



HAL
open science

L'Ayurveda. Mondialisation d'une médecine traditionnelle indienne

Lucie Dejouhanet

► **To cite this version:**

Lucie Dejouhanet. L'Ayurveda. Mondialisation d'une médecine traditionnelle indienne. *EchoGéo*, 2009, 10. hal-01941657

HAL Id: hal-01941657

<https://hal.science/hal-01941657>

Submitted on 1 Dec 2018

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

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

Lucie Dejouhanet

L'Ayurveda

Mondialisation d'une médecine traditionnelle indienne

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Lucie Dejouhanet, « L'Ayurveda », *EchoGéo* [En ligne], Numéro 10 | 2009, mis en ligne le 01 septembre 2009, consulté le 24 février 2012. URL : <http://echogeo.revues.org/11349>

Éditeur : UMR 8586 PRODIG

<http://echogeo.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://echogeo.revues.org/11349>

Document généré automatiquement le 24 février 2012.

© Tous droits réservés

Lucie Dejouhanet

L'Ayurveda

Mondialisation d'une médecine traditionnelle indienne

Introduction

- 1 197 000 occurrences, soit plus de 600 liens ! C'est ce qu'on obtient du moteur de recherche Google lorsqu'on lui demande des liens vers « massage ayurvédique Paris » (20 avril 2009). L'Ayurveda, dont peu avaient entendu parler en France il y a quelques années, suscite désormais un engouement troublant. Elle s'affiche de plus en plus dans les vitrines et les magazines, s'invitant jusque dans le rayon cosmétique des supermarchés. Loin du bain d'huile qui constitue l'essentiel du massage ayurvédique en Inde, les centres de massage parisiens proposent un remède contre le stress, une purification du corps et de l'esprit. Les descriptions des soins parlent d'harmonie et d'équilibre, intégrant, non sans raison, à la « Science de la Vie » qu'est l'Ayurveda des pratiques associées généralement au yoga ou au kalaripayat¹. Huiles essentielles et bienfaits des traditions apporteraient enfin un remède aux maux de la vie moderne.
- 2 Si l'Ayurveda n'a émergé que très récemment dans les pratiques thérapeutiques des Français par rapport au yoga par exemple, son succès est pourtant dans la continuité de l'intérêt pour les médecines « alternatives » ou « parallèles » à la biomédecine² qui va grandissant dans les pays occidentaux depuis les années 1960. Si l'on a pu considérer un temps cet attrait pour des soins différents comme marginal, il constitue désormais une forme importante de la médicalisation des sociétés occidentales (Schmitz, 2006b), ce qu'illustrent les récentes recherches effectuées sur les pratiques liées au néo-chamanisme, au magnétisme, à la géobiologie, aux « énergies »³... Les raisons du succès des médecines « alternatives », venant après une longue période d'apparente suprématie de la biomédecine, sont nombreuses : développement d'une contre-culture, opposition à une biomédecine aux effets secondaires néfastes, inefficacité de celle-ci à soigner certaines maladies, besoin d'une prise en compte de la dimension subjective dans les pathologies... (Schmitz, 2006b). La multiplication des remèdes à base de plantes proposés dans le commerce peut aussi s'expliquer par l'aspiration des citoyens à plus de « nature », perçue comme source de santé et de bien-être. Le vieillissement de la population, les difficultés de la biomédecine face à l'augmentation des maladies chroniques et dégénératives, l'autonomisation des patients dans leurs démarches thérapeutiques permettent une diversification de l'offre de soin (*ibid.*) et l'affirmation d'un « pluralisme médical » (Benoist, 1996). Enfin, l'importance du bien-être et de l'épanouissement personnel, corrélés à la santé, dans les sociétés occidentales constitue un facteur d'ouverture à des pratiques de soin holistes⁴. Les philosophies et spiritualités orientales y sont ainsi bien accueillies.
- 3 Les médecines d'Asie profitent de cet intérêt : un bon exemple en est le yoga qui est arrivé en Occident dans les années 1960, avec d'autres pratiques et influences orientales comme les arts martiaux et le bouddhisme. Il apportait un remède aux angoisses et pressions liées au mode de vie urbain ; sa diffusion en France doit beaucoup à des personnalités du monde de la culture qui ont fait connaître cette pratique. Aujourd'hui la pratique du yoga est plus courante en Occident que dans son pays d'origine (Hoyez, 2006). Le cas de l'Ayurveda se singularise par le fait que cette médecine a été en Inde à la fois confrontée à la demande de santé publique et intégrée à une démarche de revitalisation des traditions. Quelques centres ont certes ouvert en Europe, aux États-Unis et au Canada dès les années 1980, mais sa large diffusion en Occident (notamment en France) et les campagnes de communication dont elle fait l'objet résultent de son développement dans son pays d'origine. C'est grâce à la place qu'il a prise sur le marché national indien que le secteur de l'Ayurveda peut désormais chercher à conquérir de nouveaux marchés.

- 4 L'Ayurveda a connu depuis la fin du XIX^e siècle un développement original, fondé sur une approche revivaliste des médecines indiennes, teintée de patriotisme, et un désir de contrer l'impérialisme médical de la biomédecine. La nécessité de fournir des soins médicaux aux nombreux habitants d'une Inde rurale et sous-équipée a aussi encouragé l'augmentation de l'offre en soins. Désormais, il est demandé au secteur de l'Ayurveda à la fois de répondre à la demande locale en soins et d'être capable de s'adapter à de nouveaux enjeux commerciaux, liés au développement économique et à l'expansion culturelle indienne. L'essor de l'Ayurveda en Inde depuis les années 1980 et l'augmentation de sa diffusion à l'international sont l'aboutissement d'un travail de développement industriel ambivalent : la modernisation et la transformation d'une médecine « traditionnelle », valorisée comme patrimoine culturel de l'Inde, dans le contexte d'un pays en grande demande de structures de soin constituent un processus intéressant que nous allons explorer ici.
- 5 Le développement de l'Ayurveda, entre enjeux nationaux de santé publique et velléités d'expansion à l'international, sera analysé à travers plusieurs questionnements : quelle est la place de l'Ayurveda dans le paysage du pluralisme médical indien ? Comment cette médecine s'est-elle adaptée aux évolutions des sociétés et de leurs demandes de santé ? Quelle voie de développement a-t-elle choisi en Inde où l'industrie des médicaments génériques permet l'accès en masse aux médicaments de biomédecine ? Enfin, peut-elle constituer un secteur phare du développement industriel et du commerce extérieur indien, et contribuer ainsi au rayonnement de l'Inde à l'international ?

L'Ayurveda dans le paysage de santé indien

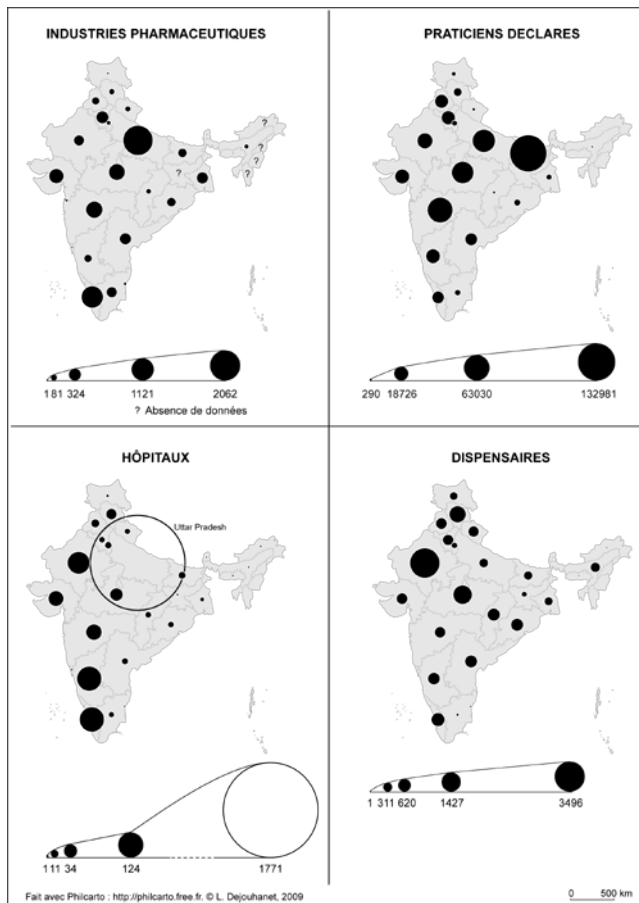
- 6 Les besoins en matière de santé en Inde sont énormes (Swain *et al.*, 2002). Le développement économique, en touchant inégalement la population, conduit à une diversification et une complexification de la demande en soins. De nouvelles maladies, typiques des pays développés, se diffusent dans les couches urbaines aisées de la population (diabète, obésité, tension, cancer), tandis que la demande en soins primaires des populations rurales pauvres reste élevée et difficile à satisfaire (Duggal et Gangolli, 2005). L'état de santé du pays stagne depuis dix ans ; alors que l'espérance de vie augmente, la mortalité infantile reste élevée (64 %) et l'offre de soin est inégale à l'échelle régionale (Vaguet, 2002 ; Lefebvre, 2007). L'objectif de la « santé pour tous en 2000 » reste éloigné, avec de fortes différences entre les États et entre l'Inde urbaine et l'Inde rurale.
- 7 Dans les années 1970, le gouvernement indien encouragea expressément le développement des médecines traditionnelles : son objectif était d'augmenter la couverture médicale de la population en développant des pratiques de soin qui semblaient plus accessibles aux populations rurales, isolées et défavorisées. Ce but faisait écho aux préoccupations internationales sur la santé et à l'intérêt que suscitaient les médecines traditionnelles dans les instances supranationales. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'intéressait aux médecines alternatives à la biomédecine depuis les années 1950 et les années 1970 virent la multiplication des documents officiels internationaux prônant la « revalorisation de la médecine traditionnelle » (Pordié, 2005b). Les instances de « développement » voyaient et voient encore dans les savoirs et pratiques vernaculaires l'avantage d'une solution « locale » aux problèmes de santé, bénéficiant d'un fort ancrage social et ayant un faible coût pour les patients et les institutions (*ibid.*). Les médecines traditionnelles, perçues comme une manne à portée de main pour le développement sanitaire, ont ainsi acquis une nouvelle légitimité, validée par des acteurs extérieurs. En 2002, l'OMS confirmait son engagement en faveur des médecines alternatives et la nécessité d'en améliorer l'accessibilité pour les couches les plus pauvres de la population (OMS, 2002).
- 8 En Inde, de multiples systèmes de médecine cohabitent. Outre la biomédecine dont l'usage est généralisé dans tout le pays, les systèmes de médecine traditionnels indiens sont très utilisés, que ce soit comme unique mode de soin, en complément de la biomédecine ou combinés entre eux (Abraham, 2005). En 1973, le gouvernement indien a reconnu officiellement comme médecines traditionnelles : l'Ayurveda, les médecines Unani et Siddha, le yoga, la naturopathie et l'homéopathie⁵. En 1995 a été créé un département en charge des systèmes de médecine

indiens, rebaptisé département « AYUSH » selon les initiales des différentes médecines en 2003 (Hoyez & Schmitz, 2007). Ces médecines sont considérées comme des « systèmes » car leur pratique repose sur un corpus de traités médicaux. En plus de ces systèmes codifiés existe une médecine populaire, pratiquée par des guérisseurs de village, sages-femmes, rebouteux, spécialistes d'un domaine (fractures, problèmes de peau) ou d'une affection (morsures de serpent). Les patients choisissent leur médecine en fonction de leur problème de santé, de l'efficacité avérée des traitements, de leur accessibilité, de leur coût et de la confiance qu'ils placent en eux. L'accessibilité et le coût constituent les freins les plus importants à un usage multiple des diverses offres de soin. Ces usages démontrent un pluralisme médical, dont plusieurs auteurs ont cherché à comprendre les implications⁶. L'importance qu'a toutefois la biomédecine par rapport aux autres pratiques a conduit A.C. Hoyez et O. Schmitz (2007) à parler de « pluralisme hiérarchisé ». Les enjeux de santé publique justifient dans le discours politique le soutien aux médecines alternatives, mais ce pluralisme médical « orienté » est-il imposable et viable pour être un facteur du développement sanitaire des populations indiennes défavorisées ?

La répartition territoriale de l'Ayurveda en Inde

- 9 L'analyse géographique de la répartition des centres de soins et structures de production de médicaments ayurvédiques permet d'interroger la répartition territoriale de cette médecine en termes de couverture médicale, d'accessibilité et de stratégie de développement.
- 10 L'ensemble de cartes sur la géographie de l'Ayurveda en Inde en 2007 (carte 1) permet de visualiser l'omniprésence de ce système de médecine dans les États indiens. Les structures de production et de soins⁷ sont réparties sur tout le territoire indien, même si les autres médecines supplantent ou complètent l'usage de l'Ayurveda dans certains États fédérés : dans les États à majorité musulmane, comme l'Andhra Pradesh, on peut supposer que le nombre relativement faible de structures est dû à une préférence pour la médecine Unani dans les pratiques liées à des thérapies traditionnelles ; dans l'État du Tamil Nadu, la médecine Siddha domine. Seuls les États du Nord-Est restent peu pénétrés par l'Ayurveda, du fait de leurs spécificités culturelles et politiques. Cependant, aucun État n'apparaît comme implantation privilégiée de l'Ayurveda et les différentes activités sont dispersées sur le territoire⁸. Des inégalités régionales transparaissent pourtant dans l'analyse de chaque carte.

Carte 1 - Géographie de l'Ayurveda en Inde en 2007



Source : AYUSH (2007).

- 11 La carte des hôpitaux ayurvédiques montre une forte supériorité en nombre dans l'État d'Uttar Pradesh par rapport aux autres États : avec 1771 structures hospitalières ayurvédiques, cet État est bien au-dessus des deux États suivants dans la hiérarchie, le Kérala avec 124 hôpitaux et le Karnataka avec 122 structures. Par contre, le nombre de dispensaires ayurvédiques y est inférieur à la moyenne nationale (340 dispensaires pour une moyenne nationale de 391). Cela est sans doute lié à une stratégie de développement privilégiant de grosses structures de soins ou au nombre important de dispensaires biomédicaux⁹. Les dispensaires sont répartis de manière plus homogène sur le territoire et c'est au Rajasthan qu'on en compte le plus : avec 3 496 dispensaires et 100 hôpitaux, cet État semble être un lieu où l'Ayurveda est capitale dans l'organisation des structures de soins de proximité. Ce nombre peut être dû à une politique étatique encourageant l'implantation de ces centres ; mais le Rajasthan étant une région très touristique, un certain nombre de ces structures peut aussi être lié à cette activité. Par ailleurs, il faut rester prudent sur le fonctionnement effectif des centres de soins primaires, au vu des problèmes que connaissent les dispensaires biomédicaux, désertés par les patients dans certains États (voir Lefebvre, 2007).
- 12 Depuis la période coloniale, le sud de l'Inde, plus précisément les États d'Andhra Pradesh, Tamil Nadu, Kérala, Karnataka et Pondichéry, sont à la pointe de la médecine biomédicale, ce qui s'y traduit par la croissance constante du nombre de facultés de médecine : en 2004, plus de 40 % de ces facultés se trouvaient dans ces États qui ne concentrent pourtant que 20 % de la population indienne (*ibid.*). Si l'Ayurveda s'était développée essentiellement pour s'opposer à la biomédecine ou pour pallier à ses manques ou son absence, la répartition de ses structures de soins devrait montrer une opposition nord-sud. Même en considérant que les États de la côte sud-est sont plus ouverts aux médecines Unani ou Siddha, il est difficile de voir des distinctions aussi tranchées. En outre, l'Orissa qui possède un fort indice de mortalité infantile (87 ‰), si on le compare à l'Andhra Pradesh (71 ‰ en zone rurale et 35 ‰ en zone urbaine) et au Kérala (10 ‰) (*ibid.*), a relativement peu de structures de soins ayurvédiques.

- La présence d'hôpitaux et de dispensaires ayurvédiques ne semble donc pas se justifier par les besoins de santé primaire des populations.
- 13 La carte des praticiens ayurvédiques déclarés présente une autre organisation et de grandes différences entre les États. C'est le Bihar qui compte le plus de médecins enregistrés pratiquant l'Ayurveda (133 000) ; ce nombre oscille ensuite autour de 50 000 dans trois États : l'Uttar Pradesh, le Madhya Pradesh et le Maharashtra. Il est difficile d'affirmer que l'Ayurveda est plus répandue dans ces États du fait d'un plus grand nombre de médecins, car nombre de praticiens traditionnels ne sont pas enregistrés. Au moins peut-on affirmer que dans ces États, l'Ayurveda a fait l'objet d'une institutionnalisation comme le prouve le nombre d'enregistrements. Ces États ont aussi pour caractéristique un bon niveau d'équipement en structures de soins biomédicales par rapport aux autres États (*Ministry of Health and Family Welfare, 2007*).
- 14 La carte des industries pharmaceutiques présente une concentration des unités productrices de médicaments ayurvédiques dans les États d'Uttar Pradesh (27 % du nombre national) et du Kérala (14,7 %). Si les États du Madhya Pradesh et du Maharashtra se retrouvent en position intermédiaire sur toutes les cartes, l'Uttar Pradesh et le Kérala ont un profil particulier. Ces deux États ont un nombre important à la fois d'hôpitaux (surtout dans le cas de l'Uttar Pradesh) et d'industries pharmaceutiques, associant production et marché. Cette bi-fonctionnalité peut être liée à l'importance historique de l'Ayurveda dans les deux États et à la proximité de régions montagneuses riches en biodiversité : l'Himalaya pour l'un et la partie méridionale des Ghâts occidentaux pour l'autre. Si la croissance du secteur au Kérala a surtout reposé sur des initiatives privées, certes encouragées par les pouvoirs publics, l'Uttar Pradesh a connu une forte mobilisation gouvernementale et académique en faveur de l'Ayurveda, en particulier au sein de la Banaras Hindu University de Varanasi (Bénarès) où dès 1927 était ouverte une école d'Ayurveda (AYUSH, 2006). Les deux États hébergent en outre deux industries majeures productrices de médicaments ayurvédiques : Dabur India Limited à Ghaziabad (UP) et The Arya Vaidyasala au Kérala. Ils ont eu un rôle moteur dans le développement du secteur et dans le renouveau de l'Ayurveda et continuent à participer à sa croissance. Le cas du Kérala est intéressant car cet État a connu par ailleurs une forte augmentation de ses industries pharmaceutiques de biomédecine dont le nombre a doublé dans la décennie 1990 (Vaguet, 2002) ; de plus, la santé de ses habitants est plutôt bonne par rapport aux autres États indiens. La croissance du secteur de l'Ayurveda au Kérala apparaît donc plus liée au dynamisme du secteur de la santé et des acteurs de l'Ayurveda qu'à un besoin en structures de soins.

Une médecine peu présente auprès des populations-cibles du développement sanitaire

- 15 L'intérêt et le soutien des pouvoirs publics aux médecines traditionnelles sont justifiés, d'après les rapports officiels, comme par exemple ceux de l'OMS, par l'idée qu'elles sont facilement accessibles à la majorité de la population et peu chères du fait de l'utilisation de matières premières disponibles localement (*Ministry of Health and Family Welfare, 2004*). L'Ayurveda est par conséquent présentée comme un espoir pour l'offre de santé en Inde. Cette affirmation est contestable, même si elle satisfait le discours patriotique selon lequel l'Inde devrait soigner toute sa population par ses propres connaissances et capacités. S'il est vrai que les autorités étatiques ont construit des dispensaires ayurvédiques dans les régions isolées, par exemple dans les villages des montagnes du Kérala que nous avons pu visiter (2004-2007), l'isolement semble justement avoir raison de la motivation des médecins chargés des soins dans ces centres. Aujourd'hui formés dans les universités, ces médecins ne proviennent plus essentiellement de familles de praticiens traditionnels mais de divers horizons sociaux. Leur répartition régulière ne pourra vraisemblablement pas être assurée sans une politique ferme leur imposant d'être présents dans les endroits les moins accessibles. Dans les villages visités, les soins étaient finalement surtout apportés par les camps itinérants de biomédecine et quelques centres de premiers soins, relevant eux aussi de la biomédecine.

- 16 L'échec de l'Ayurveda sur le marché des soins primaires dans les zones rurales a été aussi mis en évidence par une enquête réalisée en 1997 par l'*Institute of Economic Growth* de l'Université de Delhi auprès des populations rurales de l'État du Gujarat (nord-ouest de l'Inde) : moins de 5 % des personnes interrogées disaient avoir recours à des traitements ayurvédiques (cité par Bode, 2008). L'idée que la médecine ayurvédique pourrait être une alternative bon marché aux médicaments occidentaux date en fait de l'époque coloniale : les médecins britanniques et les pharmacologistes indiens du XIX^e siècle considéraient alors les médecines traditionnelles moins comme des connaissances utiles que comme un moyen de diminuer le coût des remèdes, à condition que ceux-ci soient préalablement testés selon les normes scientifiques occidentales (*ibid.*). Cette conjonction théorique et providentielle entre considérations en termes de coûts et médecine traditionnelle est, nous l'avons vu, un héritage encore actuel. Toutefois, utiliser l'Ayurveda comme médecine des pauvres ne semble plus vraiment pertinent, alors que l'Inde possède une industrie de production de médicaments de biomédecine compétitive au niveau mondial, surtout pour la production de médicaments génériques, et que les traitements de biomédecine se sont diffusés à tous les niveaux de la société indienne depuis les années 1970. En 2008, l'industrie pharmaceutique indienne a réalisé un chiffre d'affaires de 12,5 milliards de dollars US avec la vente de médicaments génériques sur les marchés domestique et international, soit 16 % de la valeur de la production mondiale (A.P.J. Abdul Kalam, cité par Virendra Pandit, 2008). Enfin, nous verrons que le coût des médicaments ayurvédiques les destine préférentiellement aux couches aisées de la population indienne ; les personnes aux revenus modestes se soignent donc surtout avec des médicaments de biomédecine¹⁰ ou par leurs propres connaissances thérapeutiques. Il faut néanmoins préciser que des praticiens traditionnels officient encore dans les bourgs, vendant des plantes à moindre coût pour des remèdes à préparer chez soi ; ils constituent encore des recours en matière de santé pour les habitants, mais ils vendent de plus en plus de remèdes fabriqués dans les industries pharmaceutiques ayurvédiques.
- 17 L'Ayurveda est finalement moins dominante et intégrée dans le pluralisme médical des populations que ce que souhaitent les institutions. La distance entre discours politiques et réalités des usages de l'Ayurveda est troublante mais elle résulte d'un long processus évolutif qui a combiné patriotisme et modernisation.

Revivalisme et modernisation : évolutions d'une médecine « traditionnelle »

Étapes d'une reconstruction de l'Ayurveda

- 18 Francis Zimmermann présentait l'Ayurveda dans *Le discours des remèdes au pays des épices. Enquête sur la médecine hindoue*, comme « un traditionalisme », c'est-à-dire « un système qui inscrit ses principes dans la nature du terroir », « une tradition conditionnée par la géographie de l'Asie des Moussons » (Zimmermann, 1989). L'idée de cette cohérence de la médecine ayurvédique avec le climat et les conditions de vie, étendues jusqu'aux particularités physiques des Indiens, a été l'un des fers de lance du mouvement de renaissance des systèmes de médecine traditionnels qui s'est développé en Inde à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle. À cette époque (1860-1920), un « orientalisme indigène d'inspiration nationaliste [fit] émerger dans l'espace public colonial le thème de l'existence d'une « science hindoue » » (Zimmermann, 2002). Ce revivalisme fut orchestré en réaction au sentiment de déclin du modèle culturel et social indien face à l'influence croissante de la science européenne dans le pays (Panikkar, 1992).
- 19 Dès le début du XIX^e siècle, les intellectuels indiens se trouvèrent dans la position délicate de reconnaître une supériorité à la science occidentale, donc de discréditer leurs pratiques culturelles et sociales traditionnelles, sans pour autant tomber dans l'écueil irréversible d'un abandon de « l'espace culturel traditionnel » (Panikkar, 1992). Face à la diffusion de la biomédecine et à son succès dans les villes indiennes (médicaments importés de Grande-Bretagne), les praticiens traditionnels furent obligés de remettre en question leur pratique de la médecine : malgré un passé ancien, la médecine ayurvédique ne semblait plus répondre

correctement à la demande en soins et risquait de décliner et disparaître. Les critiques portaient sur la stagnation des savoirs ayurvédiques, l'ignorance des textes fondamentaux par la majorité des praticiens et l'absence de médicaments de qualité.

20 Face à l'arme politique que constituait la domination de la biomédecine sur le champ de la santé (Banerji, 1981), les acteurs de la « Renaissance scientifique indienne » (Bengale, fin XIX^e siècle-début XX^e siècle) cherchèrent à réconcilier l'Inde et la science dans l'imaginaire du peuple indien et à faire de l'Ayurveda, en tant que « science hindoue », une médecine nationale (Zimmermann, 2002).

21 Au Kérala¹¹, dans un contexte de construction d'une identité kéralaise unifiée transcendant les frontières des royaumes¹², la renaissance de l'Ayurveda fut menée grâce à la mobilisation de quelques praticiens, des autorités traditionnelles¹³ (différents Raja, propriétaires terriens) et des classes moyennes libérales. Les objectifs du mouvement étaient de rassembler les savoirs ayurvédiques, de multiplier les publications et d'encourager le partage des connaissances entre praticiens ; de créer des établissements pour former les médecins et donc améliorer leurs pratiques ; enfin, d'augmenter la production et la distribution des médicaments, en systématisant la production. Des manufactures de médicaments ayurvédiques se développèrent suivant des méthodes de production et de conditionnement modernes et avec des modes de commercialisation directement inspirés du marché de la biomédecine. P.S. Variar, figure majeure de cette renaissance au Kérala, était formé aux deux médecines. Il ouvrit sa manufacture Arya Vaidyasala à Kottakal en 1902 ; celle-ci multiplia par dix ses ventes en quatre ans et reste aujourd'hui la plus importante entreprise ayurvédique du Kérala (*ibid.*). Il créa aussi une école de formation à l'Ayurveda en 1917 : l'apprentissage des méthodes de production industrielle et de conservation des produits manufacturés était une part importante du cursus ; son diplôme était reconnu par l'État (Harilal, 2007).

22 Dans les années 1920, moins de dix compagnies ayurvédiques en Inde étaient engagées dans la production de masse, mais leurs stratégies de distribution et de communication transformèrent un paysage commercial composé de petits producteurs de médicaments en un réseau de praticiens vendant des médicaments manufacturés, adaptés à la demande toujours croissante des consommateurs (*ibid.* ; Bode, 2008). Ces années virent la multiplication des industries pharmaceutiques, l'augmentation continue de la consommation de médicaments ayurvédiques, encouragée par l'intégration des médecines traditionnelles dans le discours nationaliste, et la constitution de comités régionaux ou nationaux pour encourager la modernisation de ces médecines et leur standardisation (Harilal, 2007). L'évolution du secteur de l'Ayurveda se fit en deux temps : d'une médecine pratiquée par des lignées de praticiens, peu onéreuse voire gratuite, on passa d'abord à une production de médicaments par de petites unités, puis à une production de masse par de grandes firmes pharmaceutiques. Ces entreprises étaient alors seules capables de produire et distribuer les médicaments ayurvédiques en quantités suffisantes pour répondre à la nouvelle demande. Elles encouragèrent aussi l'augmentation de la consommation par la communication et la diffusion de journaux consacrés à l'Ayurveda (*ibid.*).

23 Il fut reproché à ce mouvement de renaissance d'être revivaliste et élitiste, dénigrant les connaissances des praticiens qui n'avaient pas accès aux textes sanskrits, jugeant la qualité de la médecine à l'aune de sa scientificité, mesure empruntée à la culture coloniale (Panikkar, 1992). La modernisation de l'Ayurveda aurait été engendrée par la pensée d'une « épistémè pharmaceutique » (Banerjee, 2002), la confinant à un rôle de fournisseur de médicaments pour l'essentiel, l'obligeant à se plier aux contraintes d'une production de masse et laissant de côté la conception globalisante du corps, de la santé et de la maladie qui lui sont propres (*ibid.*).

Après l'Indépendance : croissance du secteur et transformation de l'Ayurveda

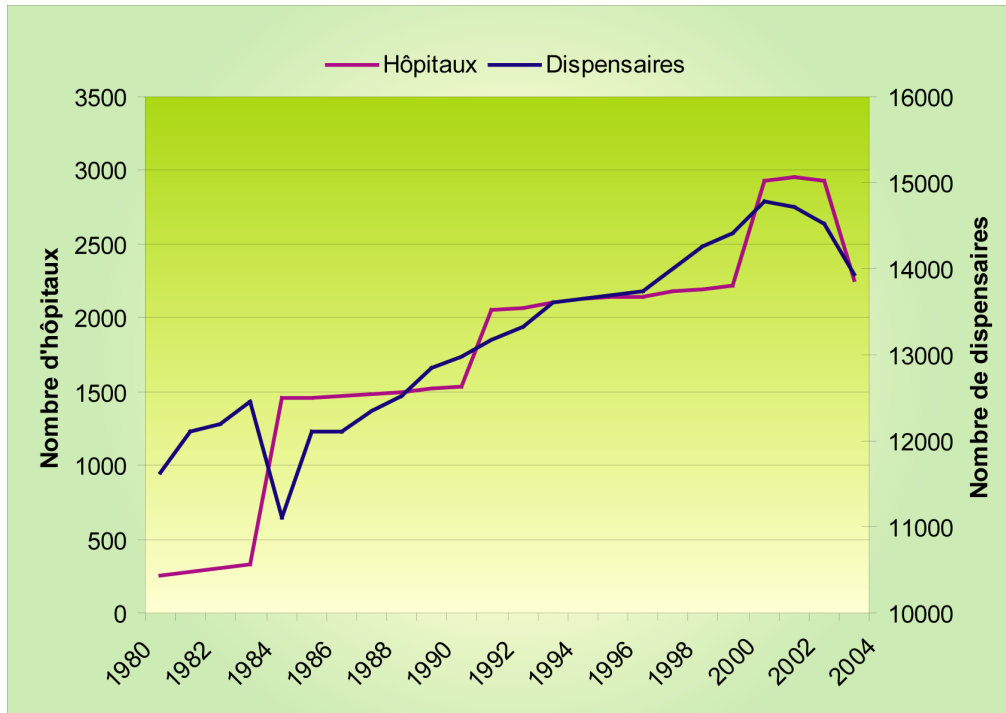
24 L'Indépendance et la vision nehruvienne du développement contribuèrent à intégrer l'Ayurveda, objet de fierté nationale, dans les objectifs de modernité et de puissance scientifiques et technologiques de la nouvelle nation (Bode, 2006). À partir de 1946, les praticiens de l'Ayurveda étaient représentés dans les bureaux et conseils gouvernementaux

du secteur de la santé (Banerjee, 2002). Le rapport du Comité Chopra sur les systèmes « indigènes » de médecine (1948) entérina le besoin d'intégrer la médecine ayurvédique dans le système de santé, de produire en masse ses médicaments, de réaliser des économies d'échelle et de distribuer largement ses remèdes (*ibid.*). En 1970 fut créé le Conseil Central de la Médecine Indienne (*Central Council of Indian Medecine*) dont le but était de réglementer les pratiques et la formation des praticiens ; face aux enjeux de santé de l'Inde urbaine et rurale, le gouvernement fédéral, qui essayait de développer un maillage dense de centres de soins, décida d'intégrer les médecins traditionnels dans le système de santé et le nombre de praticiens enregistrés augmenta (Bourdier, 1997).

25 Pourtant, l'intérêt du gouvernement demeura fragile et les aides financières au secteur public furent insuffisantes. C'est l'énergie du secteur privé, aidé par une politique favorable, qui permit le développement sans précédent du secteur de l'Ayurveda. La croissance du nombre d'hôpitaux, de dispensaires ayurvédiques et de praticiens en Inde de 1980 à 2003 (figures 1 et 2) s'est faite par paliers qui correspondent à des nouvelles lois ou appuis gouvernementaux encourageant le développement du secteur. Jusqu'en 2002, le contexte politique a été favorable au développement de l'Ayurveda : la *National Health Policy (1983)* souligna l'importance d'intégrer les médecines traditionnelles dans le système de santé et de développer un réseau serré de centres de soins ; en 1999 le Conseil Central pour la Santé et l'Aide aux Familles (*Central Council for Health and Family Welfare*) décida de systématiser la présence des praticiens de médecines traditionnelles dans ces centres et celle d'une aile spécialisée dans les hôpitaux publics ; en 1995, fut créé le Département national pour les Systèmes Indiens de Médecine (ISM).

26 La chute du nombre de dispensaires à partir de 2000 et du nombre d'hôpitaux à partir de 2002 (figure 1) peut s'expliquer par un assainissement de l'offre de soins et par la fermeture des structures défaillantes. Dans l'ensemble, les années 2000 ont été marquées par un ralentissement : l'amendement du *Drugs and Cosmetics Act (1940)* instaura des normes de production pour les manufactures de produits ayurvédiques (*Good Manufacturing Practices, 2004*) (Banerjee, 2004) ; à partir de 2003 les écoles d'obtenir durent obtenir des autorisations du gouvernement central pour ouvrir, augmenter leur capacité ou proposer de nouveaux cursus (*IMCC (Amendment) Act (2002)*). Le nombre de praticiens non formés dans les écoles reconnues ne diminue que légèrement entre 1980 et 2003 (figure 2), la forte croissance du nombre total de praticiens, multiplié par quatre, est due essentiellement à l'augmentation de ceux qui sortent des formations reconnues.

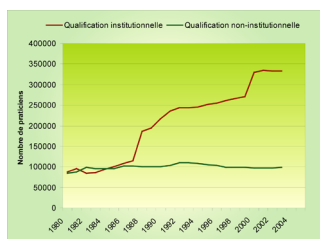
Figure 1 - Évolution du nombre d'hôpitaux et de dispensaires ayurvédiques en Inde 1980-2003



NB : En 2007, le nombre d'hôpitaux avait légèrement augmenté atteignant le nombre de 2 400, tandis que celui des dispensaires restait stable à près de 14 000 (AYUSH, 2007).

Source : Département d'Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha & Homeopathy, 2003 (AYUSH, 2003).

Figure 2 - Évolution du nombre de praticiens ayurvédiques enregistrés en Inde de 1980 à 2005 selon leur formation



NB : En 2007, le nombre d'hôpitaux avait légèrement augmenté atteignant le nombre de 2 400, tandis que celui des dispensaires restait stable à près de 14 000 (AYUSH, 2007).

Source : Département d'Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha & Homeopathy, 2003 (AYUSH, 2003).

- 27 La régulation concernant les normes de production est très importante, car si elle permet sans doute d'améliorer la qualité des produits manufacturés et de limiter l'activité de firmes médiocres, elle limite aussi le nombre de producteurs à ceux-là seuls capables de mettre en place des contrôles sur la qualité des produits. Cette réglementation suit en fait les recommandations de l'OMS (2002) qui exige que les médicaments issus des médecines traditionnelles soient validés scientifiquement pour assurer les patients de leur efficacité et de leur innocuité. L'OMS a d'ailleurs fourni des fonds importants à l'Inde pour que celle-ci entreprenne des recherches pharmacologiques et cliniques sur ses médecines (Pordié, 2005b).
- 28 C'est là l'un des paradoxes au cœur du développement de l'Ayurveda depuis le début du XIX^e siècle. Lorsque M.S. Harilal (2007) parle de « standardisation » et de « modernisation » des médecines traditionnelles dans les années 1920, il s'agit bien de la même chose. Pour trouver une légitimité dans un contexte colonial où le revivalisme des médecines traditionnelles devait en faire des « sciences », la validation par des méthodes « modernes », c'est-à-dire rationnelles et scientifiques, était essentielle. L'autorité coloniale ne reconnaissait d'ailleurs l'intérêt de remèdes ayurvédiques qu'à la condition de cette validation (Bode, 2008). Au fil du temps, les institutions et acteurs locaux se sont réapproprié cette exigence : en se rapprochant des méthodes et pratiques de la biomédecine et en attestant scientifiquement

de leur efficacité thérapeutique, les médecines traditionnelles s'« extirpent de leur champ culturel originel, en raison du caractère universel et absolu de la biologie » ; « la science [leur] confère le pouvoir de guérir et le pouvoir de le faire savoir », leur ouvrant de nouvelles voies de développement (Pordié, 2005b). Mais, contrairement aux idées de l'OMS, la validation scientifique, si elle garantit l'efficacité d'un médicament, ne le rend pas plus accessible aux populations pauvres ; au contraire, la validation valorise des médecines et leurs thérapeutes, les éloignant géographiquement, socialement et financièrement des populations défavorisées ; les médecines s'urbanisent, concernent des couches sociales plus aisées et deviennent plus chères (*ibid.*). À la transformation des techniques de production, voire des formulations, et des aires de diffusion correspond un glissement social des usagers de cette médecine.

Les nouveaux marchés de l'Ayurveda : vers une « commoditization »¹⁴ de la tradition

29 Le chiffre d'affaires total de la vente des médicaments ayurvédiques était estimé à 6 millions de dollars US en 1980, 800 millions vingt ans plus tard et un milliard en 2004. À cette date, 60 % des ventes de médicaments ayurvédiques et Unani étaient réalisées par les dix plus grosses entreprises pharmaceutiques du pays (Bode, 2006). Alors que les normes de qualité exigées par les pouvoirs publics incitent à une concentration de la production, l'orientation du secteur vers les marchés urbains et internationaux transforme radicalement l'offre en remèdes manufacturés.

Le marché urbain : spécialisation de la production et adaptation de l'offre

30 L'augmentation des ventes de produits ayurvédiques, surtout à partir de 1990, a résulté d'un changement dans les objectifs de commercialisation des grandes firmes : la plupart d'entre elles se sont spécialisées dans des produits destinés à une vente sans ordonnance. En effet, afin de rentabiliser les investissements faits dans la publicité et d'augmenter leur catalogue de produits, les industries ayurvédiques ont développé un nouveau type de produits : les médicaments ou cosmétiques de marque déposée, qui ont l'unique obligation de contenir au moins un ingrédient cité dans une formulation ayurvédique reconnue par le gouvernement. Ces produits, issus d'une reformulation libre de remèdes traditionnels, sont vendus sans ordonnance et adaptés à l'évolution des modes de consommation des Indiens (cachets, ampoules, sirops...). L'écart de prix entre produits traditionnels et produits brevetés s'est élargi : la présentation d'un produit, la définition de ses propriétés (« contre la fatigue et l'anxiété » à la place de « tonifiant ») et le type de clientèle visée contribuent à une augmentation des prix. Les nouveaux médicaments coûtent six fois plus chers que les produits traditionnels et sont adressés à une classe moyenne urbaine dont le salaire a augmenté avec la libéralisation économique de l'Inde (professions libérales, entrepreneurs, cadres...). Cette partie de la société indienne constitue aujourd'hui un marché en expansion pour les médecines traditionnelles « modernisées » qui permettent de conjuguer patriotisme et soins de santé dont la qualité est prouvée scientifiquement. La communication massive faite sur les produits insiste sur le caractère sain de ces médecines, sur l'utilisation de matériaux naturels qui restaureraient l'équilibre entre l'homme et son environnement, sur « l'authenticité » de l'Ayurveda et le symbole identitaire des médecines indiennes. L'Ayurveda propose à ses utilisateurs indiens de reprendre pied dans leur identité et leur culture et s'opposerait ainsi à la « médecine occidentale » associée à des images d'exploitation, d'avidité, d'agressivité, d'individualisme¹⁵. L'Ayurveda est alors présentée comme une « médecine douce » qui permet de lutter contre les mauvaises pratiques importées d'Occident, mais aussi de favoriser la réussite dans le monde moderne (Bode, 2006, 2008).

31 Il n'est donc pas étonnant qu'en 2008, 10 % seulement des ventes totales de médecines ayurvédiques étaient des produits traditionnels et environ 75 % du chiffre d'affaires lié à la vente des produits de médecine indienne correspondaient aux médicaments de marque distribués sans ordonnance (Bode, 2008). Le secteur bénéficie aussi de mesures politiques

favorables aux médecines traditionnelles, comme la taxation réduite des produits ayurvédiques brevetés ou associés à une marque déposée¹⁶ (Bode, 2006, 2008).

32 Or si le contrôle de la fabrication des produits traditionnels est compliqué, la validation de produits transformés, dont la formulation diffère de celle des traités ayurvédiques, est encore plus difficile. Si certains produits ayurvédiques connaissent une popularité montante, la crédibilité de cette médecine et sa large diffusion sont mises en danger.

Conquérir le marché mondial : vendre de la tradition

33 L'image de « médecine douce » est aussi celle diffusée à destination d'un public étranger ; elle conduit d'ailleurs Francis Zimmermann à dénoncer ce mythe d'une médecine ayurvédique qui serait à l'image d'une nature généreuse et salvatrice, dans son article au nom évocateur : « *Gentle Purge : The Flower Power of Ayurveda* » (1992). L'engouement actuel des Occidentaux pour les médecines alternatives serait issu de ce qu'il appelle l'« orientalisme militant », né dans les années 1970-1980 en Occident sous l'effet du relativisme culturel, du mouvement politique de la contre-culture et d'une attirance pour la philosophie hindoue (Zimmermann, 2002). Il fait suite à l'« orientalisme indigène » qui avait opposé deux mondes : les « hindous » et les « modernes ». L'idée de « médecine douce » reprend la dichotomie entre fluidité du corps hindou (onctuosité, théorie des humeurs, fluides vitaux) et rigidité du corps occidental (os, biologie, rationalité) (*ibid.*).

34 Un public étranger, en quête de « médecines alternatives », se déplace en Inde pour se faire soigner ou importe les remèdes les plus attractifs. L'intérêt renouvelé pour les traitements par les plantes dans le monde entier a accompagné une prise de conscience écologique et un besoin de « proximité » avec la nature, sur lesquels les investisseurs de l'Ayurveda se reposent pour la promotion de leur secteur. L'augmentation du tourisme médical national et international motive d'ailleurs l'ouverture en Inde de centres ayurvédiques destinés à une clientèle aisée, proposant cures et traitements à des prix élevés, et la création de gammes de produits destinés à l'exportation. Désormais, l'Ayurveda n'est plus une médecine qui répond bien aux enjeux du climat indien et à la physiologie des Indiens, par opposition à la médecine occidentale qui serait, elle, adaptée à des climats froids et à des hommes en quête de chaleur (propos issus du journal kéralais spécialisé sur l'Ayurveda *Dhanwantari* du 14 mai 1917, in Panikkar, 1992). Elle devient une solution contre les vices du monde occidental, utilisable aussi par les Occidentaux désireux de retrouver une harmonie intérieure.

35 Ces dernières années, le gouvernement indien a par ailleurs lancé une campagne de « promotion et propagation » des systèmes de médecine indiens à l'étranger. De multiples actions de communication, conférences, échanges de médecins, formations, sont menées à destination de pays « riches » sur tous les continents (*Ministry of Health and Family Welfare*, 2004). La diaspora indienne, surtout dans les pays du Golfe et à Singapour, constitue aussi un marché de consommation important. Les États-Unis, l'Allemagne et la Grande-Bretagne s'ouvrent aux exportations, ce qui laisse prévoir une demande croissante en produits transformés labellisés « Ayurveda ». En 2008, la valeur des exportations de produits issus des médecines traditionnelles indiennes était estimée par l'État à 250 millions de dollars (Basant, 2008).

36 Les industriels du secteur de l'Ayurveda que nous avons rencontrés au Kerala étaient inquiets : le nombre d'usines et la production ne cessant de croître, les parts de marché disponibles au niveau local et national diminuent et les efforts à fournir en publicité sont de plus en plus importants. Ils espéraient donc commercialiser leurs produits à l'étranger. Le marché international leur apparaissait comme le moyen d'un développement sans précédent, sûrs de l'intérêt de l'Ayurveda pour les populations des autres pays, « forcément » lassées de la biomédecine.

37 La différence entre la démarche gouvernementale et celle des industriels qui tentent d'intégrer le marché international se situe dans la définition des objets à exporter : le gouvernement souhaite faire connaître le « système », l'approche holistique propre à l'Ayurveda, tandis que les industriels cherchent à vendre leurs produits manufacturés au nom d'une approche différente de la santé. Cet écart entre, d'une part, la volonté de diffuser une culture et un mode

de pensée, et, d'autre part, la recherche du profit sur un marché élargi, résume en partie le processus de « *commoditization* » qui touche l'exportation des médecines ayurvédiques¹⁷.

38 Les produits ayurvédiques vendus en Occident sont des huiles essentielles, des soins cosmétiques, des compléments nutritionnels, et ne sont pas annoncés comme « médecine », sauf dans quelques pays comme la Hongrie ou la Grande-Bretagne qui ont reconnu l'Ayurveda comme médecine parallèle¹⁸. Plusieurs raisons expliquent l'absence généralisée de reconnaissance officielle, à commencer par la difficulté des gouvernements occidentaux à accepter leurs propres médecines traditionnelles comme des systèmes de soins viables et présentant un intérêt pour la santé publique¹⁹. L'importance de la biomédecine a conduit évidemment à exiger de toutes les médecines traditionnelles leur validation scientifique. Si le marché des produits à base de plantes et suppléments nutritionnels permet aux industries ayurvédiques de s'emparer d'un secteur lucratif, il restreint aussi la variété des produits commercialisables et la richesse des traitements ayurvédiques exportables. Il occulte donc l'image de l'Ayurveda comme médecine à part entière. Finalement, les médecines alternatives se font certes une place sur les marchés occidentaux puisque la demande existe, mais la biomédecine n'est pas mise en concurrence avec ces autres modes de soins, qui restent en marge du système officiel (*ibid.*). Le secteur de l'Ayurveda court donc le risque, à la fois au niveau national et international, de faire de l'Ayurveda un fournisseur de médicaments et non plus un système de médecine avec sa propre approche de la santé²⁰.

Conclusion

39 Si l'Ayurveda, contrairement à l'objectif officiel, ne couvre pas les besoins de santé des couches pauvres de la société indienne, elle contribue à une offre de soin diversifiée en Inde. Elle a surtout pris une voie plus ambitieuse pour son développement : son industrialisation en a fait un secteur compétitif, usant de la légitimité que lui vaut son usage ancien et reconnu, pour se construire comme médecine moderne aux vues expansionnistes. Mais pour assurer son développement, ce système de soins a dû se transformer, s'intégrer dans les critères de validité du modèle extérieur de la biomédecine qui continue à dominer le secteur de la santé à travers le monde. Cette adaptation de l'Ayurveda à la fois au modèle dominant et aux évolutions des marchés de la santé en fait une médecine mondialisée. L'Ayurveda moderne est une reconstruction, un produit culturel de la mondialisation. Certes, des craintes s'élèvent face au risque d'acculturation, à la perte du mode de penser le corps et la maladie propre à l'Ayurveda, mais ces inquiétudes sont aussi la preuve que malgré ses transformations, cette médecine a préservé l'image d'un système holistique. Si les nouveaux produits ayurvédiques mis en vente ne semblent plus prendre en compte l'environnement des patients, devenus des consommateurs, la philosophie de l'Ayurveda reste vivante et contribue à son succès en Inde et à sa capacité de diffusion bien au-delà. Pour profiter des opportunités d'un marché en expansion, l'Ayurveda doit cependant veiller à ne pas perdre cette originalité d'approche qui la différencie fondamentalement de la biomédecine (voir Janes, 1999). À cette condition, la flexibilité de cette médecine « tradi-moderne », reconstruite par et pour la mondialisation, ainsi que le dynamisme de ses acteurs sont autant d'atouts pour que l'Ayurveda pérennise sa place dans le commerce extérieur de l'Inde et participe au rayonnement culturel du pays.

Bibliographie

- Abraham, L., 2005. Indian Systems of Medicine (ISM) and Public Health Care in India, in Gangolli L.V., Duggal R., Shukla A., *Review of Healthcare in India*. Bombay, CEHAT, p. 187-223.
- Appadurai, A., 1986. Commodities and the Politics of Value, in Appadurai A., *The Social Life of Things. Commodities in Cultural Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press, p. 3-63.
- Appadurai, A., 1996. *Modernity at Large. Cultural Dimensions of Globalization*. Minneapolis/Saint Paul, University of Minnesota Press (traduction française : 2005. *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la mondialisation*. Paris, Éditions Payot & Rivages, 335 p.).
- AYUSH, 2004. *AYUSH in India 2003*. New Delhi, Government of India, 272 p.
- AYUSH, 2007. *Annual Report 2006-2007*. New Delhi, Government of India.

- AYUSH, 2006. *Department of Ayurveda, Government of India*. 3 juin 2006 [document téléchargé à l'adresse <http://www.herbalcerpa.org/hn.03.06.06.doc>, le 10/01/09].
- Banerjee, M., 2002. Public Policy and Ayurveda : Modernising a Great Tradition. *Economic & Political Weekly*, Special Article, 23 mars.
- Banerjee, M., 2004. Local Knowledge for World Market. Globalising Ayurveda. *Economic & Political Weekly*, 3 janvier.
- Banerji, D., 1981. The Place of Indigenous and Western Systems of Medicine in the Health Services of India. *Society Science & Medicine*, vol. 15A, p. 109-114.
- Basant, S., 2008. Role of Ayurveda and Indian Herbal Medicine in Affordable Healthcare. Opportunities for the Industry in India and Europe. *EICC-IMC Roundtable on Pharmaceutical Industry*, Bruxelles, 21-22 septembre.
- Benoist, J., 1996. *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris, Karthala, 520 p.
- Bhat, R., Jain, N., 2006. *Financial Performance of Private Sector Hospitals in India : Some Further Evidence*, W.P. No. 2006-04-08. Ahmedabad, Indian Institute of Management, 31 p. [document téléchargé à l'adresse <http://www.iimahd.ernet.in/publications/data/2006-04-08rbhat.pdf> le 19/07/09].
- Bode, M., 2006. Taking Traditional Knowledge to the Market : The Commoditization of Indian Medicine. *Anthropology & Medicine*, vol. 13, n° 3, p. 225-236.
- Bode, M., 2008. *Taking Traditional Knowledge to the Market. The Modern Image of the Ayurvedic and Unani Industry 1980-2000*, Hyderabad, Orient Longman Private Ltd., 270 p.
- Bourdier, F., 1997. Santé au quotidien et pluralisme médical en Inde. *Historiens & Géographes*, n° 356 (p. 375-388).
- Duggal, R., Gangolli, L.V., 2005. Introduction to Review of Healthcare in India, in Gangolli L.V., Duggal R., Shukla A., *Review of Healthcare in India*. Bombay, CEHAT, p. 3-18.
- Gaudillière, J.P., 2009. Professional and Industrial Drug Regulation in France and Germany : the Trajectories of Plant and Glant Extracts before 1945, in Gaudillière J.P., Hess V. et Rheinberger H.J., *Drug Trajectories V : Ways of regulating : Therapeutic Agents Between Plants, Shops and Consulting Rooms*. Berlin, Max Planck Institute für Wissenschaftsgeschichte Preprint Series, n° 386, p. 37-64.
- Harilal, M.S., 2006. *From Home to Market : Responses, Resurgences and Transformation of Ayurveda from 1830s to 1920s. The Institutionalisation of Therapeutic Practices in India : Social and Legal Perspectives*, Pondichéry, Institut Français de Pondichéry, 7-8 décembre 2006.
- Hoyez, A.C., 2006. Santé et spiritualité indienne en France. L'introduction du yoga dans les itinéraires thérapeutiques, in Schmitz O. (dir), *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours au soin en Occident*. Paris, Karthala, p 187-206.
- Hoyez, A.C., Schmitz, O., 2007. Les voies indiennes de l'homéopathie. Diffusion et ajustements d'une médecine alternative européenne en Asie. *Transcontinentales : Sociétés, idéologies, système mondial. Le défi sanitaire*, n° 5, p. 97-112.
- Janes, C.R., 1999. The Health Transition, Global Modernity and the Crisis of Traditional Medicine : the Tibetan Case. *Society Science & Medicine*, vol. 48, p. 1803-1820.
- Lefebvre, B., 2007. De la planification au marché. La privatisation du secteur hospitalier en Inde (1947-2007). *Transcontinentales : Sociétés, idéologies, système mondial. Le défi sanitaire*, n° 5, p. 39-55.
- Ministry of Health and Family Welfare, 2002. *Annual Report 2001-2002. Part III « Department of Indian Systems of Medicine & Homeopathy »*. Annexure 1. New Delhi, Government of India.
- Ministry of Health and Family Welfare, 2007. *Annual Report 2006-2007*. Delhi, Government of India, annexe V.
- Pandit, V., 2008. India should produce 40 % of world's generic drugs, says Kalam. *The Hind –Business Line*. 1^{er} avril.
- Panikkar, K.N., 1992. Indigenous Medicine and Cultural Hegemony : A Study of the Revitalization Movement in Keralam. *Studies in History*, vol. 8, n° 2, p. 283-307.
- Pordié, L. 2005. *Panser le monde, penser les médecines*. Paris, Karthala, 328 p.
- Pordié, L. 2005a. L'inéluctable rencontre. Traditions de soins et développement sanitaire, in Pordié L. (dir.), *Panser le monde, penser les médecines*. Paris, Karthala, p. 5-29.
- Pordié, L. 2005b. Émergence et avatars du marché de l'évaluation thérapeutique des autres médecines, in Pordié L. (dir.), *Panser le monde, penser les médecines*. Paris, Karthala, p. 225-265.

- Schmitz, O. 2006. *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours au soin en Occident*. Paris, Karthala, 280 p.
- Schmitz, O., 2006b. Multiplicité des médecines et quête de soins dans les sociétés occidentales contemporaines, in Schmitz O. (dir.), *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours au soin en Occident*. Paris, Karthala, p. 5-24.
- Srinivasan, S., 2005. Availability of Drugs in India, in Gangolli L.V., Duggal R., Shukla A., *Review of Healthcare in India*. Bombay, CEHAT, p. 295-319.
- Swain, N.M., Mishra, C.S. *et al.*, 2002. Indian Pharmaceutical Industry : an Analysis. *The ICFAIAN Journal of Management Research*, vol. 1, n° 6.
- The Europe India Chamber of Commerce (EICC), 2008. *EICC Newsletter*, vol. 8, n° 1, octobre.
- Vaguet, A., 2002. Les systèmes de santé face aux tours et détours de la mondialisation, in Landy F. & Chaudhuri B. (dir.), *De la mondialisation au développement local en Inde. Questions d'échelles*. Paris, CNRS Éditions, p. 63-78.
- Zimmermann, F., 1989. *Le discours des remèdes au pays des épices. Enquête sur la médecine hindoue*. Paris, Éditions Payot, 310 p.
- Zimmermann, F., 1992. Gentle Purge : The Flower Power of Ayurveda, in Leslie C. & Young A. (dir.), *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley, University of California Press, p. 209-223.
- Zimmermann, F., 2002. Ce qu'un Hindou dit à son corps. La réécriture des représentations traditionnelles, in Bouillier V. & Tarabout G. (dir.), *Images du corps dans le monde hindou*. Paris, CNRS Éditions, p. 49-69.

Notes

- 1 Le kalaripayat est un art martial originaire du Kérala, il associe exercices physiques, maniements des armes et pratiques de méditation. L'hygiène de vie y est fondamentale et les enseignants (*guru*) sont à la fois guerriers et médecins. Le massage avec les pieds est une pratique spécifique du kalaripayat.
- 2 La biomédecine, contraction pour « médecine biologique », désigne la « médecine occidentale » ou « médecine moderne ». Elle utilise essentiellement la biologie pour comprendre le fonctionnement du corps, analyser les maladies et les soigner (Pordié, 2005a ; Schmitz, 2006b).
- 3 Voir l'ouvrage collectif dirigé par Olivier Schmitz (2006) *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours en soin en Occident*.
- 4 Les médecines holistes, ou holistiques, considèrent l'individu et son environnement comme un tout : les traitements soignent à la fois le corps et l'esprit, en tant qu'unité, et doivent s'accompagner de changements dans le mode de vie du patient.
- 5 L'homéopathie est reconnue en Inde comme un système traditionnel de médecine et est englobée, sans idée de hiérarchie, dans les systèmes indiens. Elle est toutefois originaire d'Allemagne et a été introduite en Inde à la fin des années 1830 par des missionnaires et médecins européens. En 1973, le *Homoeopathy Central Council Act* a reconnu l'homéopathie comme médecine officielle indienne (sur la diffusion de l'homéopathie en Asie, voir l'article de A.C. Hoyez et O. Schmitz (2007)). La médecine Unani est une médecine de tradition musulmane : d'origine grecque, elle a été importée en Inde par les marchands arabes durant la période médiévale. La médecine Siddha est liée à la culture tamoule, son corpus est en langue tamoule (AYUSH, 2004).
- 6 Voir les ouvrages collectifs dirigés J. Benoist (1996), L. Pordié (2005) et O. Schmitz (2006).
- 7 Les individus statistiques quantifiés se sont enregistrés auprès des États fédérés. Ces statistiques ne prennent donc pas en compte le secteur informel, souvent important, mais elles peuvent être considérées comme de bons indicateurs.
- 8 Pour une analyse similaire des données antérieures à 2007, voir L. Abraham, 2005.
- 9 Avec 14 % des dispensaires publics indiens de biomédecine (*Minister of Health and Family Welfare*, 2007), cet État concentre peu d'hôpitaux biomédicaux (entre 50 et 100 hôpitaux privés) par rapport à des États comme l'Andhra Pradesh, le Maharashtra, le Tamil Nadu ou le Bengale occidental (plus de 20 hôpitaux privés) (Bhat & Jain, 2006). Il est intéressant de noter que la situation est inverse pour l'Ayurveda.
- 10 Précisons que les médicaments de biomédecine restent cependant d'un prix relativement élevé ; sur ce point, voir S. Srinivasan (2005).
- 11 Nous choisissons de développer cet exemple car le Kérala illustre bien le dynamisme industriel qui peut caractériser le secteur de l'Ayurveda à cette époque.

12 Le royaume historique du Kérala, avant le temps des Zamorins, longeait la côte occidentale jusqu'au Canara du Nord ; à l'époque de la renaissance de l'Ayurveda, il était séparé entre les royaumes de Travancore et Cochin au sud et la Présidence de Madras (sous l'autorité du régime colonial) au nord, constituée des districts du Malabar et du Canara, où subsistait un ensemble de petits royaumes.

13 Au sud du Kérala, dans les royaumes de Cochin et Travancore, le soutien des autorités locales permit le développement d'écoles de formation des praticiens (dès les années 1880 à Trivandrum) qui bénéficièrent d'aides financières pour leurs études puis leur installation. Au nord, le soutien du Zamorin de Calicut ne suffit pas et la modernisation de l'Ayurveda y résulta surtout du dynamisme d'entrepreneurs privés (Harilal, 2006).

14 Ce terme est emprunté à Arjun Appadurai (1986), il permet d'insister sur la transformation en marchandise de ce système de médecine dans le processus de diffusion dont il fait l'objet. Il est traduit par « marchandisation » dans *Sociétés politiques comparées. Revue européenne d'analyse des sociétés politiques* (n° 11, janvier 2009 ; traduction téléchargeable à l'adresse <http://www.fasopo.org/reasopo/n11/appadurai.pdf>).

15 Notons ici l'opposition de Craig R. Janes à l'utilisation de l'adjectif « traditionnelles » pour qualifier des médecines qui ont été continuellement transformées. Trouvant le terme « médecines indigènes » trop connoté ethniquement, cet auteur préférerait celui de « médecines non occidentales » (Janes, 1999). Or cette appellation renforcerait l'opposition entre Inde et Occident voulue par les stratégies commerciales, alors que le rôle joué par la biomédecine dans la transformation de l'Ayurveda la contredit.

16 Si aucune taxe n'est applicable aux médecines ayurvédiques classiques, les produits brevetés bénéficient d'une taxation de 8 %, au lieu des 20 % appliqués aux biomédecines.

17 Pour une réflexion approfondie sur la consommation culturelle, voir Arjun Appadurai (1986, 1996).

18 La Grande-Bretagne a reconnu la médecine ayurvédique comme médecine parallèle en août 2002 et un budget annuel consacré à la recherche lui est attribué (Hoyez, 2006).

19 L'Allemagne ne peut être incluse dans cette analyse, car elle a depuis longtemps valorisé dans son offre de santé les médecines différentes de la biomédecine (voir J.P. Gaudillière, à paraître).

20 Voir l'article de Craig R. Janes sur la crise des médecines traditionnelles dans le contexte de la mondialisation qui permet leur diffusion (besoins liés aux nouveaux enjeux de santé) à la condition d'une « modernisation » (Janes, 1999).

Pour citer cet article

Référence électronique

Lucie Dejouhanet, « L'Ayurveda », *EchoGéo* [En ligne], Numéro 10 | 2009, mis en ligne le 01 septembre 2009, consulté le 24 février 2012. URL : <http://echogeo.revues.org/11349>

À propos de l'auteur

Lucie Dejouhanet

Lucie Dejouhanet (lucie.dejouhanet@orange.fr) est Doctorante en Géographie à l'Université de Paris Ouest – Nanterre La Défense (Paris X). Elle est accueillie dans le Gecko (Laboratoire de Géographie Comparée des Suds et des Nords, EA 375) et est affiliée à l'Institut Français de Pondichéry (Inde)

Droits d'auteur

© Tous droits réservés

Résumé / Abstract

Les sociétés occidentales s'ouvrent de plus en plus aux médecines orientales. Parmi elles, l'Ayurveda, médecine indienne, prend de l'importance. Alors que l'OMS encourage le développement des médecines traditionnelles dans les pays du Sud pour améliorer la santé des populations en marge des systèmes de santé biomédicaux, le secteur de l'Ayurveda a choisi une voie plus ambitieuse. La validation scientifique à laquelle elle s'est pliée et la modernisation de sa production en ont fait une médecine compétitive tournée vers une clientèle aisée urbaine

et étrangère. Médecine indienne mondialisée, elle vend sa « tradition » pour conquérir des marchés.

Mots clés : mondialisation, Inde, industrie pharmaceutique, Ayurveda, santé

Western societies are more and more interested in Eastern medicines. Among these ones, the Indian medicine Ayurveda is becoming significant. WHO encourages traditional medicine development in Southern countries, expecting an improvement in the health of populations forgotten by biomedical health systems. But the Ayurveda sector chose a more ambitious way for developing. Scientific validation methods and modernisation of its production made it a competitive medicine, challenging urban middle-class and foreign markets. Globalised Indian Ayurveda medicine sells « tradition » in order to conquer new markets.

Keywords : Ayurveda, globalisation, health, India, pharmaceutical industry