérapeutiques ne coïncident pas avec les représentations du patient.

Un autre exemple de facteur culturel entrant en jeu dans la construction du parcours de soin a pu être mis en évidence au cours de notre travail d'immersion : il s'agit de l'attrait Santal pour les comprimés allopathiques. Il s'agit là d'une excellente illustration du phénomène d'acculturation mis en place au fil du processus global de mondialisation (24). Cet attrait pour les comprimés allopathique démontre probablement la croyance presque mythique en la toute puissance de la Western médecine, présente mais pas tout à fait accessible dans une région rurale en Inde. En effet, l'Inde et plus particulièrement ses régions rurales défavorisées ont bénéficié au fil du temps de plusieurs programmes de santé publique et d'aide humanitaire. Ceci a été mentionné au cours de l'entretien avec le médecin homéopathe, pendant la visite de l'hôpital inauguré en association avec les sœurs de l'ordre de Sainte-Thérèse.

¹⁰ Indicateurs de la structure démographique 1970-2014, OFS, consultable sur www.bfs.admin.ch

Ainsi, en parallèle à l'émergence des médecines complémentaires et la croyance en leurs pouvoirs magiques en Europe, on assiste à un espoir grandissant de la population orientale en la western médecine.

Avant d'inaugurer l'hôpital que nous avons visité, cette homéopathe allemande, médecin de formation, offrait bénévolement des soins allopathiques à la communauté Santal.

En parallèle à ces actions humanitaires, plusieurs initiatives de santé publique ont été mises en place depuis 1953 (14), le plus important étant le programme national pour le contrôle des maladies infectieuses vectorielles. La majorité des mesures de santé publiques et des interventions humanitaires reposaient sur la prophylaxie et le traitement de diverses conditions sanitaires, en se basant sur une thérapeutique allopathique - comprenant solutions de réhydratation, compléments alimentaires, antibiotiques, anti-malariques, vaccination, etc.

La conséquence de ces différents programmes sanitaires a été la mise en contact de la population Santal avec des comprimés de couleurs et de tailles différentes. Il semblerait que, au vu des succès de la médecine allopathique – particulièrement efficace dans la prophylaxie et le traitement des maladies infectieuses - cette tribu se soit progressivement acculturée, voir accoutumée à la galénique occidentale et à l'amélioration de la qualité de vie offerte par ses principes actifs.

Bien qu'il soit difficile de savoir si le désir d'avoir accès à ces médicaments s'est basé sur leur efficacité, leur disponibilité ou leur gratuité au cours des programmes de santé publique, il est néanmoins indiscutable que l'apparition des gélules occidentales a bouleversé le paysage thérapeutique ainsi que l'orientation des patients ruraux au sein de celui-ci.

Un exemple, s'il en faut un, de cette transformation et de son impact sur les habitudes de santé de la population de Santiniketan est donné par l'apparition des «*quacks doctors*». Ces thérapeutes formés sur le terrain, fournissant à la population des traitements allopathiques ont su s'implanter au sein d'un système sanitaire dans lequel l'offre de soins s'est retrouvée progressivement appauvrie et dans lequel la population s'est forgée un attrait pour les «*big looking pills*».

Il est difficile de déterminer quelles représentations se fait la population de Santiniketan des comprimés et vaccins allopathiques, néanmoins nous avons posé l'hypothèse que l'origine lointaine – pratiquement mystérieuse - de la médecine occidentale ait subjectivement renforcé l'efficacité constatée au quotidien. En effet, la médecine exportée et offerte à la population rurale incarne les succès de la médecine allopathique comme les antibiotiques, les analgésiques et d'autres principes actifs « miracles ». Il est probable que les impuissances et les limites de cette médecine ne soient pas encore connues par ces populations.

Cette dynamique se retrouve aussi, à moindre échelle en Suisse, avec l'apparition de diverses thérapeutiques orientales, naturalistes ou énergétiques. Que ce soit dans le contexte de syndromes douloureux chroniques ou de troubles gastro-intestinaux perdurant pour lesquels un patient ne reçoit pas de solutions satisfaisantes, les médecines complémentaires incarnent – parfois de par leur exotisme – une source d'espoir dans la quête d'une solution satisfaisante (25).

On peut ainsi postuler que l'itinéraire de soins d'un patient se dirige en priorité vers un soignant, disponible qui saura lui offrir une relation thérapeutique adaptée – par extension, respectant au mieux les valeurs culturelles locales et investi du rôle thérapeutique par un consensus social, comme l'a décrit Lévi-Strauss. Ce serait ce consensus selon cet auteur plus que le succès qui ferait de lui le soignant recherché (26).

Toutefois, se limiter aux aspects culturels équivaut à ne pas prendre en compte les valeurs et déterminants individuels entrant en jeu dans la construction de l'itinéraire thérapeutique.

FACTEURS INDIVIDUELS

Les facteurs individuels influencent certainement aussi un itinéraire des soins. Parmi ceux-ci, un élément prépondérant dans la population que nous avons étudié concerne le manque d'éducation, et de compétences en littératie de santé mentionné par le médecin généraliste. Outre les problèmes de consentement et d'adhérence thérapeutique secondaires à un manque de compréhension de la part du patient – phénomène aussi retrouvé en Suisse (27) - il est clair que le parcours de soins d'un patient manquant de connaissances sanitaires ne peut qu'en être perturbé.

Cette dimension est fréquemment soulevée en Suisse notamment dans les services d'urgence, à un niveau universitaire¹¹ mais aussi en médecine de famille (28,29). Il en ressort que proportionnellement, la population étrangère y est légèrement surreprésentée et qu'une plus grande partie de ces consultations se solde par une hospitalisation. Les arguments avancés intègrent entre autres un manque de connaissance de l'organisation des soins en Suisse ainsi que des consultations plus tardives qui reflètent à leur tour les obstacles socio-économiques et linguistiques entravant le chemin thérapeutique de cette population. Ainsi, que l'on s'intéresse à la population Suisse ou à une population rurale du Bengale occidental, il est clair que les représentations et les connaissances de la population concernant la santé sont des facteurs primordiaux dans l'accès aux soins, et surtout dans la construction d'un itinéraire thérapeutique adapté.

La « littéracie villageoise » a d'ailleurs été étudiée par l'anthropologue B. Chaudhuri, qui démontre dans son ouvrage l'importance de valoriser les connaissances et le savoir-faire de la population rurale, en se basant notamment sur une meilleure évolution des diarrhées chez les nourrissons vivant dans les villages par rapport à ceux vivant dans des familles isolées en affirmant qu'ils bénéficient des conseils empiriques de l'entourage et de l'usage de décoctions de plantes traditionnellement utilisées à cet effet. Ainsi à ses yeux la déforestation et le délitement des réseaux traditionnels a un impact de santé publique (30).

Le deuxième facteur individuel que nous avons pu mettre en évidence parmi les déterminants de l'itinéraire thérapeutique, et de la relation soignant-soigné qui en découle, concerne le style de vie du patient. Il semblerait ici d'un élément particulièrement marqué au sein des populations rurales indiennes. En effet, le processus d'urbanisation de l'Inde¹² a entraîné, en plus d'un exode rural, un contact de plus en plus rapproché entre les citadins et les ruraux et ainsi, de leurs styles de vie respectifs. Le médecin ayurvédique que nous avons rencontré se trouve d'ailleurs à l'interface entre ces deux sous-populations, et il semble avoir constaté des comportements thérapeutiques différents entre eux.

Ainsi, la population citadine serait contrainte, de par la prédominance du secteur industriel, à assurer une présence et une productivité maximale sur le lieu de travail. Ceci implique que lorsqu'un employé tombe malade, il doit se guérir sans délai, ce que permet l'efficacité des comprimés allopathiques. Ainsi, il décrit la médecine allopathique comme une médecine symptomatique, visant à faire disparaître au plus vite les plaintes du patient. Ces traitements seraient donc idéaux pour permettre un retour anticipé au travail. Cette efficacité les rendrait néanmoins à l'opposé du style de vie rural, et des soins proposés par le thérapeute ayurvédique. En effet, les villages subsistant

¹¹ Consultations dans un service d'urgence en Suisse, OBSAN, Bulletin 3, 2013 accessible sur www.obsan.admin.ch consulté le 09.10.2015

¹² Rapport « Rural-Urban distribution of population », 2011, accessible sur www.censusofindia.gov.in, consulté le 06.12.2015

principalement des produits de la terre vivraient encore aujourd'hui selon un rythme de vie calqué sur le règne animal, rythmé par les révolutions célestes. Le traitement de leurs maladies serait également inspiré de ce style de vie, avec une thérapeutique basée sur des plantes locales et surtout du repos physique.

Il semble d'ailleurs impossible de parler du style de vie de ces populations sans mentionner la philosophie du poète originaire de Santiniketan : Rabindranath Tagore. Ce philosophe idéaliste, distingué par le prix Nobel de littérature en 1913, prônait une existence basée sur la construction d'un idéal de soi reposant sur la simplicité, l'union avec la nature et une éducation morale et idéologique allant à l'encontre des messages d'efficacité transmis par le capitalisme moderne (31)¹³. Ce style de vie se reflète d'ailleurs dans les soins prodigués à la population de Santiniketan par les guérisseurs et le bayd que nous avons rencontrés. En effet leur thérapeutique est basée sur le repos combiné avec l'utilisation d'une médication sommaire – une simple modification alimentaire dans sa forme la plus fondamentale.

Ce dernier aspect est difficilement transposable au système de soins en Suisse. Bien qu'une tranche de la population opère une transition vers une alimentation estampillée biologique ou naturelle, le simple fait de constater la difficulté rencontrée par les thérapeutes essayant d'induire un changement du style de vie de leurs patients démontre que celui-ci ne semble pas être un élément fondamental à la construction d'un itinéraire thérapeutique sous nos latitudes.

LIMITES ET INTERETS DE L'ETUDE

Les résultats présentés ci-dessus doivent être nuancés pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'étude d'immersion que nous avons conduit a été restreinte dans le temps par des contraintes essentiellement administratives et financières. Ainsi, malgré la richesse des résultats obtenus, la quantité des informations recueillies n'a pas permis de s'assurer d'une saturation des données, garantissant la valeur de celles-ci. Il faut donc considérer qu'il s'agit d'une étude préliminaire pour des terrains ultérieurs.

Ensuite, la méthode d'échantillonnage en boule de neige, que nous avons utilisée pour rencontrer les différents intervenants, apporte une série de facteurs limitant les résultats obtenus. Dans notre cas, tous les entretiens conduits gravitaient autour des participants du congrès organisé par le CCWB. Ainsi, il est très probable que les propos tenus par les différents protagonistes reflètent un point de vue commun s'inscrivant dans l'esprit de préservation des savoirs, valeurs et cultures ruraux du Bengale occidental.

De même, trois des entretiens ont été traduits par des interprètes impliqués, eux aussi, dans le congrès. Il est clair que l'ajout d'un intermédiaire influe – positivement et négativement – sur la qualité et la quantité d'informations échangées, cependant, il est difficile d'estimer dans notre cas l'impact qu'a produit une traduction qui aurait pu être idéologiquement biaisée. Néanmoins, il est certain que les informations touchant aux savoirs tribaux, aux recettes ancestrales et à leurs propriétés intellectuelles – trois aspects explorés par les différents orateurs du congrès – doivent être analysés avec précaution.

Enfin, nous avons décidé – pour des raisons de validation nécessaires par des commissions d'éthiques– de n'interroger dans un premier temps que les soignants et non pas la population elle-même, bien qu'il soit évident qu'elle est la plus à même de nous éclairer au sujet des différents facteurs entrant en jeu à un niveau individuel dans la construction d'un itinéraire thérapeutique.

¹³ https://en.wikipedia.org/wiki/Rabindranath_Tagore

L'exploration des représentations de la population se fera dans un deuxième temps, en se basant sur les résultats obtenus pendant cette étude, ce qui permettra également de réduire les différents biais rencontrés au cours de celle-ci.

Parmi les points forts de cette étude, il faut citer la plus value apportée par le regard croisé médical et anthropologique et, de façon plus globale, par la collaboration des trois instituts – IUMG, SFTG et SSP – permettant une analyse plus riche des entretiens ainsi qu'un vaste brassage d'idées tant sur le terrain que lors du travail de rédaction. En effet, que ce soit lors de visites officielles ou d'entretiens officiels, le fait de mêler la position épistémologique et l'écoute attentive de l'anthropologue à l'esprit utilitariste propre au monde médical offre une compréhension globale du contexte humain, culturel, politique et économique en jeux dans la rencontre entre le corps, la maladie et un système de soins.

CONCLUSION

Avec le processus de mondialisation et l'essor des flux de personnes et d'informations qui y sont liés, apparaît un inévitable métissage des populations, de leurs savoirs et de leurs pratiques.

En plus de soulever une série de questions de santé publique et de droit international, ces mouvements de populations ont un impact non-négligeable sur la relation thérapeutique qui s'installe, à un niveau individuel, entre un patient et son soignant.

Sachant que la connexion issue de la rencontre entre un soignant et son patient est la base de la relation de soins, ses déterminants se doivent d'être explorés d'un point de vue social, médical et surtout anthropologique, au vu du contexte de mondialisation.

Le regard anthropologico-médical a permis de mettre en lumière une série de facteurs individuels, culturels et démographiques qui entrent en jeu, à différents niveaux, entre un thérapeute et son patient. Ainsi, alors que les facteurs démographiques déterminent l'accès d'une population donnée aux soins de premier recours, les facteurs individuels et culturels précités définissent les conditions à respecter pour établir une relation thérapeutique de qualité, à une échelle interhumaine.

Néanmoins, comme nous l'avons compris en interrogeant plusieurs soignants issus de divers horizons thérapeutiques, il est illusoire de séparer la dimension de santé publique définissant l'accès aux soins de la dimension interhumaine conditionnant la relation thérapeutique.

En effet, que l'on s'intéresse à l'individu ou à sa souffrance, au soignant ou à sa formation, aux valeurs culturelles d'une population ou à sa politique de santé, tous s'intègrent et se mêlent dans une dynamique commune à tous les systèmes de santé : la recherche de la solution optimale aux souffrances du corps.

C'est ainsi qu'une partie de ces facteurs en jeux a pu être extrapolée au paysage sanitaire Suisse, tandis que d'autres, propres à ce pays, n'ont pas pu être explorés à Santiniketan. Ce constat justifie un approfondissement des études anthropologico-médicales dans le but d'identifier les facteurs culturels et démographiques propres à notre pays, dont un médecin sur cinq est considéré comme étranger¹⁴ et comptant plus d'un tiers de la population issu de l'immigration¹⁵ - dans l'optique de fournir la solution optimale aux souffrances multiples d'un corps pluriel.

¹⁴ Démographie médicale, FMH, rapport 2008, accessible sur www.fmh.ch

ANNEXES ET BIBLIOGRAPHIE

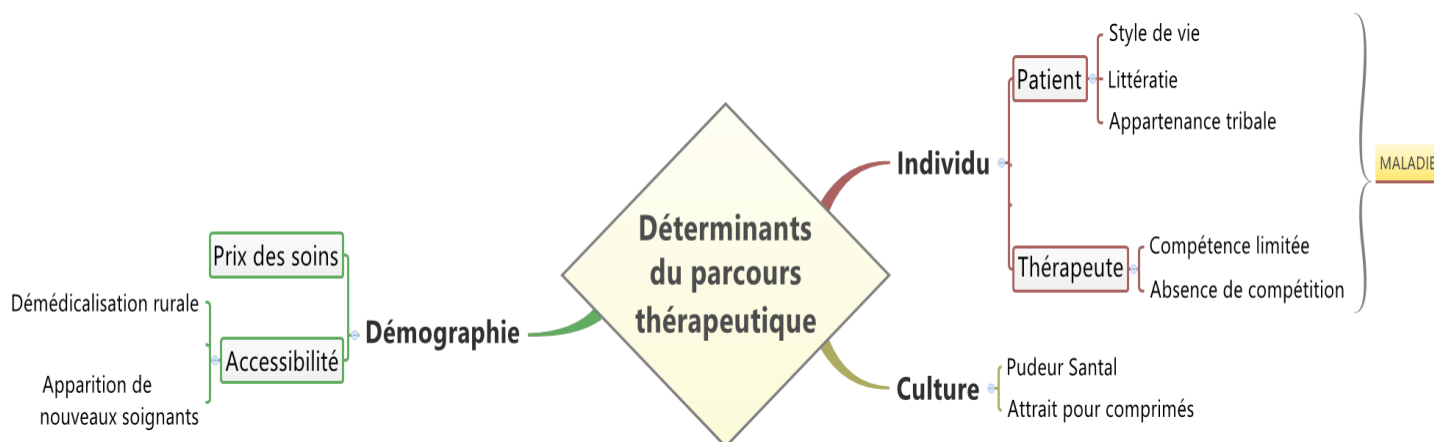


Figure 1: Facteurs individuels, culturels et démographiques déterminants dans le parcours thérapeutique

1. Ahmad J. Unani : la médecine gréco-arabe / Jamil Ahmad, Hakim Ashhar Qadeer. Paris: GTrédaniel; 1998. 84 p.
2. Filliozat J. La doctrine classique de la médecine indienne: Ses origenes et ses parallèles grecs. École française d'Extrême-Orient; 1975. 252 p.
3. Dumont G-F. Diagnostic et gouvernance des territoires: Concepts, méthode, application. Armand Colin; 2012. 363 p.
4. Rocher G. Mondialisation : un phénomène pluriel. 2001 [cité 15 sept 2014]; Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/89>
5. Pordié L. Panser le monde, penser les médecines : traditions médicales et développement sanitaire / sous la dir. de Laurent Pordié. Paris: Karthala; 2005. 326 p.
6. Cohen P. Figures contemporaines de la santé en Inde. Paris: L'Harmattan; 2008. 296 p.
7. Kronenberg F, Molholt P, Zeng ML, Eskinazi D. A comprehensive information resource on traditional, complementary, and alternative medicine: toward an international collaboration. J Altern Complement Med N Y N. déc 2001;7(6):723-9.
8. Singh P, Yadav RJ, Pandey A. Utilization of indigenous systems of medicine & homoeopathy in India. Indian J Med Res. août 2005;122(2):137-42.
9. Ramakrishnan P, Rane A, Dias A, Bhat J, Shukla A, Lakshmi S, et al. Indian Health Care Professionals' Attitude Towards Spiritual Healing and Its Role in Alleviating Stigma of Psychiatric Services. J Relig Health. 16 janv 2014;

¹⁵ Population selon le statut migratoire, rapport 2014 de l'OFS, accessible sur www.bfs.admin.ch consulté le 07.10.2015

10. Daly J. Evidence-Based Medicine and the Search for a Science of Clinical Care. University of California Press; 2005. 300 p.
11. Bodeker G, Burford G, Grundy C, Ong CK, Shein K. WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Text and Map Volumes. Pck edition. Kobe, Japan: World Health Organization; 2005. 347 p.
12. Kilani M. Introduction à l'anthropologie. Payot; 1989. 374 p.
13. Sardan J-PO de. La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain-La-Neuve: Editions Academia; 2008. 365 p.
14. Park K. Park's Textbook of Preventive and Social Medicine 22/e. BANARSIDAS BHANOT-JABALPUR; 2013. 876 p.
15. Détrez C. La construction sociale du corps. Seuil; 2002. 282 p.
16. Breton D le. Anthropologie du corps et modernité. Presses Universitaires de France; 2011. 228 p.
17. Picheral H. Géographie de la transition épidémiologique. Ann Géographie. 1989;98(546):129-51.
18. Vissandjée B, Barlow R, Fraser D. Utilization of health services among rural women in Gujarat, India. Public Health. 111(3):135-48.
19. Vargese S, Mathew P, Mathew E. Utilization of public health services in a rural area and an urban slum in Western Maharashtra, India. Int J Med Sci Public Health. 2013;2(3):632.
20. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. 1961. Bull N Y Acad Med. 1996;73(1):187-212.
21. Bodding PO. Studies in Santal medicine & connected folklore. Asiatic Society; 1925. 530 p.
22. Collectif, Lardinois R. Miroir de l'Inde. Etudes indiennes en sciences sociales. Maison des Sciences de l'Homme; 1995. 387 p.
23. Andrieu B. Toucher: Se soigner par le corps. 1^{re} éd. Paris: Les Belles Lettres; 2007. 285 p.
24. Kroeger A. Anthropological and socio-medical health care research in developing countries. Soc Sci Med. 1 janv 1983;17(3):147-61.
25. Eisenberg DM. Advising patients who seek alternative medical therapies. Ann Intern Med. 1997;127(1):61-9.
26. LEVI-STRAUSS C. Anthropologie structurale 1. EDI8; 2014. 340 p.
27. Zenklusen S, Bischoff T, Bodenmann P, Panese F. Compétences en santé déficientes : obstacle à une prise en charge optimale. 2012 [cité 28 nov 2015]; Disponible sur:

<http://www.revmed.ch/rms/2012/RMS-340/Competences-en-sante-deficientes-obstacle-a-une-prise-en-charge-optimale>

28. Chatelard S, Bodenmann P, Vaucher P, Herzig L, Bischoff T, Burnand B. General Practitioners Can Evaluate the Material, Social and Health Dimensions of Patient Social Status. PLoS ONE. 15 janv 2014;9
29. Vaucher P, Bischoff T, Diserens E-A, Herzig L, Meystre-Agustoni G, Panese F, et al. Detecting and measuring deprivation in primary care: development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: the DiPCare-Q. BMJ Open. 2012;2
30. Chaudhuri B. Health, forest, and development: the tribal situation. Inter-India Publications; 2003. 184 p.
31. Pushpanathan T. Rabindranath Tagore's philosophy of education and its influence on Indian education. 2013 [cité 28 nov 2015]; Disponible sur: https://www.google.ch/search?q=Rabindranath+Tagore%E2%80%99s+philosophy+of+education+and+its+influence+on+Indian+education,+T.+Pushpanathan,+2013&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=ddBZVp71FseVUdWxpIgL
32. Ramakrishnan P, Dias A, Rane A, Shukla A, Lakshmi S, Ansari BKM, et al. Perspectives of Indian Traditional and Allopathic Professionals on Religion/Spirituality and its Role in Medicine: Basis for Developing an Integrative Medicine Program. J Relig Health. :1-15.
33. Horvilleur A. Vademecum de la prescription en homéopathie. Masson; 2006. 612 p.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ici chacun des membres du Santiniketan Anthropological and Medical Project pour le soutien logistique et bibliographique qu'ils m'ont apporté, ainsi que pour l'inestimable expérience de vie dans laquelle ils m'ont accompagné.

Je remercie en particulier la Dresse Lili Herzig et le Dr Daniel Widmer pour le temps et l'énergie qu'ils ont consacré à l'encadrement de ce travail.

Enfin, ma gratitude va à chacun de mes amis et proches qui ont participé de près ou de loin dans l'imagination, la réalisation, l'écriture ou la correction de ce projet de recherche.

Ce travail est dédié à chacun de vous.