

Université de Montréal

Pratique contemporaine de la médecine ayurvédique
à la *Government Ayurvedic Mental Hospital* (Kottakkal, Kerala) :
le cas de la santé mentale

par
Nadia Giguère

Département d'Anthropologie
Faculté des Sciences Sociales

Mémoire présenté à la Faculté des Études Supérieures
en vue de l'obtention du grade Maître ès Sciences (M.Sc.)
en anthropologie

Décembre 2002



EN
4
W54
2003
N.016

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des Études Supérieures

Ce mémoire intitulé
Pratique contemporaine de la médecine ayurvédique
à la *Government Ayurvedic Mental Hospital* (Kottakkal, Kerala) :
le cas de la santé mentale

présenté par
Nadia Giguère

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes
Président rapporteur : John Leavitt
Directeur de recherche : Gilles Bibeau
Membre du jury : Mathieu Boisvert

Mémoire accepté le

Résumé

L'étude ethnographique de la *Government Ayurvedic Mental Hospital* (GAMH, Kottakkal, Kerala, Inde) vise à documenter les pratiques contemporaines de l'ayurvéda, ou le passage des textes à la pratique, pour des cas de santé mentale. L'accent est mis sur le décalage entre les textes ayurvédiques classiques, le savoir théorique des praticiens et étudiant(e)s d'internat de la GAMH, et les discours et pratiques entourant la théorie des trois humeurs rencontrés lors des discussions de cas.

Les mêmes traités ayurvédiques sont utilisés du nord au sud de l'Inde depuis des millénaires, avec inévitablement des variantes dans le passage des textes à la pratique. Des études anthropologiques ont montré la flexibilité et le dynamisme de l'ayurvéda : 1) les analyses de Zimmermann sur l'abstraction et la polysémie des concepts ayurvédiques comme façon de multiplier les possibilités d'interprétation; et 2) les analyses de Obeyesekere sur les expérimentations samyogiques (manipulation d'ingrédients) comme une façon pour les praticiens d'innover sur la base des textes fondateurs. Cependant, outre les analyses ethnolinguistiques et pharmacologiques qui montrent la possible multiplicité de pratiques, très peu d'études mettent l'accent sur la diversité des pratiques contemporaines. Les études sont quasi-absentes en ce qui concerne les problèmes spécifiques de santé mentale.

L'analyse de contenu du matériel ethnographique permet de dégager des observations centrales: 1) La théorie des humeurs, bien qu'inaltérable, n'est pas le seul cadre explicatif présent à la GAMH; 2) L'horizon mythique des textes ayurvédiques classiques fait partie intégrante de la culture médicale implicite des praticiens de la GAMH même si les rituels, mantras et incantations ne sont pas effectués à la GAMH; 3) L'abstraction des textes ayurvédiques classiques permet de faire des emprunts au langage biomédical sans altérer le noyau conceptuel de l'ayurvéda; et 4) La richesse du répertoire et la logique du commentaire permettent une multiplicité d'interprétations des textes dont témoigne la variété des pratiques contemporaines.

Mots clés :

Kerala, Ayurveda, santé mentale, humeurs, biomédecine, *counselling*, adventice, hétérogénéité, interprétation, mémoire.

Abstract

The ethnographic study of the *Government Ayurvedic Mental Hospital* (GAMH, Kottakkal, Kerala, India) aims to gather information about the contemporary practices of ayurveda, or the passage from texts to practice, specifically with regard to cases of mental illness. Emphasis is placed on the discrepancies between the classical ayurvedic texts, the theoretical knowledge of practitioners and students, and the discourses and practices surrounding humoral theory seen during the course of discussions of clinical cases.

These same ayurvedic treatises have been used throughout the Indian subcontinent for thousands of years, inevitably giving rise to variations when moving from texts to practice. Anthropological analyses have demonstrated the flexibility and dynamic aspect of ayurveda. Most notably among them are Zimmermann's analysis of the abstraction and polysemy of ayurvedic concepts as a means of multiplying the possibilities of interpretation, as well as Obeyesekere's analysis of *samyogic* experimentation (manipulation of ingredients) as a strategy for practitioners to innovate on the basis of the founding texts. However, with the exception of these ethnolinguistic and pharmacological analyses demonstrating the multiple possibilities of practice, only a limited number of studies place emphasis on the diversity of contemporary practices. Studies concerning mental health problems are nearly non-existent.

The analysis of the ethnographic material leads to several central observations :

1) Despite its being immutable, humoral theory does not constitute the only explanatory framework used at the GAMH ; 2) The mythical horizon of the classical ayurvedic texts is an integral part of the implicit medical culture of the practitioners, even if rituals, mantras and incantations are not part of the treatment at the GAMH ; 3) The abstract quality of the classical ayurvedic texts allows the borrowing of certain biomedical terminology without altering the conceptual core of ayurveda; and 4) The fertility of the classical texts and the logic of commentary allow a multiplicity of interpretations of the ayurvedic texts, as attested by the variety of the contemporary practices.

Keywords :

Kerala, Ayurveda, mental health, humours, biomedicine, counselling, adventitious, heterogeneity, interpretation, memory.

Table des matières

<u>Exergues</u>	i
<u>Avant-propos :</u> La face cachée des mots	iii
<u>Introduction :</u> Vers l'au-delà	1
<u>1. Le lieu d'où l'on parle</u>	
1.1. <i>God's Own Country</i>	3
1.2. Une anthropologue à Kottakkal : « Mais vous semblez en parfaite santé, mademoiselle! »	6
<u>2. Tremplins méthodologiques</u>	
2.1. L'entrevue préliminaire et la (dé)construction de la problématique	10
2.2. La multiplication des informateurs : l'internat à la GAMH	13
2.3. Méthodologie : Des textes classiques à l'étude ethnographique	17
<u>3. Poètes, praticiens et ethnographes : la revue de la littérature</u>	
3.1. La littérature ayurvédique	22
3.2. Les principes de base dans l'ayurvéda classique	23
3.3. La littérature anthropologique sur l'ayurvéda et la santé mentale	29
3.3.1. Gananath Obeyesekere et la médecine somato-psychique	30
3.3.2. Sudhir Kakar et l'écart théorie / pratique	31
3.3.3. Mark Nichter et les idiomes de détresse	32
3.3.4. Francis Zimmermann et les deux niveaux de lecture des textes ayurvédiques	34
3.3.5. Jean Langford et la multiplicité des discours	36
<u>4. La richesse du répertoire</u>	
4.1. L'Hétérogénéité interne au système de médecine ayurvédique	37
4.1.1. L'angle d'approche théorique du camp de yoga clinique	39
4.1.2. L'approche non-institutionnelle de <i>Poonkutil</i>	43
4.1.3. L'angle d'approche théorique à la GAMH	44
♦ Les textes utilisés	45
♦ Le travail sur les <i>dosas</i>	50
4.2. L'appropriation de différents registres	53

<u>5. Les idiomes ayurvédiques de la <i>Government Ayurvedic Mental Hospital</i></u>	
5.1. Le discours officiel des praticiens de la GAMH sur le traitement et son efficacité	55
5.1.1. Les traitements	55
5.1.2. Les critères d'efficacité	64
5.1.3. Au-delà de la rhétorique des humeurs	68
5.2. La multiplicité des discours	69
5.2.1. L'ayurvéda et les deux niveaux étiologiques	70
5.2.2. Les idiomes familiaux	75
5.3. Le <i>counselling</i> à la GAMH	78
5.4. Les répertoires frontaliers : appropriation et aliénation	85
5.4.1. Allopathie	85
5.4.2. OBE : «Other backward explanations»	89
5.5. <i>Dosas, satvabalam, gènes et puja</i>	93
<u>6. Espaces laissés libres par le jeu paradigmatique</u>	
6.1. La logique à facettes dans la littérature ayurvédique	95
6.2. La langue perle-et-corail comme modèle d'écart essentiel	98
6.3. Le rapport à la mémoire	101
6.3.1. La tradition de mémoire	101
6.3.2. L'autorité du sanskrit : limites et distanciations	104
6.4. De la logique structurale à la multiplicité des discours	107
<u>7. Pour conclure : un soi politique</u>	
7.1. Une lutte politique pour la reconnaissance de l'ayurvéda	114
7.2. L'anthropologue comme point de cohérence	116
<u>Sources documentaires</u>	118
<u>Annexes :</u>	
I. Médicaments les plus utilisés à la GAMH	iv
II. Liste des médicaments utilisés, regroupés selon le type de préparation ou <i>yogas</i>	vi
III. Feuilles de cas	vii
IV. Grilles diagnostiques	xi

Liste des tableaux

Tableau I :

Propriétés des trois humeurs 28

Tableau II :

Composition de la Poudre Spéciale 57

Tableau III :

Statistiques des catégories diagnostiques de la GAMH
pour les années administratives 1998-2000 64

Tableau IV :

Statistiques des catégories diagnostiques de la GAMH
pour l'année administrative 2000-2001 65

Tableau V :

Répartition d'âge des patients admis lors de
l'année administrative 2000-2001 65

Liste des figures

Figure 1 :

Le Kerala, terre des cocotiers

3

Remerciements

Nandi Nandi Nandi à Dr.M.P.Parvatee Devy, sans qui ce projet n'aurait pu voir le jour, pour m'avoir guidée à travers la *sastra* tout au long de mon parcours, pour son accueil chaleureux, sa confiance, sa patience et son sourire apaisant.

Nandi à Dr.A.Ragunath, Dr.K.V.DilipKumar, Dr.K.M.Moorty, Dr.P.Unnikrishan, Dr.Sundaran et Dr.Kuttettan pour avoir partagé leur savoir et leur temps et pour les échanges fructueux qui en découlèrent.

Nandi à Divya, Sadiya, Arifa, Kavitha, Mandussa, Radhika, Satheesh, Febin, Dinesh, Jibini, Sreejit, Simi, Mole Elisabeth, Tania, Sanghida et tous les autres futurs praticiens ayurvédiques qui m'ont accompagnée dans ma formation et partagé avec moi leurs rêves et leurs espoirs.

Nandi aux patients et à leurs familles, qui malgré la barrière de la langue, ont communiqué avec moi avec l'énergie du désespoir, et comblé mon séjour à Kottakkal de moments *adipoli!*

Mille mercis à mon directeur, Gilles Bibeau, pour ses sages conseils, son précieux temps, sa confiance et son soutien dans ma détermination à «faire un terrain»...

Merci à Ellen Corin pour sa présence attentive et ses commentaires constructifs et inspirants.

Merci à John Leavitt pour son enthousiasme, sa curiosité et son pragmatisme.

Merci à mes collègues, maîtres et maîtresses qui ont partagé avec moi les grandeurs et misères de l'expérience anthropologique, pour leur support moral et leur aide inconditionnelle.

Ce projet a été rendu possible grâce au soutien financier du fond FCAR.

**Il y a un dieu pour chaque saison psychique,
un mythe pour chaque souhait caché
et une légende pour chaque anxiété dissimulée.
(Kakar, 1982 : 272)**

«Ces causes de bases (*nidana*), associées à la tristesse (*vishada*) ou à une personne avec moins de «willpower» (*satvabalam*), à un patient fatigué, donc quand ces causes (*nidana*) sont associées à ce type de personne, elles causent la maladie. Les causes de base ne créent pas de maladie pour une personne normale. [La maladie est provoquée] lorsque ces causes sont pour une personne triste, avec moins de «willpower» ou pour une personne faible, pour ces raisons et d'autres raisons comme le manque de dévotion envers les professeurs, les pères, les ancêtres, etc., le manque de respect ou l'augmentation du désir pour le sexe, ou s'il y a de fortes tensions, des tensions mentales, des inquiétudes mentales, s'il y a des changements soudains dans l'esprit, des accidents soudains qui provoquent des changements soudains dans l'esprit et qui entraînent des déviations de la concentration de l'esprit, ou à cause de toxines, provenant soit d'araignée ou de serpent. Au Kerala, il y a une croyance que lorsque l'ennemi de quelqu'un veut le détruire, on donne une sorte de toxine avec la nourriture. Je pense que c'est une croyance. Dans certains temples, il y a une coutume qui dit qu'on peut voir ces toxines. À cause de ces toxines, etc. , pour une personne avec moins de courage, l'esprit est détruit ou endommagé. Ça détruit les fonctions de l'esprit et la personne devient folle, ou *unmada*. [...] À cause de ces raisons, l'esprit, l'intelligence ou la mémoire, etc. sont détruits ou viciés et l'esprit, le corps, la personne ne peut pas distinguer le bien du mal, la tristesse de la joie, et cette personne sans ces émotions est comme un véhicule sans conducteur. Sans route ou direction, la personne voyage comme un char sans cheval, sans aucun contrôle de l'esprit.» (Dr.Devy, commentant l'*Astangahrdayam*, traduction libre.)

Avant-propos

La face cachée des mots...

Être là et les suivre pas à pas, dans leurs activités quotidiennes, leurs doutes, leurs découragements et leurs joies face aux progrès des patients... Et pourtant, la certitude que d'avoir été là ne suffit pas, que l'observation participante ne me donnera que des intuitions. Des intuitions qui m'ont imprégnée dès le début, mais que quatre mois de terrain n'ont pas suffi à faire éclore; des intuitions que les problèmes de communication ont empêché de pousser plus loin, de questionner, de vérifier...

Des gens qui me voulaient complètement à l'intérieur, qui me demandaient de maîtriser la langue sanskrite et la médecine ayurvédique, qui ne comprenaient pas que mon séjour se veuille un séjour long visant à comprendre de l'intérieur alors qu'aucun des outils nécessaires à leurs yeux n'étaient à ma disposition. Je n'en reste pas moins avec l'impression, aidée par le retour, qu'une parcelle de ce qui a été compris l'a bel et bien été. La mise en mot de cette impression la fait passer du doute à l'argumentation.

Et derrière ces mots, d'autres mots, les leurs, des perles de sagesse... Et des visages, et des sourires. Des hommes et des femmes qui ont partagé leur temps, leur savoir, sans toujours comprendre l'objet de ma présence, mais ayant la certitude que nos échanges aideraient à mieux faire connaître l'ayurvéda hors de l'Inde, aideraient à décentrer un certain mode de pensée.

À travers ce parcours, si inachevé soit-il, des barrières sont tombées, des idées ont été abandonnées, d'autres se sont complexifiées. Une idée centrale demeure : la certitude que la pluralité et la diversité des modes d'être, de penser, et d'expliquer constitue une richesse humaine irremplaçable. En médecine comme ailleurs...

Introduction

Vers l'au-delà...

On bascule dans la folie sans prévenir et on apprend à vivre avec ces expériences nouvelles et bouleversantes. Devant le mystère, l'incompréhension et la souffrance, mille bribes d'explications possibles pour faire sens de ce passage. Tout comme les personnes souffrant de problèmes de santé mentale doivent apprendre à vivre avec ces expériences décentralisantes, les intervenants développent aussi des façons de faire face à l'excentricité. Parallèlement aux discours médicaux ou thérapeutiques, des idiomes viennent à leur rescousse pour éclairer la quête de sens qu'induit ce nouveau mode d'être. Outre le rôle qu'ils ont à jouer dans le soulagement du corps, les praticiens doivent incorporer d'autres apprentissages, dont celui de l'interaction avec une personne «interpellée», et qui vient les ancrer dans une culture médicale implicite embrassant les discours scientifiques présents dans les traités médicaux.

Le partage de l'expérience des praticiens et étudiant(e)s de la *Government Ayurvedic Mental Hospital* (Kottakkal, Kerala, Inde) se veut une incursion dans le monde des médecins ayurvédiques naviguant entre la logique interne et cohérente de la théorie des humeurs et une abondance « de mythes, de légendes et de dieux » rendant hommage à la complexité de l'expérience décentralisante et venant rattraper des sentiments à la dérive. Loin d'un réductionnisme humoral ou physiologique, les médecins ayurvédiques rencontrés multiplient les gloses, les fragments d'explications et les pistes de réflexion pour faire sens de ces turbulences intérieures.

Bien qu'un enjeu politique évident nous interpelle et nous convie à «traduire» les principes ayurvédiques pour une meilleure compréhension hors des frontières sud-asiatiques et pour faire contrepoids au modèle biomédical dominant, ce travail anthropologique se veut plutôt ici un passage vers des idiomes situés au-delà de la théorie des humeurs, prenant pour la plupart racine dans l'horizon mythique et le fondement moral des traités ayurvédiques classiques. En faisant mienne la

conviction que le fait de rendre visible, et dicible, des discours autrement non-écoutés, voire non-dits, participe tout autant à la déconstruction du modèle dominant, et en optant pour la présentation de la complexité hors du logos dominant, j'ai choisi de contribuer à rendre visible l'invisible plutôt que de déconstruire un discours dominant en le rendant plus-que-visible. En m'attardant aux ambiguïtés qui font partie intégrante des systèmes de signes, de sens et d'action¹, en mettant l'accent sur la polysémie et les multiples possibilités d'interprétations, l'anthropologue espère ouvrir la voie à la créativité et à la réflexivité, à la remise en question d'un discours voulant à tout prix faire de l'ordre avec du désordre.

¹ Bibeau, 1995.

1. Le lieu d'où l'on parle...

1.1. God's Own Country²

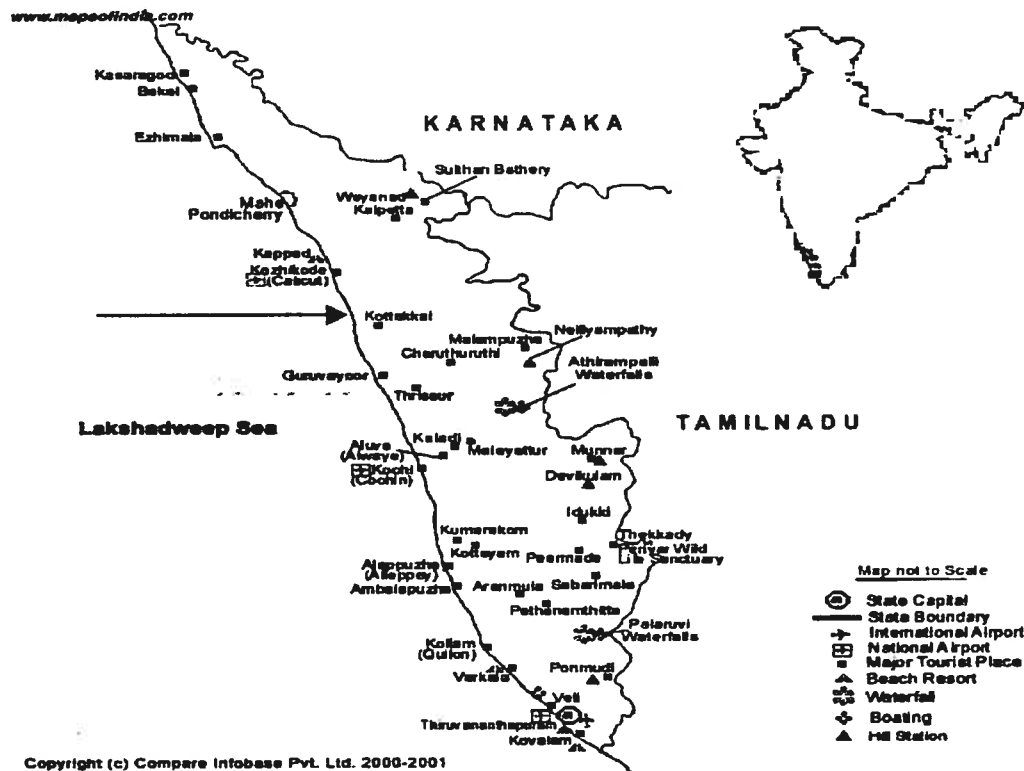


FIGURE 1 : LE KERALA, TERRE DES COCOTIERS

Le Kerala, l'état sur la pointe sud-ouest de l'Inde (figure 1), signifie étymologiquement, en Malayalam, «terre des cocotiers». On l'appelle aussi plus communément «côte des épices » ou «côte du Malabar». Cette région fertile et très densément peuplée longeant la Mer d'Arabie est d'une superficie de 38 863 km carré et compte 30 millions d'habitant, dont 60% d'hindous; 21% de chrétiens et 18% de musulmans.

² Phrase fétiche utilisée par le département du tourisme d'état du Kerala. Pour des références concernant les informations contenues dans cette section, voir www.expert-eyes.org/~assembly; www.kerala.com; www.keralahistory.org; www.malappuram.nic.in; Choondal, 1983; De Turreil, 1995; Devi, 1986; George, 1968; Gulati, 1993; Halliburton, 2000; Israel, 1982; Mahadevan, 1987; Pothan, 1963.

Le Kerala est reconnu pour sa diversité religieuse et culturelle et pour ses nombreux contacts avec le monde extérieur. Dès le troisième siècle avant notre ère, des échanges avaient lieu avec les commerçants arabes et chinois. C'est à l'apôtre Thomas, arrivé au milieu du premier siècle de notre ère, à qui l'on attribue l'origine des chrétiens syriens. L'Islam, pour sa part, y est introduit au septième siècle : le commerce avec les Arabes domine et atteint son apogée au huitième siècle. L'histoire du Kerala est aussi marquée par l'arrivée des communautés juives : certains historiens signalent leur présence sur la côte du Malabar avant le premier siècle de notre ère, mais les communautés présentes au Kerala sans interruptions jusqu'à nos jours seraient les Bene Israel, pour qui on a l'évidence qu'ils étaient établis au Kerala au 18^e siècle, les Cochinis, arrivés entre les 13^e et 18^e siècle, et les Baghdadis, dont le premier représentant, d'origine syrienne, s'établit à Bombay au 18^e siècle. À l'époque coloniale, les Portugais, les Hollandais, puis les Anglais s'installèrent au Kerala.

Désillusionnés des méthodes de Gandhi pour combattre l'Empire britannique, la Ligue Communiste se forme en 1931, et voit naître le Parti Communiste en 1940. C'est en 1956 que les frontières du Kerala sont redessinées en fonction des répartitions linguistiques. Le malayalam, une langue dravidienne dérivée du tamil, est aujourd'hui la langue officielle de l'état du Kerala³.

En 1957, le Kerala est le premier électorat à élire démocratiquement un gouvernement communiste. Depuis lors, deux partis politiques se répartissent le pouvoir : le Parti UDF (United democratic front), élu en 2001 (49%) et faisant de A.K. Antony son Premier ministre, rassemble le *National Congress* (31%), la *Indian Union Muslim League* (8%) et le *Kerala Congress* (3,5%). Le Parti d'opposition est le LDF (Left democratic front) élu à 44%. Il rassemble le *Communist Party Marxist* (24%) et le *Communist Party India* (7%). Le BJP

³ On aime à dire que le malayalam trouve son origine dans le Gange, où le sanskrit se serait uni à *Jamuna*, la fille de l'Himalaya. Cette théorie où le malayalam dériverait du sanskrit, la langue de la transcendance, ne peut cependant pas être appuyée sur des principes linguistiques. S'il est vrai que le malayalam emprunte beaucoup de mots à la langue sanskrite, sa structure grammaticale est celle de la famille dravidienne. Ce qui donne lieu à l'expression métaphorique : «Malayalam est la fille du Tamil, mariée au Sanskrit.» (George, 1968 : 4)

(Bharatiya Janata Party) n'a jamais été au pouvoir au Kerala et a récolté 5% des votes aux élections de 2001.

Reconnu pour sa très bonne qualité de vie, souvent attribuée aux politiques communistes, le Kerala compte un taux d'alphabétisation de 90%, soit près du double du taux national. Les soins de santé, l'espérance de vie et le taux de mortalité infantile sont aussi des indices qui font du Kerala un endroit souvent choisi pour les études de développement, les taux étant comparables à ceux des États-Unis malgré le fait que le Kerala soit situé dans un des pays les plus pauvres au monde⁴.

Des études récentes ont aussi exploré le phénomène de l'exode des hommes qui partent pour aller travailler dans les pays de la région du Golfe, et le phénomène du suicide⁵, relativement élevé au Kerala. Le Kerala est surtout connu par les ethnologues pour sa communauté Nayar, beaucoup étudiée pour sa tradition matrilineaire et polyandrique.

L'économie du Kerala est basée sur le tourisme, le commerce des épices (principalement la cardamome, le poivre) et du thé, l'industrie du coconut (huile, cordage, etc.), le caoutchouc et la pêche. De moindre importance économiquement, mais toutefois présente dans les discours sur le Kerala : la popularité de l'ayurvéda dans ce coin de pays où le système de médecine ayurvédique traditionnel est subventionné par le gouvernement d'état.

⁴ Ce phénomène serait lié aux réformes agraires, au taux d'alphabétisation, aux mouvements en faveur de meilleurs soins de santé et aux très populaires mouvements anti-castes. Voir Halliburton 2000, pp.31-32.

⁵ Halliburton émet l'hypothèse que ce haut taux peut être lié à l'indice de modernisation du Kerala (Halliburton, 2000 : 129).

1.2. Une anthropologue à Kottakkal : « Mais vous semblez en parfaite santé, mademoiselle! »

Lors de mon premier séjour dans le sous-continent indien en 2000, me questionnant alors sur la mince nuance qui existait entre une touriste qui s'intéresse aux gens qu'elle côtoie et une apprentie anthropologue qui ne sait où poser son regard, je commençai à m'intéresser aux différents systèmes de thérapie utilisés en terre indienne. Après avoir flirté un temps avec la médecine tibétaine dans la région himalayenne, je m'intéressai à la médecine ayurvédique. Sur ma route, je rencontrai des gens qui me dirigèrent vers le Kerala, un état sur la pointe sud-ouest où les praticiens sont reconnus, disait-on, pour « l'authenticité » de leurs méthodes : la tradition ayurvédique telle que pratiquée au sud était, selon eux, beaucoup plus fidèle aux textes fondateurs.

Mon parcours vers le sud m'a mise en contact avec des gens qui me soufflèrent à l'oreille le nom de Kottakkal⁶, un village situé dans le district de Malappuram, au nord-ouest de l'état du Kerala, où plusieurs personnes se rendent pour des traitements ayurvédiques. C'est donc à l'automne 2000 que je me rendis pour la première fois dans le village qui fut deux ans plus tard le lieu de mon terrain de recherche pour la maîtrise en anthropologie.

La route pour s'y rendre à partir de la frontière du Tamil Nadu est hors du circuit touristique, ce qui soulevait beaucoup de questionnements quant à la présence d'une jeune femme blanche dans un bus local en région. Mais la seule prononciation du nom de la ville de Kottakkal donnait lieu à des exclamations du type : « Mais quel est le problème? Vous êtes malade? » Ou encore « Kottakkal? Pour l'ayurvéda! ». En effet, je compris plus tard que Kottakkal était une référence en la matière, et que le petit village devait en fait sa popularité à P.S. Varier, un praticien ayurvédique qui y fonda en 1902 l'*Arya Vaidya Sala* (AVS)⁷.

⁶ Selon le *Panchayat Office*, Kottakkal comptait en 1991 34 359 habitants, dont 85 % étaient musulmans. Le district de Malappuram, dans lequel se trouve Kottakkal, est aussi majoritairement musulmans, à 70%. La population était de 3 629 640 en 2001.

⁷ Les célébrations du centenaire d'AVS battaient leur plein lors de ma visite en 2002.

Lors de mon premier séjour, je rédigeais un travail dans le cadre du baccalauréat en anthropologie : une recherche pratique qui me permit de me familiariser avec les principes de base de la médecine ayurvédique et d'explorer les différentes institutions ayurvédiques de Kottakkal, dont plusieurs appartiennent à la famille Varier. On compte tout d'abord *AVS Nursing Home*, un hôpital qui accueille les patients pour des traitements d'une durée moyenne de 28 jours, et qui accueille aussi des patients en consultation externe. Vu le coût du traitement (20 000 roupies, l'équivalent de 600\$ pour 28 jours, excluant la chambre et les repas), on retrouve dans cette institution plusieurs patients provenant de l'extérieur de l'Inde, des patients d'origine indienne vivant en Amérique, en Europe ou dans les pays de la région du Golfe, et des patients indiens provenant de classes sociales élevées. En accord avec les dernières volontés de P.S.Varier, tous les profits de la *Nursing Home* sont utilisés de la façon suivante : 45% pour la recherche et le développement; 45% pour la *Charitable Hospital*; 10% pour le collège ayurvédique, fondé par P.S.Varier, mais maintenant affilié à l'Université de Calicut. Une troupe de théâtre traditionnel Kathakali reçoit aussi l'aide de la famille Varier.

La *AVS Charitable Hospital* est administrée par le même conseil que *AVS Nursing Home*, et traite selon les méthodes ayurvédiques et allopathiques, au choix du patient et de sa famille. Les traitements, consultations et médicaments y sont offerts gratuitement. La *Factory*, où sont produits les médicaments, huiles médicamenteuses, décoctions, etc. emploie plus de 2000 personnes et fournit plusieurs centres de distribution partout en Inde. Un hôpital nouvellement inauguré à New Delhi appartient aussi à la famille Varier et est alimenté par l'usine de fabrication de médicaments de Kottakkal. Des projets pour des centres de distribution à Londres et à New York sont aussi discutés. Le *Herbal Garden* de Kottakkal est aussi financé par le *Charitable Trustee* de la famille Varier. On y retrouve une très grande variété de plantes médicinales, qui sont utilisées uniquement à des fins de recherche.

Outre l'empire Varier, on retrouve aussi à Kottakkal un autre centre ayurvédique privé pour des traitements de longue durée, un hôpital allopathique gouvernemental et quelques cliniques privées allopathiques, de même que la *Government Ayurvedic Mental Hospital* (GAMH), fondée en 1977 lorsque le gouvernement étatique accorda les fonds pour l'établissement de la seule institution en Inde, selon tous les informateurs rencontrés, spécialisée dans les traitements ayurvédiques de problèmes de santé mentale⁸.

Lors de ma première visite à la GAMH à l'automne 2000, je fus d'abord impressionnée par l'organisation du lieu : après avoir traversé la grille à demi-fermée du bâtiment, un grand espace s'offrit à moi, et plusieurs yeux interrogateurs se tournèrent vers moi avant de venir me scruter de plus près. Un autre espace grillagé était situé au centre (j'appris plus tard que c'était l'endroit où l'on préparait les médicaments). À gauche, au fond du large corridor, une autre grille était complètement fermée. À droite, on trouvait une série de portes fermées, puis un autre long corridor duquel de plus en plus de gens émergeaient. Une femme vint d'abord vers moi pour m'interroger sur le pourquoi de ma présence en ce lieu. Après quelques minutes d'explications sur ma recherche, elle me demanda quels étaient mes symptômes; je semblais pourtant en parfaite santé. Amusée, j'expliquai à nouveau les raisons de ma présence à la GAMH, en précisant que je n'étais pas venue pour des raisons médicales. Peine perdue. La femme me questionnait maintenant sur ma vie privée en vue de comprendre la raison de ma présence. Elle eut un sourire de satisfaction lorsqu'elle apprit, à son grand regret, que j'avais 22 ans et que je n'étais toujours pas mariée...

Un homme vint alors vers moi pour me questionner, et sourit de me voir essayer d'expliquer les raisons de ma présence à une patiente... Si l'anecdote m'amusa, elle me fit aussi me questionner sur l'étonnante liberté (étonnante pour l'anthropologue uniquement!) avec laquelle les patient(e)s semblaient déambuler

⁸ Il est cependant à noter que plusieurs autres praticiens généralistes « hors institution » offrent des traitements ayurvédiques pour le même type de problème, mais que la qualité « d'ayurvédique » est souvent remise en question par les praticiens et étudiants ayant reçu leur formation en institution.

à la GAMH, sur ma désorientation devant cette série de portes fermées et l'absence de quelque chose comme un comptoir d'accueil auquel m'avaient habituée les hôpitaux, et surtout, sur mon incapacité à distinguer les patients des employés de l'hôpital. Le technicien de laboratoire me présenta à Dr.Parvatee Devy, qui s'avéra être une informatrice clé tout au long du terrain mené deux ans plus tard.

2. Tremplins méthodologiques

2.1. L'entrevue préliminaire et la (dé)construction de la problématique

Lors de ma première rencontre avec Dr.Parvatee Devy, c'était surtout la curiosité et l'envie d'avoir un portrait des différentes institutions ayurvédiques de Kottakkal qui m'avaient poussée à visiter l'endroit. L'enthousiasme de la jeune docteur eut certainement un rôle à jouer dans mon intérêt pour le lieu. Lors de notre première entrevue, j'appris que les patients de la *Government Ayurvedic Mental Hospital* recevaient des traitements *panchakarma*⁹, et assistaient tous les matins à des sessions de yoga. L'entrevue préliminaire attribuait au yoga une fonction calmante et le définissait en opposition à la consommation de tranquillisant à base chimique.

Les deux pieds sur le plancher du pavillon Jean-Brillant, je rédigeai donc, un an plus tard, une présentation de projet, soumise au département d'anthropologie de l'Université de Montréal, et qui devait être le point de départ de mon terrain de maîtrise. L'objet de la recherche était d'étudier les stratégies cliniques utilisées par les praticiens de la GAMH pour traiter des problèmes concrets de santé mentale en puisant à trois univers de références, soit l'ayurvéda, le yoga utilisé comme système de thérapie, et la biomédecine.

En 2002, lors de mon retour à la GAMH, j'appris que les cours de yoga n'avaient en fait plus lieu : manque de fonds d'une part, et d'autre part difficulté pour le maître yogique à travailler avec des patients ayant des problèmes majeurs de concentration. On conseillait toutefois aux patients pour lesquels on diagnostiquait une dépression mineure d'avoir recours, suite au traitement d'une durée moyenne de quarante jours à la GAMH, au camp de yoga clinique *prasanayoga* donné au Collège Ayurvédique de Kottakkal. *Prasanayoga* était traduit par « cheerful yoga » par Dr.DilipKumar, le terme « dépression » voulant être soigneusement

⁹ Voir la section sur les traitements à la GAMH.

évité vu le manque d'identification de certains patients à cette catégorie diagnostique.

Le fait que le yoga comme système de thérapie ne soit plus utilisé à la GAMH nuisait considérablement au projet tel qu'il avait été mis en place au départ. Si je ne pouvais étudier les univers de références utilisés dans une même institution, il me fallait donc réorienter le projet. Suivre quelques patients à travers le réseau d'institutions à Kottakkal et étudier leurs itinéraires thérapeutiques en me concentrant sur le passage de la GAMH au camp de yoga clinique aurait été une problématique de rechange plus qu'intéressante. Malheureusement, tout au long de mon séjour à Kottakkal, aucun camp *prasanayoga* n'eut lieu.

Une entrevue avec Dr.DilipKumar, enseignant au Collège Ayurvédique de Kottakkal et responsable du Centre de recherche sur le yoga et des camps de yoga clinique, eut toutefois l'avantage de me faire prendre la mesure des écarts de pensée d'un praticien à l'autre, ou de l'hétérogénéité interne de l'ayurvéda. Citant les mêmes corpus de textes, les praticiens les interprétaient et pratiquaient différemment.

Considérant le non-événement qu'était devenu le camp de *prasanayoga*, et devant du coup renoncer à la problématique de départ et à la problématique de rechange, je décidai de concentrer mon travail à la GAMH. Les premières semaines à l'hôpital, même si j'eus l'impression de m'éloigner considérablement de la terre des anthropologues, me permirent de continuer ma « formation ayurvédique ». Si j'étais déjà familière avec les principes de base du système et avec plusieurs termes sanskrits utilisés dans la pratique ayurvédique, je sentis malgré tout les lacunes de ma formation, et cela tant en ce qui concerne l'ayurvéda que la psychiatrie moderne; car si les praticiens de la GAMH étaient principalement formés selon les principes ayurvédiques, ils utilisaient constamment des termes biomédicaux pour dresser des parallèles avec ce que je devais, selon eux, très bien connaître. Ce que j'appelai mes « cours de médecine » des premières semaines me permit d'acquérir une base sur laquelle travailler plus tard. Ce que je ne savais pas

alors, c'est que ce précieux temps passé avec les praticiens n'allait pas se renouveler sans cesse.

Alors que je me demandais comment j'allais expliquer à mes informateurs que les cours de médecine ne suffisaient pas à mon étude anthropologique; que je tergiversais à savoir comment leur expliquer ce qu'était en fait l'anthropologie; que je ne savais comment répondre à leurs questions concernant « l'objectif précis » de ma recherche; que je commençais à croire, comme eux, que cette étude n'était pas possible sans une formation de base en médecine ayurvédique (et j'ajouterais en psychiatrie), un autre problème se présenta, et je n'en saisisais pas encore toute la portée.

Si les premières semaines étaient très « académiques » et ne me mettaient pas beaucoup en contact avec les patients, j'avais tout de même à ce moment l'avantage d'avoir des informateurs disponibles. Les trois derniers mois du terrain de recherche furent tout à fait différents : j'allais et venais à mon aise dans l'hôpital¹⁰, j'observais à mon gré, mais souvent sans avoir d'informateur « sous la main » à questionner et à observer. Si le problème de communication vu la barrière de la langue était évidemment majeur, la majorité des patients et des membres de leurs familles ne parlant pas anglais, le flot d'étudiants de l'internat qui allaient et venaient à la GAMH changea complètement le cours de la collecte des données.

¹⁰ J'allais et venais dans les bureaux des médecins, la pièce réservée aux étudiants d'internat, le laboratoire, le dortoir pour femmes (11 places), le dortoir pour hommes lorsque j'étais accompagnée d'un étudiant (16 places) et les chambres privées dans l'aile payante (5 chambres).

2.2. La multiplication des informateurs : l'internat à la GAMH

La formation en médecine ayurvédique en institution telle qu'on la retrouve au Kerala est une formation collégiale de cinq ans¹¹ au terme de laquelle les étudiants obtiennent un diplôme leur permettant de pratiquer la médecine ayurvédique¹². Les quatre premières années sont consacrées à la formation académique : l'étudiant doit se familiariser avec le sanskrit, les principes de base ayurvédiques, de même qu'avec la botanique, la biologie moderne, etc. Des cours pratiques font aussi partie du curriculum de ces quatre années de formation. La dernière année est consacrée à l'internat : six mois dans un hôpital ayurvédique de district; trois mois dans un hôpital allopathique de district *ou* trois mois à l'hôpital d'un collège ayurvédique dans les départements d'obstétrique, de pédiatrie et de chirurgie; deux mois dans un dispensaire en milieu rural; un mois dans un hôpital traitant les problèmes de santé mentale, allopathique ou ayurvédique, au choix. Le seul hôpital ayurvédique reconnu dans cette catégorie est la GAMH de Kottakkal, ce qui explique le nombre élevé d'étudiants visitant l'institution.

¹¹ Le système d'éducation au Kerala comprend une année de LKG (lower kinder-garden); une année de UKG (upper kinder-garden); dix années « standards » au terme desquelles l'étudiant doit passer le « secondary school leaving certificate » (SSLC). L'étudiant peut poursuivre ses études s'il obtient un compte de 210 sur 600. Il se qualifiera pour le deuxième rang s'il obtient entre 50 et 60%; le premier rang s'il obtient entre 60 et 80%; une mention distinctive s'il obtient plus de 80%. (Voir Halliburton 2000 pour une description de l'importance accordée aux rangs dans les discours concernant l'éducation.) L'étudiant qui poursuit ses études fera ensuite l'école « +2 », une formation de deux ans pour laquelle il aura à choisir (il est aussi dépendant du compte obtenu au SSLC) entre quatre options : 1) mathématique, physique, chimie, anglais et une autre langue au choix; 2) physique, chimie, biologie, anglais et une autre langue au choix; 3) science politique, histoire, anglais et une autre langue au choix; 4) économie, statistique, comptabilité, anglais et une autre langue au choix. Vient ensuite l'examen d'entrée pour les collèges professionnels, où l'étudiant peut encore une fois choisir entre trois branches, au sein desquelles le domaine exact d'étude dépendra du compte obtenu à l'examen d'entrée : 1) Ingénierie (le domaine exact dépendra du résultat d'examen) ; 2) Bcom, c'est-à-dire commerce, BCA (bachelor of computer application), BBM (bachelor of business and management), MBA (master of business and administration); 3) Domaine médical, c'est-à-dire MBBS (medicine and bachelor of surgery, allopathic), BDS (bachelor of dentistry and surgery), BAMS (bachelor of ayurvedic medicine and surgery). Tous les étudiants en médecine ayurvédique rencontrés ont mentionné avoir espéré être admis pour le MBBS, très contingenté. Certains se préparaient même à un second examen d'entrée pour être admis immédiatement après l'internat de BAMS.

¹² À noter cependant qu'on retrouve aussi plusieurs *vaidya*, c'est-à-dire des praticiens formés hors institution, qui ont le plus souvent appris la pratique d'un père ou d'un oncle et qui à leur tour la transmettront à un membre de leur famille de la génération suivante. Ces praticiens, s'ils peuvent sans problème exercer leur profession et sont tout aussi populaires chez les patients, ne sont pas reconnus par les différents paliers gouvernementaux.

Il est aussi intéressant de noter que les études graduées en médecine ayurvédique sont un choix plutôt rare. La plupart des étudiants choisissent la pratique au terme de ces cinq années d'étude. Les études graduées en psychiatrie ayurvédique ne sont offertes au Kerala que depuis l'automne 2002, et ce uniquement au Collège Ayurvédique de Kottakkal. Les étudiants des districts éloignés choisiront souvent un hôpital psychiatrique allopathique pour éviter l'éloignement; cependant, s'ils choisissent de suivre leur formation en milieu ayurvédique, la GAMH de Kottakkal est le choix qui s'impose. Certains étudiants feront tout le chemin depuis Trivandrum pour faire leur internat à la GAMH. Parmi les étudiants aux études graduées en psychiatrie ayurvédique, certains viendront d'aussi loin que le Gujarat ou le Maharastra.

Les étudiants d'internat devaient signer un registre de présence pour comptabiliser leur temps passé à la GAMH. La plupart d'entre eux se présentaient pour la tournée du matin avec les praticiens, et s'inscrivaient pour être surveillant lors des quarts de nuit; ils pouvaient ainsi cumuler des heures plus rapidement et terminer l'internat de 30 jours en deux ou trois semaines. Il y avait donc inévitablement un groupe assez nombreux d'étudiants lors des tournées dans les dortoirs et les chambres privées¹³. Si le médecin de garde prenait les devants, certains étudiants restaient avec les patients et les membres de leurs familles suite au départ du praticien et posaient leurs propres questions et interagissaient avec eux. Cependant, lorsque le médecin était présent, les étudiants restaient en retrait, et souvent discutaient entre eux.

¹³ Les familles des patients ayant un revenu mensuel de moins de 1000 roupies (environ 33\$ selon le taux en vigueur au printemps 2002) avaient droit à l'hébergement gratuit. Les familles à revenu plus élevé devaient déboursier 10 roupies par jour (0,30\$) pour leur hébergement dans le dortoir. Ceux qui le désiraient pouvaient avoir une chambre privée dans le « payward » au coût de 100 roupies par jour (3\$). Une portion de riz et de dal (préparation à base de lentilles) était distribuée à chaque famille tous les jours, mais en quantité insuffisante pour nourrir les membres accompagnateurs du patient, qui devaient pourvoir eux-mêmes à leurs repas. Les médicaments étaient pour la plupart offerts gratuitement par l'institution, qui doit administrer les 40 000 roupies (1212\$) reçus chaque trois mois par le gouvernement du Kerala. D'autres traitements doivent être assumés par les familles elles-mêmes. Certains étudiants d'internat m'ont dit avoir été sollicités par des patients et leurs familles pour les aider à assumer les coûts de ces traitements.

Suite à la tournée, les étudiants se dispersaient : certains, peu nombreux, allaient dans le *Panchakarma Theatre* pour observer les traitements; d'autres, encore moins nombreux, rendaient visite aux techniciens de laboratoire. La plupart d'entre eux restaient dans le bureau du médecin pour assister aux consultations externes et discuter avec les médecins lorsque aucun patient ne se présentait. Lorsque toutes les chaises étaient occupées dans le bureau du médecin de garde (une capacité d'environ 10 étudiants), les autres étudiants se rendaient dans la *surgeon room*, une pièce réservée aux étudiants d'internat et qui leur servait de dortoir lors des quarts de nuit. Là, les étudiants discutaient entre eux (l'anthropologue oserait dire qu'ils tuaient le temps...); lorsque le médecin le leur demandait, ils questionnaient les patients ou les membres de leurs familles afin de compléter la grille diagnostique qui était remplie systématiquement pour chaque patient admis à la GAMH.

Selon l'intérêt personnel de chaque étudiant(e), il ou elle passait plus ou moins de temps avec les patients et leurs familles; prenait plus ou moins de notes; posait plus ou moins de questions aux médecins sur les procédures à suivre; emplissaient avec plus ou moins de soin et d'attention les grilles diagnostiques, etc. Et on pourrait ajouter, portait plus ou moins d'attention à l'anthropologue présente. Cette dernière, si elle avait le plus souvent à répondre à toutes leurs interrogations, aussi bien concernant sa vie au Canada que ses objectifs de recherche, pouvait aussi les informer quelque fois sur la façon de fonctionner à la GAMH, sur les procédures de traitement et les heures d'administration des médicaments, et même dans certains cas sur l'histoire personnelle des patients. Ceci s'expliquant facilement par le fait que je fus présente tous les jours à l'hôpital pour une durée de quatre mois, et que les étudiants condensaient leur stage d'internat en quelques semaines seulement, souvent entrecoupées par de longs congés. Si le suivi des patients était difficile à faire pour eux, la qualité de la communication avec les patients et leurs familles, même si pour un temps très limité, était beaucoup moins entravée par la barrière de la langue. Plusieurs étudiants avaient tout de même de la difficulté à comprendre les variantes locales du malayalam tel que parlé par des gens provenant pour la plupart de classes sociales moins élevées et de milieux

ruraux. Ils devaient souvent faire répéter les propos de leurs interlocuteurs, et se résignaient parfois à l'incompréhension. Ce problème de communication n'avait toutefois aucune commune mesure avec le problème majeur rencontré par l'anthropologue.

Si ma présence à l'hôpital était chose admise par tous et que mes allers et venues n'étaient aucunement questionnés, l'habitude à ma présence eut ceci de plus problématique qu'elle fit presque oublier à mes informateurs que leur interlocuteur ne comprenait pas le malayalam. Lors des tournées, les interactions entre les patients, leurs familles, les praticiens, étudiant(e)s et autres membres de l'institution avaient lieu en malayalam¹⁴. Je pouvais habituellement me jumeler à un étudiant qui pouvait répondre à mes questions, mais le concept de traduction simultanée était cependant inapplicable dans ce contexte.

Le reste du temps passé à l'hôpital ressemblait beaucoup à un temps d'attente... Attente de patients en consultation externes; attente qu'il se passe quelque chose... Dans l'attente, les discussions dans la langue locale allaient bon train : on parlait de politique, de cinéma, des amis de collègue, des plans futurs. Parfois aussi des patients et des traitements.

Si parfois les termes utilisés en sanskrit ou le «code switching» me signalaient des discussions intéressantes pour moi, il était difficile d'intervenir subitement dans la conversation. On me donnait parfois des bribes de ce qui était discuté; on me résumait brièvement les débats. Bref, des parcelles d'information qui limitent la portée de l'analyse et qui montre bien les limites de toute étude faite dans la langue seconde des informateurs. Les analyses ethnolinguistiques de Halliburton seront donc parfois utilisées pour appuyer mes propres observations, allant très

¹⁴ Quelques patients et leurs familles provenant d'états voisins du Kerala et ne parlant pas malayalam communiquaient cependant en anglais avec les membres du corps médical. Il s'agit de deux cas sur les centaines recensés lors des quatre mois passés à l'hôpital. D'autres patients, le plus souvent ceux logeant dans l'aile payante, pouvaient communiquer avec moi en anglais, mais les interactions avec les praticiens et étudiants avaient tout de même lieu en malayalam.

souvent dans le même sens que celles de l'anthropologue qui se trouva sur ce terrain avant moi¹⁵.

Les discours des patients et de leurs familles sont cependant beaucoup trop troués pour qu'on puisse penser mener une analyse sérieuse. Je m'attarderai plutôt, comme il était convenu dans la problématique de départ, d'analyser les discours des praticiens et étudiants. Des discours certes limités encore une fois par la barrière de la langue, mais des discours travaillés par mes informateurs depuis plusieurs années vu la nécessité, dans le contexte actuel, de traduire en paraphrasant des concepts non traduisibles de façon exacte en ayant recours à la seule langue anglaise.

2.3. Méthodologie : Des textes classiques à l'étude ethnographique

Les problèmes rencontrés sur le terrain devinrent un tremplin pour analyser les données. Le décalage entre d'une part les propos recueillis lors des entrevues formelles avec les praticiens lors du premier mois de terrain et d'autre part les discussions clairsemées avec les praticiens et étudiant(e)s lors des trois derniers mois de mon séjour était flagrant : si lors des entrevues formelles, enregistrées, ou lors de ce que j'appelai «mes cours de médecine», les praticiens utilisaient abondamment les explications humorales pour parler de l'étiologie, du diagnostic, du traitement, etc., les discussions informelles et les reconstructions de cas faisaient rarement référence au cadre explicatif humoral. Pourtant, dans les deux cas, on citait les *sutras*¹⁶ des textes ayurvédiques pour justifier ses commentaires.

Francis Zimmermann, dans ses analyses ethnolinguistiques des textes fondateurs ayurvédiques, met en évidence les deux niveaux de lecture possible des textes classiques : un niveau humoral et un niveau métaphysique. En se concentrant sur les décalages entre les textes classiques, les propos recueillis lors des entrevues

¹⁵ Murphy Halliburton a visité les lieux en 1999 lors de son terrain de doctorat, thèse soumise à City University of New York, 2000.

¹⁶ Le *sutra* est le nom donné aux vers octosyllabiques dans la littérature ayurvédique classique. Une strophe de quatre vers est appelée *shloka*.

formelles, et les propos recueillis lors des discussions de cas, nous tenterons de voir quelle place occupent ces deux niveaux explicatifs dans la pratique contemporaine de l'ayurvéda. Car si la malléabilité des textes ayurvédiques a été abondamment étudiée, la variabilité locale l'est beaucoup moins, surtout en ce qui concerne les cas spécifiques de santé mentale.

Dans son article *Science and psychological medicine in the ayurvedic tradition*, Obeyesekere affirme que le problème de l'ayurvéda est sa vertu : il est un système trop abstrait et trop éloigné de la réalité phénoménologique et ne peut donc pas être manipulé facilement pour générer du nouveau savoir théorique. Selon Obeyesekere, s'il y a tout de même de l'incorporation grâce aux expérimentations *ad hoc*, ou expérimentations samyogiques, qui permettent de générer de nouvelles informations, le noyau théorique n'est pour sa part aucunement altéré¹⁷.

À l'instar d'Obeyesekere, nous soutiendrons l'inaltérabilité du noyau conceptuel ayurvédique. Cependant, le fait que la majorité des auteurs mettent l'accent sur la théorie centrale de l'ayurvéda, soit la théorie des humeurs, ou des trois *dosas*, occulte complètement les discours périphériques. Même en admettant que le noyau conceptuel de l'ayurvéda demeure inaltérable (Obeyesekere, 1977), des séries de discours et pratiques sont mises de côté qui constituent ce que j'appellerai «la culture médicale implicite» des praticiens de la GAMH, qui soutient l'intervention et lui donne un sens¹⁸.

Nous mettrons donc pour notre part l'accent sur la multiplicité parallèle de discours et de pratiques qui se superposent à, ou s'imbriquent avec la théorie des humeurs, et qui sans altérer le noyau théorique de l'ayurvéda, donnent toute sa malléabilité à la pratique de la médecine ayurvédique. La place qu'occupent (ou n'occupent plus...) les discours et pratiques parallèles ne peut être comprise que

¹⁷ Obeyesekere, 1982 : 247. Voir aussi Obeyesekere 1992.

¹⁸ La notion de «culture médicale implicite» est l'élargissement de la notion de «sociologie implicite» développée par Rhéaume et Sévigny (1988). Elle est opposée à l'explicite d'une théorie et met l'accent sur les variations et les contradictions des discours et des pratiques.

par des études ethnographiques approfondies éclairant la pratique contemporaine de la médecine ayurvédique.

Zimmermann illustre de façon éloquente la tension interne des textes ayurvédiques classiques lorsque, dans son article *From Classic Texts to Learned Practice: Methodological Remarks on the Study of Indian Medicine*, il conteste les explications historiques de la variabilité dans la pratique. La distinction entre la médecine ayurvédique opérationnelle, c'est-à-dire rationnelle, basée sur l'observation et l'anatomie (par exemple la chirurgie, l'obstétrique, le traitement par écoulement de sang), et la médecine ayurvédique prédictive teintée de ritualisme (par exemple l'équilibre des humeurs, le pouvoir thérapeutique de l'élément temporel) ne peut pas, selon lui, être expliquée en termes de changements historiques ou de ritualisation de la médecine sur une longue période historique. Au contraire, la tension entre ces deux aspects du système est inhérente aux textes classiques :

« Sans parler du manque d'évidences historiques, une telle explication oublie un aspect important, soit la tension interne de la doctrine classique. Les textes classiques eux-mêmes exposent les deux thèmes ou aspects opposés, puisqu'ils développent les processus opérationnels tout autant que les théories expectorantes [...] Le processus de ritualisation, s'il en est, s'achève avec la victoire du thème englobant (la médecine prédictive et l'idéal brahmanique de la pureté et de la non-violence), pendant que le thème englobé (la chirurgie et la connexion avec le pouvoir royal) disparaît. Ce n'est pas un conflit entre les textes classiques et la pratique moderne, mais un conflit inhérent à la doctrine classique elle-même. » (Zimmermann, 1978 : 100, traduction libre).

Par cette illustration de la tension interne à la doctrine ayurvédique, Zimmermann insiste sur l'importance de placer la doctrine classique dans un contexte local en montrant les formations discursives sous-jacentes à l'apparente continuité des traditions. L'étude de la variation doit donc nécessairement inclure une comparaison des données ethnographiques aux textes classiques.

À travers l'ethnographie de la GAMH, et en mettant l'accent sur le décalage entre les textes classiques, le savoir théorique des praticiens et les thèmes récurrents

dans les discussion de cas, nous espérons voir ce qu'il advient des champs explicatifs hors de la théorie des trois *dosas*. Si, comme l'affirment Obeyesekere (1977), Kakar (1982) et Zimmermann (1989), la pratique, ou la thérapeutique, de la médecine ayurvédique est basée sur la théorie des humeurs, des traces des autres modèles explicatifs, présents dans les textes classiques, peuvent (et sont!) tout de même être présentes dans la culture médicale implicite des praticiens, ce que révélera l'analyse de discours des entrevues et des discussions de cas. Nous montrerons que la richesse du répertoire ayurvédique classique permet aux praticiens de «jouer» de leur savoir et permet donc l'existence de différents discours et pratiques, ou de différents idiomes ayurvédiques.

Outre les modèles explicatifs périphériques présents dans les textes classiques, une autre catégorie d'explication sera prise en compte, laquelle est, il convient de le noter, extérieure aux textes fondateurs : la place occupée par la biomédecine sera l'autre point d'entrée pour mesurer l'importance accordée au noyau conceptuel ayurvédique, basé sur la théorie des humeurs.

L'analyse des textes fondateurs est entièrement empruntée aux travaux de Francis Zimmermann. En ce qui concerne les analyses de contenu des entrevues formelles et des discussions de cas, nous avons procédé en repérant les thèmes récurrents dans les discours, en portant une attention particulière aux emprunts biomédicaux et à tous les modèles explicatifs hors du concept des trois *dosas*. L'analyse des décalages se fera donc à travers un va-et-vient constant entre les textes et l'ethnographie.

Après nous être familiarisée avec la littérature ayurvédique et la littérature anthropologique sur l'ayurvéda, nous ferons d'abord une brève incursion dans le monde contemporain de la pratique ayurvédique en nous attardant à l'hétérogénéité interne du système. Nous serons mis en présence de plusieurs praticiens ayurvédiques pratiquant dans trois différents lieux thérapeutiques traitant les problèmes de santé mentale, soit le Camp de yoga clinique du Collège Ayurvédique de Kottakkal, *Poonkuttil* (un centre de thérapie en milieu rural

combinant l'ayurvéda et la *pūja*) et la *Government Ayurvedic Mental Hospital* de Kottakkal. Puis, disposant ainsi d'un aperçu de la variété thérapeutique au sein du système ayurvédique contemporain, nous pénétrerons l'antre de la *Government Ayurvedic Mental Hospital* pour nous attarder à la multiplicité des idiomes ayurvédiques utilisés par les praticiens au sein d'une même institution. Dans la dernière section, nous déploierons la discussion théorique pour tenter de comprendre la malléabilité du système ayurvédique au-delà du jeu que permet la logique paradigmatique des textes fondateurs.

3. Poètes, praticiens et ethnographes : La revue de la littérature

3.1. La littérature ayurvédique

Les deux principaux textes fondateurs de l'ayurvéda, la *Carakasamhita* et la *Susrutasamhita*, ont été rédigés au troisième siècle avant notre ère¹⁹. La *Caraka* contient les enseignements du sage Atreya, transmis à plusieurs disciples et rédigés et corrigés par Caraka, un médecin légendaire. La *Susruta* recense les enseignements du dieu Dhanvantari, par l'intermédiaire du roi Divodasa et du médecin Susruta. D'autres textes ayurvédiques présentent des condensés de ces textes fondateurs. Mentionnons, entre autres, les écrits de Vagbhata : l'*Astangasamgraha* et l'*Astangahrdayasamhita*. Ce dernier texte, celui auquel on faisait le plus souvent référence à la GAMH, est un corpus condensé en trois volumes et composé entre le sixième et le septième siècle de notre ère²⁰.

Ces œuvres sont considérées collectives, plusieurs praticiens ayant contribué aux versions des textes telles qu'elles sont étudiées aujourd'hui. Plusieurs écoles se sont développées à partir des traités de base et la littérature ayurvédique est aujourd'hui très riche : on retrouve des traités généraux condensés, des manuels spécialisés, des dictionnaires, des commentaires. En effet, un nombre incroyable d'ouvrages commentent les textes classiques, certains mettant l'accent sur tel ou tel chapitre, certains développant une science spécialisée à partir de quelques *sutras*. Plusieurs périodiques ont aussi vu le jour, certains s'affairant à faire des ponts entre les concepts de base du système ayurvédique et les concepts de la biomédecine, d'autres s'affairant à faire des études en laboratoire pour standardiser les différentes plantes médicinales, etc. Dans certains cas, on utilise des concepts de base de l'ayurvéda, tels la diète appropriée à la constitution, à la saison et au contexte pour développer des théories amaigrissantes très en vogue en

¹⁹ Les dates varient selon les auteurs. Jean Filliozat, dans l'*Encyclopaedia Universalis*, date les premiers textes du 3^e siècle avant notre ère et date la fixation des textes au 11^e siècle de notre ère.

²⁰ Ce sont les dates que soutiennent Halliburton (Halliburton, 2000 : 41) de même que l'auteur de la préface de l'édition utilisée, K.R. Srikantha Murthy.

Occident. L'ayurvéda comme produit commercial est en effet de plus en plus populaire²¹.

Malgré la richesse de la littérature ayurvédique, nous nous attarderons cependant dans cette section aux textes classiques auxquels se réfèrent les praticiens, et qui sont ceux utilisés par les enseignants des collèges ayurvédiques. Ces textes sont rédigés, étudiés, mémorisés et récités en sanskrit, une langue qui revêt un statut métaphysique. Le sanskrit est la parole éternelle, transcendante, qui n'a ni commencement ni fin et a valeur salvatrice: la récitation exacte des *sutras* permet de prendre conscience de ce que l'homme a corrompu (les phases de la vie sont divisées en *yuan*, et la première phase, à l'origine du monde, est la phase idéale que l'homme n'a cessé de corrompre) et ainsi d'accéder à l'absolu. Le savoir sacré étant figé par la tradition de transmission orale, l'innovation est considérée corruption: c'est plutôt la logique du commentaire qui sert de moyen d'expression et de forme pour les débats d'idées, ce qui n'altère aucunement les textes fondateurs eux-mêmes²².

3.2. Les principes de base dans l'ayurvéda classique²³

Les textes fondateurs de l'ayurvéda comprennent une description (énumération) des principes de base du système de médecine, de l'étiologie et des conditions de la bonne santé, de même que des catégories diagnostiques, de leur symptomatologie et des procédures thérapeutiques à suivre pour chaque cas. Les principes de base en ayurvéda ne peuvent être résumés ici, mais quelques concepts seront explicités qui nous aideront à comprendre la pratique contemporaine.

Dans la philosophie ayurvédique, l'univers tout comme l'être vivant est fait de cinq principes, les *panchamahabuthas*: *Asaka* (air), *Vayu* (force vitale ou vent,

²¹ Voir Zimmermann, 1992.

²² Voir Filliozat, 1992, *Le Sanskrit*, Collection Que Sais-je? Nous reviendrons sur la tradition de mémoire dans une section ultérieure.

²³ Ce résumé des principes de base repose sur les informations données par mes informateurs lors du terrain mené à l'automne 2000. Voir aussi Zimmermann 1989; Obeyesekere 1977 et 1982.

qui sert d'arbitre et de tampon entre l'eau et le feu), *Tejas* (feu), *Jala* (eau) et *Prithvi* (terre). Ces cinq principes se combinent entre eux et forment trois *dosas*, ou humeurs : 1) *Vata* ou souffle, qui est une combinaison d'*asaka* et *vayu*; 2) *Pitta* ou bile, qui est associé à *tejas*, le feu; 3) *Kapha* ou flegme, qui est une combinaison de *jala* et *prithvi*. Selon la constitution des parents, l'heure de la conception, la position des astres lors de la conception, le lieu de la conception, etc., *vata-pitta-kapha* se combinent de façon particulière pour former le nouvel être. Chaque individu a donc une *prakrti* (constitution particulière ou nature primordiale), où une ou deux humeurs dominent²⁴.

L'individu est le microcosmos de l'univers et en interaction constante avec lui. Ainsi, en plus de constituer le vivant, les cinq éléments se retrouvent aussi dans la nourriture : ils sont «cuits» par le feu du corps et transformés successivement en *rasa* (lymphe, plasma), *rakta* (sang), *mamsa* (tissu musculaire), *medas* (tissus adipeux), *asthi* (os et cartilages), *majja* (moelle osseuse) et *sukra* (sperme, ovules) (Obeyesekere, 1982 : 237). La pharmacopée se base aussi sur le concept des trois *dosas* et est le «miroir des humeurs qu'elle guérit». En fait, la nature est une pharmacie : toute substance est un médicament potentiel, classifiée selon certaines qualités comme le chaud et le froid, l'humide et le sec, le solide et le fluide, etc. (Zimmermann, 1989: 61)

La physiologie et la pathologie ayurvédique se fondent aussi sur le concept des trois humeurs : c'est la perturbation dans les fonctions de base de ces trois humeurs qui entraîne les maladies. On appelle *nidana* la conjoncture ou l'occasion de production des maladies (tensions, tristesse, etc.); et *samprati* l'explication en terme de déséquilibre des humeurs.

²⁴ On dira par exemple qu'une personne chez qui *Vata* domine sera volage dans ses pensées et actions, créative et avec une bonne qualité d'élocution, souvent nerveuse. Une personne de type *pitta* pensera habituellement très rapidement, sera impatiente et souvent irritable, très critique et perspicace, responsable et autoritaire. Une personne de type *kapha* sera très précise, introvertie, aura un rythme de vie plus lent, sécuritaire et confortable. Des caractéristiques physiques sont aussi données. Voir *Susruta Shamita* 4 :60-76.

On dit *tridhatu* pour nommer les trois humeurs qui construisent et soutiennent le corps. *Vata-pitta-kapha* ont à ce stade des propriétés qui leur sont associées et une « maison », c'est-à-dire un siège principal à l'intérieur du corps humain. *Vata* génère puissance et mobilité et siège dans le gros intestin; *pitta* transforme la matière et se situe dans l'estomac; *kapha* structure et soutient le corps et trouve demeure dans le thorax²⁵.

On dit *tridosas* pour nommer les trois troubles, *dosa* signifiant ce qui est vicié. Les facteurs en cause qui font passer les humeurs de *tridhatu* à *tridosas* ou qui débalancent les *dhatu*s sont la diète, la période de la journée, l'âge, l'environnement, etc. On dit *trimalas* pour nommer l'état avancé de débalancement des *dosas*.

Les humeurs débalancées ou *malas* envahissent et bloquent les *srotas* ou canaux de circulation qui normalement servent à véhiculer les sept *dhatu*s (traduits dans ce contexte par tissus ou substances du corps²⁶) et les *malas* (traduits ici par pertes corporelles²⁷).

On comprendra alors facilement que le système de médecine ayurvédique soit qualifié de médecine de la fluidité. Tous les composants du corps sont fluides (le sang tout aussi bien que les fluides plus métaphysiques comme *ojas*, traduit par fluide vital ou quintessence de la vie) et doivent bien circuler dans le corps. Le modèle dominant repose sur les humeurs, qui sont des «fluides organiques [qui ont été] promus au rang de principes explicatifs» (Zimmermann, 1989 : 17-18).

Le souci de déterminer la cause exacte du déséquilibre des *dosas* est fondamental à la théorie de l'ayurvéda. De même, la médecine ayurvédique attache une grande importance aux régimes et comportements appropriés selon le climat et les saisons, comme l'explique Zimmermann dans son article *Rtu-satmya : Le cycle*

²⁵ Ne sont mentionnées ici que les propriétés et maisons principales.

²⁶ Il s'agit de *rasa* (lymphe, plasma); *rakta* (sang); *mamsa* (tissu musculaire); *medas* (tissu adipeux); *ashti* (os et cartilages); *majja* (moelle osseuse); *sukra* (sperme, ovules).

²⁷ Mucus, bile, sueur, cheveux, larmes, etc.

des saisons et le principe d'appropriation. Le concept *rtu* procède par glissement de sens : il signifie d'une part une activité articulatrice, une notion abstraite et continue du temps, et d'autre part un instant crucial, un temps en actes discontinu. *Satmya* y est défini comme «un jeu d'opposition et de complémentarité entre humeurs, saveurs et qualités contraires, comme un principe de compensation et d'accoutumance.» (Zimmermann, 1975 : 86)

Lors du processus thérapeutique, le médecin doit trouver, selon le principe du *rtu-satmya*, la diète et les remèdes appropriés à la nature de son patient :

«Il est donc clair qu'il ne s'agit pas d'une adaptation de l'homme à son milieu, mais d'une démarche en sens inverse, d'une appropriation de conditions extérieures aux exigences du cas à traiter, d'une appropriation au malade lui-même. Thérapeutique qui vise à modifier l'idiosyncrasie du patient, et à lui donner de bonnes habitudes.» (Zimmermann, 1975 : 88)

Si le médecin ne peut pas agir sur la matrice du temps, sur l'écoulement perpétuel, il peut toutefois agir sur le temps vécu, sur les phases des humeurs :

« Le seul aspect du temps sur lequel le médecin peut agir, c'est le temps vécu, le rythme d'évolution des humeurs, des troubles, et en cela le régime prescrit est bien une appropriation DU temps. Mais par ailleurs le calendrier objectif constitue un cadre qu'il faut respecter : le régime, les remèdes seront appropriés AU temps.» (Zimmermann, 1975 : 89)

La thérapeutique doit donc être appropriée à la phase de la maladie et à la saison pour restaurer l'équilibre entre le patient et son environnement. Mais si le temps objectif est producteur de maladies, il n'est d'aucune utilité dans la thérapeutique : c'est le temps subjectif, ou les phases des humeurs du patient, qui détermine les modalités du traitement.

La connaissance du déroulement des saisons, avec ses saveurs (*rasas*) prédominantes qui provoquent l'accumulation des humeurs (*dosas*), permet de prescrire des traitements préventifs, mais elle est cependant moins utile en cas de crise :

«Mais en cas d'urgence, en cas de crise grave et qui réclame des soins immédiats, le cycle des saisons n'entre plus du tout en ligne

de compte. Le médecin est capable de recréer artificiellement et à contretemps l'environnement propice.» (Zimmermann, 1975 : 97)

Le médecin se fie dans ces cas à l'état du malade pour déterminer la thérapeutique, pour donner un traitement approprié au contretemps, pour faire contrepoids à l'excès de la saison. Il s'agit dans ce cas d'un jeu artificiel de compensation. Le principe d'accoutumance peut ainsi être défini comme le fait de «s'habituer aux qualités contraires pour compenser les excès ou les manques d'où les troubles sont nés.» (Zimmermann, 1975 : 101) Le cycle des saisons fournit le cadre typologique des compensations possibles; le praticien veille au bon réglage de l'idiosyncrasie.

Outre les traitements à base de régimes et de médication interne, on a aussi recours aux médicaments externe, aux inhalations, aux applications de différentes huiles et onguents, toujours en se basant sur le principe de la compensation. Les remèdes ayurvédiques décrits dans les textes sont composés de plusieurs ingrédients ayant chacun une série nombreuse d'indications thérapeutiques; les remèdes composés ont donc un très grand nombre de propriétés médicinales (Zimmermann, 1989 : 54).

Lorsque le déséquilibre est très prononcé, on a recours au traitement *panchakarma*, littéralement cinq travaux, qui a pour fonction la purification. Différentes techniques sont utilisées : le purgatif, le vomissement, le nettoyage nasal, l'écoulement de sang (selon certaines écoles, ce traitement n'est pas inclus dans le *panchakarma*), et le lavement (certaines écoles comptent comme deux différentes étapes le lavement à base de décoction et le lavement à base d'huile). Le *panchakarma* consiste à redonner du mouvement aux *dosas* afin d'expulser leurs surplus et de retrouver la constitution de base²⁸.

²⁸ On appelle «coction des humeurs» la modification, digestion ou changement de phase des humeurs en vue de l'expulsion. Cette agitation survient lors du processus pathologique ET lors des procédés thérapeutiques (Zimmermann, 1989 : 163).

On utilise habituellement le lavement contre le vent, le purgatif contre la bile et le vomitif contre le flegme (Zimmermann, 1989 :156). Les «véhicules» utilisés pour les traitements sont des substances onctueuses qui servent à lier les différents ingrédients thérapeutiques (épices, plantes), à lubrifier les canaux de circulation (*srotas*), et à rendre fluides les humeurs (*dosas*). On utilise l'huile contre le vent, le ghee (beurre clarifié) contre la bile, et le miel contre le flegme (Zimmermann, 1989 : 66). Tous les traitements visent à utiliser le principe des contre-propriétés (tableau I) pour rétablir l'état de balance, c'est-à-dire ramener le patient à sa *prakrti*, ou constitution de base.

TABLEAU I : PROPRIÉTÉS DES TROIS HUMEURS

Vata	Seeta (froid)	Rooksha (sec)
Pitta	Snigdha (huileux)	Ushna (chaud)
Kapha	Snigdha (huileux)	Seeta (froid)

Ce travail sur les *dosas* se répercutera sur les *gunas*, ou qualités mentales. En effet, les textes classiques décrivent trois types de dispositions mentales : *satvik*, *rajasik* et *tamasik*. *Satva* est la pureté et une personne influencée par *satva* a un bon contrôle de soi, est tolérante, aimable, droite, pieuse, sage, intelligente, etc. *Rajas* représente l'activité, la passion. Une personne de type *rajasik* est hyperactive, excessive, arrogante, hypocrite, dure, malicieuse, égoïste, sensuelle, etc. *Tamas* représente l'inertie, l'ignorance, la déraison. Une personne dont l'esprit est contrôlé par *tamas* est dépressive, athée, injuste, irrespectueuse, ignorante, léthargique, etc²⁹.

²⁹ *Satvik* est subdivisé en sept types; *rajasik* en six types; *tamasik* en trois types. Voir *Caraka Samhita* 4-37 et *Susruta Samhita* 1-20.

Les problèmes spécifiques de santé mentale surviennent lorsque les canaux qui transportent jusqu'au cœur (siège de l'esprit et du soi) les *dosas* et les éléments (*dhatas*) ne fonctionnent pas efficacement. Le traitement proposé ne diffère donc pas de ceux indiqués pour les autres types de maux : on purifie et pacifie les *dosas* en vue d'agir sur les *gunas*; on cherche à éliminer la cause du déséquilibre avec l'aide d'une diète appropriée et d'une thérapie de la conduite, c'est-à-dire conseils, suggestions et interdits (Kakar, 1982 : 250). Le traitement des *dosas* aide à recouvrer les quatre fonctions de l'esprit : 1) *indriya bhigraha* ou organes sensoriels; 2) *svasya nigraha* ou contrôle de soi; 3) *uha* ou raisonnement ou capacité de percevoir en combinant les sens et l'âme; 4) *vicara* ou délibération, jugement, discrimination (Obeyesekere, 1977 : 157).

3.3. La littérature anthropologique sur l'ayurvéda et la santé mentale

Très peu d'auteurs ont écrit sur la santé mentale telle que conceptualisée et traitée par l'ayurvéda. Néanmoins, les quelques ouvrages ou articles disponibles font presque tous référence à un article d'Obeyesekere écrit en 1977 et repris en 1982, vraisemblablement un incontournable en ce qui a trait à la santé mentale et l'ayurvéda. Quelques auteurs subséquents se positionnent par rapport à une affirmation controversée d'Obeyesekere, selon laquelle l'ayurvéda est une médecine principalement somato-psychique; d'autres élargissent la discussion en présentant d'autres données ethnographiques sur la pratique contemporaine de l'ayurvéda dans le champ de la santé mentale.

L'objet de cette discussion n'est pas de prendre position concernant la nature somato-psychique ou psychosomatique de l'ayurvéda, la nature des données ethnographiques recueillies ne nous permettant pas de nous prononcer. Aussi, une prise de position claire nécessiterait un examen approfondi des différents sens associés aux notions de somato-psychique et psychosomatique chez les différents auteurs. Ces notions sont en effet souvent utilisées dans des contextes différents et des significations divergentes leur sont accordées, ce qui fait du débat un jeu futile si une discussion théorique des termes n'est pas menée. De plus, nous verrons que

cette prise de position ne semble pas coller à la logique interne de l'ayurvéda qui accorde de l'importance à l'interrelation constante entre corps et esprit et qui conceptualise la personne d'un point de vue holistique³⁰. Nous brosserons tout de même un portrait des quelques articles touchant la santé mentale et l'ayurvéda pour montrer la nécessité de poursuivre le travail ethnographique.

3.3.1. Gananath Obeyesekere et la médecine somato-psychique

Dans la première partie de son article *The Theory and Practice of Psychological Medicine in the Ayurvedic Tradition*, Obeyesekere nous présente les fondements philosophiques de la médecine ayurvédique, le concept d'esprit (mind) et ses quatre fonctions, de même que les principes ou le paradigme de la psychopathologie tels que présentés dans les textes classiques. Il y explique que dans la *Susruta* ou la *Caraka*, les causes majeures de dysfonction mentale (ou de tout autre mal), sont un déséquilibre d'humeur : prédominance de *vata*, de *pitta*, de *kapha*, ou un déséquilibre des trois humeurs à la fois, ce quatrième type de déséquilibre étant considéré incurable. Dans les cas de problèmes de santé mentale, un cinquième type étiologique est lié à la tristesse ou à un choc émotionnel; un sixième type est lié aux effets d'un poison (Obeyesekere, 1982 : 238).

Selon Obeyesekere, il s'agit d'une médecine principalement somato-psychique, la théorie explicative étant basée sur la physiologie ayurvédique. Et cela même si le facteur provoquant le déséquilibre humoral (désir, colère, inquiétude, etc.) peut clairement être hors du registre physiologique. La manière avec laquelle les humeurs sont provoquées impliquera que le problème de santé résultant soit physique ou mental :

« [...] le fait crucial à considérer est la façon dont les humeurs sont affectées. En ce sens, l'ayurvéda ne reconnaît que des maux psychosomatiques, mais ils ne sont pas formulés de façon conceptuelle. [...] Nulle part dans la théorie ayurvédique y a-t-il une théorie psychodynamique pour expliquer ce phénomène. Au contraire, la théorie somatique des trois *dosas* est toujours

³⁰ Voir la section «De la logique structurale à la multiplicité des discours».

« systématiquement dite et redite. » (Obeyesekere, 1982 : 240. Traduction libre.)

Pour Obeyesekere, c'est donc le fait que la théorie explicite soit basée sur la théorie des trois *dosas* qui fait de ce système de médecine un système somato-psychique. Seul ce qu'il appelle « les éléments corporels » (entendons *dosas*) sont dotés d'une formulation explicite en tant qu'agent causatif (Obeyesekere, 1982 : 248). Et cela se répercute dans la thérapie. En effet, l'objectif du traitement principal est toujours de rétablir l'équilibre des *dosas* en utilisant des substances qui ont des contre-propriétés³¹.

Si l'énoncé controversé d'Obeyesekere s'applique dans la première partie de son article (Obeyesekere 1977) à la *théorie* ayurvédique, Obeyesekere élargira sa portée pour montrer, avec des cas cliniques, que la *pratique* ayurvédique se base elle aussi sur des principes somato-psychiques. Les cas choisis par Obeyesekere veulent donc illustrer que :

« la théorie et la pratique de l'ayurvéda ne sont pas psychosomatiques, même si certains praticiens peuvent avoir des sensibilités personnelles aux problèmes psychologiques de leurs patients. » (Obeyesekere, 1977 : 172. Traduction libre.)

Si aucun auteur ne conteste le fait que la théorie ayurvédique soit explicitement basée sur la physiologie des humeurs, l'application pratique de cette théorie sera l'objet d'attention de certains ethnographes, ce qui permettra de nuancer l'affirmation d'Obeyesekere. D'autres auteurs mettront en évidence des catégories de *sutra* qui se situent hors du concept des trois *dosas*.

3.3.2. Sudhir Kakar et l'écart théorie / pratique

Sudhir Kakar, dans son ouvrage *Shamans, Mystics and Doctors*, commente les textes ayurvédiques classiques et reprend les différentes classifications étiologiques pour ensuite discuter cette catégorisation. Selon les textes classiques, un déséquilibre, quel qu'il soit, se manifeste dans la sphère somatique et

³¹ Nous verrons cependant qu'un autre aspect thérapeutique est intégré au traitement à la GAMH, soit le *counselling*.

psychique à travers le processus de viciation des humeurs. Les quatre catégories étiologiques relevées sont les suivantes :

1) problème de santé d'origine essentiellement physique avec des symptômes physiques prédominants; 2) problème de santé d'origine essentiellement mentale avec des symptômes mentaux prédominants (ex. *unmada*, traduit par folie); 3) problème de santé d'origine essentiellement mentale avec des symptômes physiques prédominants (ex. insomnie et *apasmara*, traduit par épilepsie); 4) problème de santé d'origine essentiellement physique avec des symptômes mentaux prédominants (ex. intoxication) (Kakar, 1982 : 242-243). Lorsque l'origine du problème est mentale, c'est qu'il y a déséquilibre des *manodosas*, ou *dosas* mentaux (*satva*, *rajas*, *tamas*), en raison de la présence de désir ou de répulsion (Kakar, 1982 : 244).

En principe, explique Kakar, tous les problèmes de santé sont un mélange d'influences physiologiques et psychologiques. En pratique cependant, la partie psychologique du traitement va rarement plus loin que la suggestion, l'exhortation, la consolation et la recommandation (Kakar, 1982 : 243). La tradition indienne de psychothérapie en est une de support, de soin, d'accompagnement et de diminution de la peur (Kakar, 1982 : 275-276), mais le traitement principal est physiologique. Si en ce sens Kakar semble rejoindre Obeyesekere, on constate que contrairement à lui, il montre l'écart entre la théorie et la pratique ayurvédique. En effet, selon Kakar, la théorie ayurvédique entremêle les aspects physiologique et psychologique, alors que la pratique thérapeutique principale est basée sur la physiologie ayurvédique³². Pourtant, Kakar ouvre la porte à l'aspect psychologique du traitement.

3.3.3. Mark Nichter et les idiomes de détresse

Mark Nichter utilise le concept d'idiomes de détresse pour montrer les explications périphériques au concept des trois humeurs dans la pratique de la médecine ayurvédique. Dans son article *Idioms of distress : Alternatives in the*

³² Pour les hypothèses de Kakar concernant le pourquoi de cette lacune au niveau psychologique, voir la section «De la logique structurale à la multiplicité des discours».

expression of psychosocial distress. A case study from South India, Nichter explique que l'accent qui est mis par le patient sur la routine du corps sert à montrer la sévérité et la perte de bien-être. Le praticien ayurvédique répond à ce mode d'expression en considérant non seulement le cas ou la série de symptômes, mais en prenant en compte la personne en entier et en accordant de l'importance au bien-être général. Il notera d'ailleurs en détail l'histoire de famille du patient. Si l'idiome somatique n'est pas toujours efficace pour communiquer la détresse vu les contraintes socioculturelles et l'expérience passée du patient, il peut dans d'autres cas s'avérer la seule option d'expression significative.

Dans son article *Negotiation of the illness experience : ayurvedic therapy and the psychosocial dimension of illness*, Nichter explique le processus de négociation entre le praticien et le patient dans les cas de détresse psychosociale. Si le cadre conceptuel de la discussion entre le praticien et le patient au sujet de ses états somatiques et affectifs demeure la théorie des humeurs, la dimension symbolique de la maladie est néanmoins prise en compte par le praticien. Lors de ces discussions, dans lesquelles les références aux relations entre humeurs et environnement sont constantes, le cadre conceptuel est appliqué et la maladie est nommée. Puis, l'attention se tourne vers les comportements routiniers du corps, vers les dispositions émotionnelles et les circonstances sociales qui affectent l'état de bien-être du patient. La responsabilité du patient est déplacée grâce à la somatisation de la détresse psychosociale et cela facilite le dialogue. De plus, l'identité malade procure au patient une stratégie pour agir de façon non-conforme à la culture appropriée.

S'il faut distinguer les problèmes de santé mentale tels *unmada* (folie) et *apasmara* (épilepsie) des cas de détresse psychosociale, les articles de Nichter nous éclairent tout de même quant aux discours qui entourent la théorie des humeurs. Si le cadre conceptuel demeure la théorie des trois *dosas*, plusieurs discours périphériques se greffent à ce noyau conceptuel et viennent éclairer les idiomes ayurvédiques de la pratique contemporaine.

3.3.4. Francis Zimmermann et les deux niveaux de lecture des textes ayurvédiques

Les analyses ethnolinguistiques de Francis Zimmermann seront reprises plus en détails dans la discussion théorique qui suivra la présentation des données de terrain. Mentionnons tout de même ici que la logique des textes ayurvédiques, par exemple la circularité des signes et des symptômes, permet deux niveaux de lecture différents qui sont constamment imbriqués: les maladies sont alternativement des signes les unes des autres, ce qui donne lieu à des «échanges de rôle incessant entre ce qui est essentiel, dans une maladie observée, et ce qui est symptomatique.» (Zimmermann, 1989 : 120) Les textes présentent donc ce que Zimmermann appelle une classification tournante, en plus d'un raisonnement sous une forme conditionnelle, illustré par la formule « si... et / ou si ... et / ou si ..., etc., alors ... » qui est omniprésente dans les textes (Zimmermann, 1989 : 121). Ainsi, la liste des symptômes n'est jamais close, et «le diagnostic s'effectue en cochant mentalement dans la liste des signes observés.» (Zimmermann, 1989 : 122) Plutôt que de parler de causalité, il serait donc plus approprié de parler de signes antécédents; plutôt que de définir des maladies ou des concepts, on procède par énumération, ce qui alimente la polysémie des concepts (Zimmermann, 1989 : 128-129).

Parmi ces listes de signes antécédents ou de symptômes, on retrouve des signes relevant de l'horizon mythique :

«dans le discours des remèdes, les choses divines et le poids des actes accomplis dans les vies antérieures sont bien là de plain-pied avec le mouvement des humeurs. L'ayurvéda est l'une des sagesses brahmaniques qui concourent à l'accomplissement des devoirs auxquels notre naissance nous destine. Le discours médical est aussi un discours sur le bien et le mal. »
(Zimmermann, 1989 : 127)

L'horizon mythique ou le discours sur le bien et le mal est donc omniprésent dans les textes et imbriqué avec les explications humorales. S'il doit y avoir purification médicale, il doit aussi y avoir purification religieuse. Les *sutras* mentionnent en effet la nécessaire purification du corps, de la parole et de l'esprit.

Deux registres sont considérés : l'action des évacuants n'est efficace que dans certaines conditions psychologiques et morales (Zimmermann, 1989 : 177).

Zimmermann insistera tout de même sur le fait que le mental est dissout dans l'humoral. Lorsque la maladie essentielle se termine, la maladie symptomatique cesse. Sinon, c'est une deutéropathie. Dans un cas comme dans l'autre, il y a toujours un aspect humoral. À part les maladies *buthavidya* dont les causes sont surnaturelles et qui forment un chapitre à part dans les textes classiques, chaque maladie est soit une espèce venteuse, bilieuse, flegmatique, trihumorale ou *ugantu* (adventice), cette dernière catégorie regroupant :

«les maladies que provoquent un démon, du poison, une tempête, la brûlure du feu, une blessure, une fracture, etc., et la série désir, haine, crainte, etc.» (Zimmermann, 1989 : 195).

Ces maladies reposent clairement sur des facteurs hors du registre des trois *dosas*, même si un débalancement humoral est en cause. Comme l'explique Zimmermann,

«dans la pathologie humorale, cette catégorie adventice ménage une fenêtre par où peut s'introduire le surnaturel; mais aussitôt survenue, une maladie adventice induit des complications humorales.» (Zimmermann, 1989 : 193)

Les niveaux métaphysiques et médicaux s'entrecoupent pour donner des explications basées sur le manque de sagesse, le poids du *karma*, et la maladie (Zimmermann, 1989 : 196). Cette double interprétation donne lieu à des remèdes fondés sur la raison, sur le divin, sur le contrôle de *satva* :

«Nous sommes alors aux frontières du domaine médical. Une tendance centrifuge nous conduit à renvoyer les passions et leur thérapeutique à d'autres spécialistes du rituel, de la magie, du yoga et de l'ascèse. Inversement, toutes les maladies y compris les passions sont de notre compétence.» (Zimmermann, 1989 : 196-197)

Ce double niveau de lecture, accompagné «du précis et du flou» (précis dans les connexions et flou dans l'identité des termes qui sont en connexion et dans la suraccumulation des connexions, Zimmermann, 1989 : 200-201) fait naître une pluralité de perspectives ou de possibilités interprétatives. Les textes sacrés

fournissent le système de classification; la logique paradigmatique fournit l'espace de jeu.

3.3.5. Jean Langford et la multiplicité des discours

Jean Langford met pour sa part l'accent sur la complexité et l'interaction entre les différents discours, y compris les discours «extérieurs à l'ayurvéda». Dans son article *Ayurvedic psychotherapy : Transposed signs, parodied selves*, Langford veut montrer que les concepts de la psychothérapie moderne sont connus et utilisés par les praticiens ayurvédiques à la surface nominative, c'est-à-dire qu'ils n'altèrent pas la théorie ayurvédique. Tout de même, Langford montre qu'une multitude de discours entourent la théorie des trois *dosas* : ses données ethnographiques indiquent en effet qu'en plus des médicaments agissant sur les *dosas*, la thérapie comprend aussi un flot de conseils comportementaux et d'emprunts faits à la psychothérapie moderne :

«Le soi devient, dans ces narrations, non pas un point de chute, un signifié stable, mais seulement une autre pierre de touche, un autre signe dans une narration sur la nervosité, ficelé avec des histoires au sujet de Shiva, Vayu et les vertus du lait chaud.»
(Langford, 1998 : 94. Traduction libre)

Ainsi, les idiomes ayurvédiques vont bien au-delà de la théorie des trois *dosas*, même si le noyau conceptuel demeure inaltéré :

«le discours va au-delà d'une interprétation de la maladie comme étant psychosomatique ou somato-psychique. Les plaintes somatiques sont interprétées comme des inquiétudes psychiques qui sont toutes deux liées aux difficultés sociales et familiales et réinterprétées comme un déséquilibre des *dosas*.» (Langford, 1998 : 91. Traduction libre.)

Encore une fois, mentionnons que l'objet de cette discussion n'est pas de prendre position par rapport aux étiquettes «somato-psychique» ou «psycho-somatique», mais de montrer qu'en parallèle avec les explications basées sur la théorie des trois humeurs existent une multitude de discours et de pratiques hors du champ des trois *dosas*, et qui trouvent souvent leur source dans les textes classiques.

4. La richesse du répertoire

4.1. L'hétérogénéité interne au système de médecine ayurvédique

Pour faire opposition à une définition rigide ou monolithique des textes classiques, l'expression «la richesse du répertoire ayurvédique» fait ici référence à l'abondance des *sutras* contenus dans la littérature classique (7120 vers uniquement dans l'*Astangahrdayasamhita*), de même qu'à la tension interne inhérente à la doctrine classique et à l'abstraction et la polysémie des concepts ayurvédiques qui favorisent une multiplicité d'interprétations et inévitablement une hétérogénéité dans la pratique de la médecine ayurvédique.

En ce qui a trait à la santé mentale, le savoir ayurvédique classique est dispersé dans les textes et ne se retrouve donc pas dans un seul volume où tout le savoir serait exposé (des ouvrages modernes sont cependant maintenant publiés qui tendent à regrouper dans un même volume les *sutras* qui se rapportent aux problèmes de santé mentale). On peut penser que l'interrelation constante entre corps et esprit, ou mieux, que la fluidité des frontières entre les différents aspects de la personne, est à l'origine de cette non-compartmentalisation du savoir.

Ainsi, plusieurs écoles se sont développées à partir de différentes sections de la *Caraka* ou de la *Susruta*. Le *vaid* (praticien ayurvédique) sélectionne donc certains éléments du répertoire thérapeutique selon son école de pensée ou les pratiques de sa région (Kakar, 1982 : 250-251). L'engagement avec une école est total et l'identification est claire. Le *vaid* choisit selon ses inclinations personnelles et s'y conforme, l'essentiel pour le succès de l'apprentissage étant la profondeur de l'identification (Kakar, 1982 : 264).

On remarquera que contrairement à la médecine tibétaine (qui dérive de l'ayurvéda) où les aspects métaphysique et cosmique occupent une position centrale lorsqu'il s'agit de problème de santé mentale, dans les textes ayurvédiques classiques, la description d'*unmada* (folie) due à la possession est un élément étranger et non assimilé dans les traités médicaux (Kakar, 1982 : 248

et Trawick, 1995 : 283) Si les références sont présentes, elles existent en parallèle avec la théorie basée sur la physiologie des humeurs et ces cas seront référés par les praticiens ayurvédiques à d'autres spécialistes, comme par exemple les exorcistes (Zimmermann, 1995 : 307; Obeyesekere 1970).

À la *Government Ayurvedic Mental Hospital* (GAMH) de Kottakkal, la catégorie étiologique des possessions n'est pas prise en compte par les praticiens (même si les types étiologiques et la thérapeutique liés à la possession sont définis explicitement dans le chapitre neuf de la *Cikitsa Sthana* qu'utilisent les praticiens), mais fait partie intégrante des idiomes de détresse des patients et de leurs familles, qui consulteront d'autres spécialistes en parallèle avec les consultations faites à la GAMH.

Kakar mentionnera aussi la «rumeur de la psychothérapie» comme élément flottant autour de la théorie des trois *dosas*. Il n'y a nulle part dans les textes classiques une théorie explicite de la psychothérapie ayurvédique : les références aux théories du contrôle de l'esprit *satvavajaya* proviennent en fait des écoles de yoga et le *daivavyapasra* (rituel, magie, mantra, pèlerinage) prend racine dans l'*Atharva Veda*. Nous verrons plus loin que ces références servent tout de même de point de départ à l'insertion d'un nouvel idiome ayurvédique³³.

Outre les idiomes de possession, souvent relégués à d'autres spécialistes, et les idiomes psychothérapeutiques, qui feront l'objet d'une attention particulière dans la section sur «Le *counselling* à la GAMH», on verra que les idiomes ayurvédiques entourant la théorie des trois *dosas* sont multiples chez les praticiens.

Jean Langford, dans son article *Ayurvedic Interiors : Person, Space, and Episteme in Three Medical Practices*, étudie les collisions épistémologiques et le dialogue entre ayurvéda et modernité pour montrer comment et jusqu'à quel point l'enseignement moderne «retravaille» la phénoménologie ayurvédique. Si

³³ Voir la section sur le *counselling* à la GAMH.

Langford montre bien que les propos des praticiens sont liés à leurs conceptions de la phénoménologie médicale et sont des gestes politiques sujets à un encadrement épistémologique (Langford, 1995 : 360), son étude a aussi le mérite de donner des portraits très diversifiés de la pratique ayurvédique contemporaine.

Parler d'épistémologies divergentes serait abusif et Langford se garde bien de le faire. Il parle plutôt de différences au sein d'épistémologies encadrantes (*enframing epistemologies*), de plusieurs façons de jouer avec l'épistémologie moderne, de la complexité et des contradictions au sein de la phénoménologie ayurvédique et de la difficulté et du refus de la part des praticiens de la réduire et de la caractériser, voire même de l'exotociser.

Les trois praticiens représentés dans son article ont des approches et des points de vue divergents, bien que tous demeurent dans le cadre de la phénoménologie ayurvédique moderne. Cependant, d'un informateur à l'autre, on "joue" de ses connaissances pour mettre l'accent sur tels ou tels aspects de la médecine ayurvédique, pour accorder plus d'importance à telle section des textes fondateurs ou à telle autre.

Les sections qui suivent se baseront sur les données ethnographiques recueillies à Kottakkal en 2002 pour montrer que la richesse du répertoire ayurvédique permet l'existence de différents discours et pratiques, ou de différents idiomes ayurvédiques.

4.1.1. L'angle d'approche théorique du camp de yoga clinique

À mon arrivée à Kottakkal en 2002, les classes de yoga ne faisaient plus partie de la routine des patients de la GAMH. Les praticiens de la GAMH continuaient cependant de référer certains patients au Collège Ayurvédique de Kottakkal pour les camps de yoga clinique. Lors d'une entrevue avec Dr. Dilip Kumar, praticien, enseignant au Collège Ayurvédique de Kottakkal et responsable du camp de yoga clinique, il me parla d'une « différence d'angle » pour nommer l'hétérogénéité interne de l'ayurvéda. Alors que je lui soumettais mes incompréhensions face à

l'accent mis sur les *dosas* à la GAMH, alors que lui-même parlait surtout du rôle crucial des *gunas*, il me parla en terme de perspective, d'une façon de voir les choses («different way to look at it»):

«Si l'on regarde d'un angle plutôt que d'un autre, on voit quelque chose de différent. Mais tout cela mis ensemble forme l'être humain dans sa totalité. Les disputes sont inutiles. Il s'agit de combiner les approches; d'utiliser le yoga ET l'ayurvéda, ou la psychiatrie et la psychologie.» (Dr.DilipKumar, traduction libre.)

Si le Dr.DilipKumar admit que le rôle du yoga était d'alléger (*alleviate*) *rajas* et *tamas*, alors que les praticiens ayurvédiques accordaient pour leur part plus d'attention aux *dosas* physiques (*vata-pitta-kapha*), il insista néanmoins sur l'interrelation constante de ces deux types de *dosas*. Traçant le lien entre yoga et ayurvéda, Dr.DilipKumar définit les deux procédés comme des techniques de balancement des *dosas*. Il précisa immédiatement qu'il y avait cinq *dosas*, et non pas seulement trois : *vata*, *pitta* et *kapha* sont des *dosas* dits physiques, pour le corps; *rajas* et *tamas* sont appelés *manodosas*, ou *dosas* mentaux³⁴. Un *dosa* étant par définition ce qui est facilement vicié, *satva* ne fait pas partie des *dosas*, mais est plutôt l'idéal à atteindre, ce qui n'est jamais vicié.

La différence entre les deux approches provient plutôt du fait que si dans la théorie ayurvédique on vise à balancer ou à équilibrer les trois *dosas* physiques (V-P-K), la théorie du yoga vise plutôt à éliminer complètement les *dosas* mentaux, ou au moins à réduire le plus possible la prédominance de *rajas* et *tamas* pour plutôt augmenter l'influence de *satva*. Si on peut parler de maladie et de santé (*ill health* et *health*), Dr.DilipKumar ajoutera une troisième catégorisation: santé positive ou stade supérieur, nommé *satva*. On nommera ainsi *satvavajaya* le traitement des problèmes de santé mentale.

³⁴ Les termes de corps et esprit (body and mind) étaient constamment utilisés dans les discours de mes interlocuteurs. Il faut évidemment remettre l'emploi de ces termes dans leur contexte : les entrevues ont été menées en anglais et les termes ne correspondent pas aux concepts sanskrits, voire même au vocabulaire malayalam. Pour une analyse ethnolinguistique de la phénoménologie locale, voir Halliburton 2000. À noter aussi que même si la littérature ayurvédique insiste sur l'interrelation constante du corps et de l'esprit, la distinction entre ces deux niveaux est omniprésente dans les discours des praticiens. À noter également que la littérature ayurvédique classique n'utilise pas les termes *dosas* physiques et *dosas* mentaux, mais bien, respectivement, *dosas* et *gunas*.

Si les *dosas* physiques sont essentiels à la pratique ayurvédique, ils ne sont pas nécessaires à l'approche yogique, non plus que les catégories diagnostiques. Dr.DilipKumar traçait tout de même des liens entre la prédominance des *gunas*, la symptomatologie et les diagnostics :

« S'il y a prédominance de *tamas*, on observera des symptômes tels la dépression, l'envie de dormir, la lassitude, la tristesse, l'inquiétude, l'ignorance. *Rajas* est l'antagoniste de *tamas*, et les symptômes seront plutôt la colère, la tension excessive, l'excès de parole, l'hyperactivité. La schizophrénie, la psychose et la névrose (anxiety neurosis) sont des signes de l'excès de *rajas*.»
(Dr.DilipKumar, traduction libre.)

Dr.DilipKumar expliquait que l'ayurvéda est une science psychosomatique, travaillant et sur V-P-K et sur R-T : c'est donc la combinaison du yoga et des procédures thérapeutiques ayurvédiques qui est, selon lui, la meilleure façon de faire face aux problèmes de santé («proper way of managing diseases»). Selon lui, on peut donc distinguer deux types de traitement :

1.Un traitement somatique, ou un traitement du corps, dont font partie les méthodes de traitement de la GAMH, incluant le *panchakarma*, les médicaments internes, etc. Pour ces traitements, le praticien doit connaître la *prakrti*, ou la constitution de base du patient (habituellement une prédominance de un ou deux *dosas* physiques);

2.Un traitement qui utilise le yoga comme une technique, un outil, visant à corriger la déformation de l'esprit que suscite le déséquilibre des *gunas*. Se référant à l'un des textes fondateurs de la discipline yogique, soit le *Yogasutra* de Pantanjali, Dr.DilipKumar expliquait que si l'objectif ultime du yoga est l'atteinte de la *samadhi*, ou état de conscience supérieur, un second objectif vise la réduction et le management du stress ainsi que l'arrêt de l'activité mentale.

Dans le camp de yoga clinique, on met l'accent sur le développement de la personnalité et on s'affaire à calmer l'esprit du patient. Le niveau d'implication du patient est donc très différent de celui exigé à la GAMH, le yoga étant un cheminement et une pratique personnelle, « in terms of insight ».

Ce sont les *dosas* mentaux qui sont importants ici, et l'effet de la pratique yogique changera selon le type de prédominance dans les *dosas* mentaux ou *gunas* (*rajas* ou *tamas*). Une pratique de type *rajastic* aura un effet relaxant, alors qu'une pratique *tamastic* aura un effet stimulant. Dr.DilipKumar insistait cependant sur le fait que la pratique et le processus sont les mêmes dans les deux cas : seul l'effet obtenu diffère. Les besoins de relaxation et de stimulation sont liés entre eux et alternent de façon cyclique, à l'image de la nature de l'univers.

L'approche de Dr.DilipKumar met clairement l'accent sur le rôle des *gunas* dans la résolution des problèmes de santé mentale. Ainsi, il expliquera que «quelqu'un qui garde l'équilibre dans son esprit peut faire face à toutes les situations de la vie» (Dr.DilipKumar, traduction libre.) Cependant, cet accent mis sur l'équilibre des *gunas* n'implique aucunement la négligence du rôle du traitement par le corps. En effet, si Dr.DilipKumar parle d'une nécessaire combinaison, il voit aussi très bien les limites des deux approches. Dans les cas de psychose par exemple, il insistait sur la nécessité de l'ayurvéda, cet état étant trop difficile à changer avec la seule utilisation du yoga : «Dans ces cas, les patients n'ont pas la lucidité (insight) nécessaire» (Dr.DilipKumar, traduction libre.) Dans les cas de névroses par contre, il insistait sur l'efficacité des techniques yogiques. Une question de sévérité, ajoutait-il.

À plusieurs reprises, Dr.DilipKumar insista sur le fait que dans le cas des problèmes de santé mentale, plus d'attention devrait être donnée au yoga et aux techniques de management telles *niana*, *vitniana*, *dhee*, *smirithi* et *samadhi*.³⁵ Il expliqua que peu de choses étaient écrites au sujet du yoga dans les textes fondateurs de la médecine ayurvédique : on retrouve quelques indications uniquement dans le premier chapitre de la *Caraka*, peut-être en raison, observait-il, du fait que la discipline yogique était connue et prise pour acquise à l'époque

³⁵ Lors de ma première entrevue avec Dr.DilipKumar, les stratégies de traitement avaient été classifiées comme tel : 1) *Niana*, savoir (knowledge), défini par opposition à *aniana*, ignorance; 2) *Vitniana*, savoir spécial, ou savoir attaché à des situations concrètes; 3) *Dhee* ou détermination (will-power); 4) *Smirithi* ou mémoire; 5) *Samadhi* ou niveau plus élevé de supra-conscience.

de la fixation des textes. Néanmoins, Dr.DilipKumar soutenait que les praticiens ayurvédiques n'accordent pas assez d'attention au yoga dans leur pratique.

Dans le cas particulier du camp de yoga clinique, Dr.DilipKumar citait abondamment les *sutras* des textes ayurvédiques classiques qui faisaient référence aux *gunas*. Dans un autre contexte thérapeutique, ce sont d'autres *sutras*, encore une fois hors du concept des trois *dosas*, auxquels le praticien faisait référence pour expliquer et justifier sa pratique.

4.1.2. L'approche non-institutionnelle de Poonkutil

Si le discours de Dr.DilipKumar reposait sur la perspective et la combinatoire, d'autres praticiens étaient moins nuancés au sujet des approches utilisées dans d'autres contextes. Une rencontre avec un *vaidya*, c'est-à-dire un praticien ayurvédique qui a acquis sa formation d'un maître (son père, dans ce cas-ci) et non pas en institution, avait un point de vue tout à fait différent sur ce qui se faisait à la GAMH.

Ce *vaidya*, un oncle par alliance d'une de mes principales informatrices à la GAMH, pratique la médecine ayurvédique à *Poonkutil*, à environ 30 km de Kottakkal, en milieu rural. Il se spécialise en santé mentale, et en plus de la médication interne et externe, ce praticien effectue des *puja* pour les patients (la *puja* est l'élément rituel de base dans la religion hindoue). Il reçoit environ 200 patients quotidiennement et accueille aussi des patients pour des séjours de longue durée.

Nous lui rendîmes pour la première fois visite avec deux praticiens de la GAMH et trois étudiants d'internat. Il dénonçait alors l'approche catégorisante de l'allopathie et de l'ayurvéda tels que pratiqués en institution et privilégiait une vision de la santé mentale qui considérait plutôt le problème comme celui d'un individu-dans-le-monde. Il reprochait aux praticiens de la GAMH de ne pas connaître les détails de vie du patient et il mentionnait alternativement les rôles de la génétique, des vies précédentes, de la personnalité, de la famille etc. dans la

présence de problèmes de santé mentale. Pour lui, la réalité du patient résulte d'une chaîne de choses, d'événements, de circonstances : essayer d'isoler une raison en particulier fait dire des choses stupides aux praticiens. L'aspect holistique de la personne était évident dans son discours.

De plus, l'aspect médicinal est, selon lui, nettement insuffisant : le patient a aussi un besoin d'amour inconditionnel et le praticien doit développer une amitié avec le patient. Si les diagnostics sont pourtant les mêmes qu'à la GAMH, la pratique à *Poonkutil* a, selon lui, le mérite d'harmoniser les *puja* avec le côté logique de la pratique (alors qu'à Kottakkal, on n'a recours qu'au côté logique). Le patient bénéficie alors non seulement du médicament, mais aussi de la puissance surnaturelle. En insistant sur la relation patient / praticien et sur les causes surnaturelles de la maladie, il mettait ainsi l'accent sur des principes qu'on retrouve au sein des textes classiques, sans toutefois citer les *sutras* mot pour mot.

Le praticien insistait aussi sur le fait que la théorie est trop déconnectée de la réalité, et privilégiait l'apprentissage sur la base de l'expérience. La théorie est selon lui inutile si elle n'a pas d'utilité pratique. S'il s'opposait à plusieurs aspects de l'ayurvéda enseigné et pratiqué en institution, et s'il insistait sur le fait que l'aspect médicinal de l'ayurvéda n'était pas suffisant, son discours était tout de même jalonné des principes de base en ayurvéda; s'il disait ne rien comprendre aux principes de base du système ayurvédique, il les utilisait tout de même comme trame de fond à son discours, en plus des termes de la psychiatrie moderne.

4.1.3. L'angle d'approche théorique à la GAMH

L'essentiel des données ethnographiques fut recueilli à la *Government Ayurvedic Mental Hospital* de Kottakkal, avec la collaboration des praticiens et étudiant(e)s d'internat. Dr.Parvatee Devy, que j'avais rencontrée lors de ma première visite en 2000 et qui fut mon informatrice principale, a suivi sa formation générale de cinq ans au Collège Ayurvédique d'Ollur, avant de travailler pour la section d'approvisionnement de l'*Arya Vaidya Sala* de Kottakkal pendant quatre ans. Elle pratiqua ensuite l'ayurvéda dans un dispensaire en région rurale pour une durée

d'un an. En 2002, elle était à l'emploi de la GAMH depuis quatre ans. Dr.Ragunath fut aussi un informateur précieux. Après son cours général au Collège Ayurvédique de Coimbatore, il travailla avec un guru en région rural, puis dans une institution privée à Shoranur. Il fut par la suite à l'emploi de *l'Arya Vaidya Sala* de Kottakkal pendant cinq ans, tout en poursuivant des études graduées en pharmacologie ayurvédique. Il travailla ensuite dans un hôpital gouvernemental en milieu rural pendant trois ans. Lors de ma visite en 2002, il était à l'emploi de la GAMH depuis six mois. Les étudiant(e)s d'internat allaient et venaient et ils furent nombreux à répondre à mes questions et à jouer les interprètes. La plupart d'entre eux visaient la pratique générale au terme de leur formation. Quelques-uns voulaient poursuivre des études graduées dans des domaines variés, dont une en santé mentale. Quelques étudiants se préparaient pour l'examen d'entrée pour le cours de médecine allopathique.

◆ Les textes utilisés à la GAMH :

La psychiatrie ayurvédique est une branche spécifique de l'ayurvéda classique³⁶, mais on retrouve quelques traités où l'information concernant les problèmes de santé mentale fait l'objet d'une attention particulière, le plus utilisé par les praticiens de la GAHM étant l'*Astangahrdayasamhita*. L'*Astangahrdayasamhita* est divisé en six *sthana* (sections), chaque section contenant plusieurs *adhyaya* (chapitres), 120 au total. Le texte est composé en prose et le nombre total de vers dans l'édition utilisée est 7120.

Le premier *sthana* porte sur les principes de base (principe de santé, prévention, propriétés des différentes substances, physiologie et pathologie basées sur le concept des humeurs, différents types de maladies et méthodes de traitement) ; le deuxième *sthana* porte sur l'embryologie, l'anatomie, la physiologie, la physionomie, les constitutions physiques et psychologiques, sur les rêves et

³⁶ L'ayurvéda est divisé en huit branches : Chirurgie générale, ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie, thérapeutique générale, médecine des possessions démoniaques, obstétrique et puériculture, toxicologie, médecine tonifiante, médecine des revigorants et aphrodisiaques. La médecine des possessions démoniaques est associée à la psychiatrie ayurvédique, mais plusieurs autres *sutras*, dispersés dans le corpus, réfèrent aux troubles mentaux ou au déséquilibre des *gunas*.

présages de bon et mauvais augure, sur les mauvais pronostics et les morts imminentes; le troisième *sthana* porte sur les causes, les symptômes prémonitoires, les caractéristiques typiques, la pathogenèse et le pronostic d'importantes maladies; la quatrième section décrit les méthodes de traitement des maladies organiques les plus importantes, incluant les recettes médicinales, la diète et les soins à apporter aux patients; le cinquième *sthana* décrit la préparation des recettes, les thérapies de purification et les actions à poser lors de complications, de même que les principes de pharmacologie.

Le sixième *sthana*, celui qui nous intéresse plus particulièrement, est réservé aux sept autres branches de l'ayurvéda (les cinq premiers *sthana* étant réservés à la thérapeutique générale), et est divisé comme suit dans ce traité : pédiatrie, démonologie ou psychiatrie, maladies des organes de la tête (ophtamologie et otorhino-larynthologie), chirurgie, toxicologie, rajeunissement et gériatrie, aphrodisiaques.

Commentant ce texte, Dr.Devy me donna des indications sur les catégories diagnostiques utilisées à la GAMH. Le chapitre trois sur le traitement des esprits démoniaques (*Balagraha pratishedha*) fut laissé sous silence par Dr.Devy. Des étudiants d'internat me spécifièrent plus tard que cette catégorie diagnostique était réservée aux enfants en bas âges. Il est à noter que ce chapitre suit ceux sur la pédiatrie.

Le quatrième chapitre intitulé *Bhuta vijnaniya*, et traduit par «savoir sur les démons» fut pour sa part commenté par Dr.Devy. Cette catégorie diagnostique nommée *Bhootonmada* à la GAMH (probablement une contraction de *Bhuta*-démon et *unmada*-insanité) est subdivisée en 18 types. Dans l'*Astangahrdayasamhita*, on décrit ces 18 types et on donne les causes et le temps approprié pour la «seizure», ou pour l'attaque du démon. Dr.Devy précisera que ces états mentaux ne sont pas dus à un déséquilibre des *dosas*, mais sont « purement mentaux », c'est-à-dire qu'ils sont dus à des croyances, des

superstitions, à des mauvaises actions ou des déviations de la culture ou du *dharma* (devoir), au non-respect des aînés ou des ancêtres.

Le chapitre cinq (*Bhuta pratisedha*) explique les procédures thérapeutiques à adopter pour ce type de cas : les incantations, les offrandes, la bonne conduite, la méditation, le savoir spirituel, la compassion, etc. Les médicaments internes et externes sont décrits en détails par la suite. Dr.Devy utilisera l'appellation «black magic» pour qualifier ces procédures thérapeutiques, avant d'ajouter que ces cas sont très rares à la GAMH. Les états mentaux de *bhootonmada* peuvent être impliqués dans les autres maladies, mais on les retrouve rarement «à l'état pur ». Lorsqu'un cas se présente, on ajoutera à la procédure habituelle le traitement par fumigation. Du *counselling* est aussi recommandé pour ces patients : on leur enseignera le courage et l'intelligence.

Les deux catégories diagnostiques les plus utilisées à la GAMH et qui reposent sur le concept des trois *dosas*, ou qui ont une «base physique», sont regroupées sous le terme générique de *doshonmada* : il s'agit premièrement d'*apasmara* et deuxièmement d'*unmada*.

La catégorie diagnostique *apasmara* est souvent traduite par épilepsie. Si Dr.Devy commente le chapitre sept (*Apasmara pratisedha*) sur le traitement de l'épilepsie, cette catégorie diagnostique n'apparaît toutefois pas dans les livres et statistiques de la GAMH³⁷. Cependant, quelques cas seront diagnostiqués comme tel lors de mon séjour à la GAMH. L'*Astangahrdayasamhita* définit et donne la pathogenèse de cette catégorie diagnostique, avant de décrire en détails les quatre types d'*apasmara* : un type *vata*, un type *pitta*, un type *kapha*, un type où les trois humeurs sont impliquées (*sannipata*). Les symptômes et les traitements pour chaque type sont ensuite donnés en détails.

³⁷ Voir la section sur l'efficacité où des statistiques des catégories diagnostiques utilisées à la GAMH sont données pour les années administratives 1998-2001.

La catégorie diagnostique *unmada*, le plus souvent traduite par folie ou insanité, est la plus utilisée à la GAMH (97,6% des cas pour l'année administrative 2000-2001). Le chapitre six (*Unmada pratisedha*) subdivise *unmada* en six types³⁸, tous liés à l'instabilité de *manas* (esprit, mind); de *buddhi* (esprit décisionnel); de *smrithi* (mémoire), de *samjna* et *jnanam*, (orientation et réceptivité), de *bhakti* (dévotion ou désir); de *seela* (habitudes), de *cheshta* (activité psychomotrice) et d'*achara* (conduite). La toxicité de l'esprit est due à la prédominance de certains *dosas* et à leur mouvement dans les mauvais canaux. Les textes décrivent aussi les «causes» qui sont associées au débalancement des *dosas* (on se rappellera qu'il y a une logique circulaire qui fait passer les causes au statut de symptôme et vice versa): les mauvaises habitudes alimentaires et hygiéniques, l'inquiétude, la tristesse, la faiblesse d'esprit, les erreurs dans les procédures de culte, les mauvaises actions, le débalancement dû à un poison. La combinaison de ces circonstances ou d'un type particulier de personne avec le débalancement des *dosas* provoquera les problèmes de santé mentale.

Les six types étiologiques regroupés sous *unmada* et liés au débalancement humoral sont les suivants:

Paithikonmada est une catégorie d'*unmada* où *pitta* est prédominant. Les symptômes qui suivent sont observables chez le patient:

- 1) Excès de parole (*abusive tongue*); 2) Colère inappropriée; 3) Attaque les autres;
- 4) Masochisme; 5) Préférence pour l'ombre; 6) Préférence pour l'eau froide;
- 7) Hallucinations visuelles; 8) Intolérance; 9) Se rue sur les autres; 10) Augmentation de la consommation de nourriture; 11) Insomnie; 12) Illusion de feu; 13) Lustre jaunâtre des yeux et de la peau.

Lorsque *kapha* est prédominant, *unmada* est de type *kaphajonmada* et les symptômes sont les suivants :

- 1) Anorexie; 2) Vomissement; 3) Lassitude; 4) Libido excessive; 5) Désir de solitude; 6) Salivation (*thick salivation*); 7) Activités nauséabondes (*obnoxious activities*); 8) Habitudes non hygiéniques; 9) Somnolence; 10) Acné (*facial*

³⁸ Certaines écoles ne comptent que cinq types : ils n'incluent pas l'insanité causée par un poison.

edema); 11) Garde le silence; 12) Désir pour la chaleur; 13) Activités stupides (*foolish activities*). On note une augmentation des symptômes après les repas et le soir.

L'autre grand type d'*unmada* survient lorsque *vata* est en déséquilibre et la catégorie diagnostique utilisée alors est *vathonmada*, pour laquelle on identifie les symptômes suivants :

1) Pleurer de façon inappropriée; 2) Crier de façon inappropriée; 3) Rire de façon inappropriée; 4) Sourire de façon inappropriée; 5) Danser de façon inappropriée; 6) Chanter de façon inappropriée; 7) Imiter des sons; 8) Tics avec les sourcils, les yeux, les doigts, les jambes, etc. ; 9) Écume au bord des lèvres (*frothy salivation*); 10) Manque de repos (*restlessness*); 11) Peu bavard (*talkativeness*); 12) Porter des ornements; 13) Faire semblant de conduire (*driving of non vehicles*); 14) Avidité pour la nourriture et la rejeter par la suite; 15) Augmentation des symptômes après la digestion; 16) Dureté du discours; 17) Haleter; 18) Fixation (*fixed look, staring*); 19) Perte de poids; 20) Craquement des jointures.

Lorsque les trois humeurs sont impliquées, la catégorie diagnostique utilisée est *sannipata*. Tous les symptômes mentionnés surgissent simultanément et le cas est considéré incurable dans plusieurs textes classiques.

Le cinquième type d'*unmada* est *aadhijonmada*; il est dû, selon les sources classiques, à un choc mental. Selon Dr.Devy, la cause étiologique principale pour ce diagnostic n'est pas liée au concept des trois *dosas*, mais plutôt à la «perte de quelque chose», à une raison émotionnelle. Elle précisera que les trois *dosas* sont impliqués dans tous les types étiologiques, mais que la raison majeure dans le cas d'*aadhijonmada* n'est pas liée au concept des trois *dosas*. Les symptômes sont les suivants :

1) Teint blême; 2) Humeur dépressive; 3) Tension mentale; 4) Évanouissements fréquents; 5) Crier de façon inappropriée; 6) Sourire de façon inappropriée; 7) Faire l'éloge des choses perdues (*praising of the lost*); 8) Chagrin; 9) Inquiétude; 10) Insomnie; 11) Manque de repos (*restlessness*).

Le dernier type d'*unmada* est *vichajonmada*, catégorie diagnostique dont les raisons sous-jacentes sont la toxicité ou la dépendance à certaines substances. Dr.Devy précisera que plusieurs personnes croient (elle précisera que c'est selon elle une croyance) qu'un ennemi a mis du poison dans les consommations et que c'est ce qui provoque la maladie. Les symptômes mentionnés sont que 1) le visage devient bleu; 2) le corps perd de sa force et ses activités sensorielles sont réduites; 3) l'esprit est instable; 4) les yeux sont rouges.

Le chapitre sur *unmada* comprend ensuite une section sur les traitements appropriés pour chaque cas (*Cikitsa*), incluant des descriptions de médications internes et externes et des conseils à l'usage des praticiens concernant leur relation avec les patients³⁹. On mentionnera quoi faire dans les cas où les procédures recommandées ne fonctionneraient pas : augmenter les doses; ajouter le traitement *ajena* (pâte dans les yeux); nourrir l'esprit en donnant au patient de la joie et en le soulageant de ses inquiétudes par la parole; utiliser la thérapie par le choc (non-utilisée à la GAMH).

Le chapitre conclut en donnant les caractéristiques de la personne qui n'est pas affectée par *unmada* : Une personne avec un esprit fort qui ne consomme ni viande ni alcool, qui mange sainement et qui maintient une propreté du corps physique et mental. Le commentaire de Dr.Devy explicitera et complètera ces *sutras* en mentionnant la nécessaire propreté du corps, du discours, et du travail, le calme, la patience et le courage.

◆ Le travail sur les *dosas* :

Le *panchakarma* est au cœur de l'approche thérapeutique de la GAMH : tous les patients, à quelques exceptions près, suivront ce traitement lors de leur séjour à l'hôpital, et ce quel que soit le diagnostic⁴⁰. Le traitement vise clairement à

³⁹ Le traitement tel qu'il est pratiqué à la GAMH sera élaboré plus loin.

⁴⁰ Les médicaments diffèrent mais la procédure du traitement est la même.

rétablir l'équilibre des *dosas* V-P-K⁴¹, même si l'on mentionne le travail à faire sur les *gunas*, ou *manodosas* :

« La classification des différents types d'*unmada* dans les textes classiques est basée sur le concept des trois *dosas*. Bien que *rajas* et *tamas* soient décrits comme des *manodosas*, équilibrer les trois *dosas* [physiques] pacifie les maux causés par *rajas* et *tamas*. Aucun problème de santé n'échappe au concept des trois *dosas*.» (Dr.Devy, 2002 : 1. Traduction libre.)

Cette citation extraite d'un article rédigé par Dr.Devy est confirmée lors d'une entrevue avec Dr.Ragunath :

«Les *gunas* sont à la base de toute la philosophie indienne. Dans l'ayurvéda aussi. Mais pour la pratique, nous ne pouvons pas les utiliser. On utilise les *dosas* et les *buthas*. Mais la théorie sous-jacente est qu'en purifiant le corps, l'esprit devient calme. *Pouvez-vous jouer avec les gunas à travers la thérapie panchakarma?* Le *panchakarma*, c'est la ligne de traitement. La théorie, c'est que quand le corps est purifié, l'esprit est clame et le médicament est plus efficace. [...] Mais on peut utiliser les *gunas* dans la psychiatrie.» (Dr.Ragunath, traduction libre.)

«*Comment les gunas sont-ils utilisés dans la psychiatrie?* Les *gunas* ont des propriétés cosmiques. Les manifestations de ce monde ne se font seulement qu'à partir des *gunas*. La création, c'est *rajas*; la maintenance, c'est *satva*; la réduction, c'est *tamas*. C'est la même chose pour le métabolisme : l'anabolisme, c'est *rajas*; la maintenance, c'est *satva*; le catabolisme, c'est *tamas*. C'est la même chose pour les comportements, pour la nourriture, pour les actions. C'est écrit dans la *Bhagavad Gita*. Mais en ayurvéda, nous ne pouvons pas utiliser cela. Selon les concepts ayurvédiques, les comportements sont divisés en trois. [...] Le but de la psychiatrie, c'est de d'augmenter la qualité *satvic*.» (Dr.Ragunath, traduction libre.)

On comprend donc que si les *gunas* sont inutilisables dans le traitement *panchakarma*, ils sont au cœur de la thérapie dite psychiatrique, ou comme nous le verrons plus loin, du *counselling* utilisé à la GAMH. Les informateurs insisteront néanmoins sur le lien indissociable entre *dosas* et *gunas*, ou entre le travail sur le corps et le travail sur l'esprit :

⁴¹ Voir plus loin la section sur le traitement à la GAMH où l'on décrit le traitement *panchakarma* en détail.

«Quand le corps devient pur, les maux disparaissent non seulement du corps, mais aussi de l'esprit par la purification *panchakarma* (*sodhana panchakarma*) et l'esprit du patient *unmada* devient plaisant.» (Dr.Devy, 2002 : 2. Traduction libre.)

Outre cette explication théorique recensée dans la publication de Dr.Devy, la relation entre corps et esprit m'était expliquée par les informateurs en utilisant l'image récurrente du pot et du ghee (beurre clarifié):

« Le corps et l'esprit sont comme le ghee et le pot. Si l'on met du ghee chaud dans le pot, le pot devient chaud. Si l'on met de ghee froid dans un pot chaud, le ghee devient chaud. Le corps est le pot et le ghee est l'esprit. Si l'esprit est chaud, le corps obtient la chaleur de l'esprit. Lorsque le corps est chaud, l'esprit l'est aussi. Si une maladie est dans l'esprit, elle est dans le corps aussi.» (Dr.Devy, traduction libre.)

En se référant à la *Caraka Samhita*, l'article de Dr.Devy expliquera ainsi l'effet du traitement sur les *dosas* : le physicien purifie le système en éliminant le matériel non-désiré (*malas*), apaise les facultés qui sont affectées et finalement élimine la cause originelle du problème. Dans l'approche présentée par Dr.Devy, c'est donc le traitement sur le corps qui permet d'obtenir l'effet de balance :

«Nous éclaircissons l'esprit, nous le purifions. Après le *panchakarma*, le corps est purifié, et ça induit la clarté de l'esprit. À travers le corps. Pour la purification de l'esprit, il y a le *counselling*, le yoga⁴². [...] Mais le yoga vient après. S'ils ne peuvent pas comprendre, ils ne peuvent pas faire de yoga. Après ce traitement, l'esprit est clair, ils peuvent comprendre, ils peuvent se concentrer. » (Dr.Devy, traduction libre)

On voit ici que c'est par le traitement du corps qu'on obtient le bien-être de l'esprit. Dans une autre entrevue, commentant les textes classiques, Dr.Devy réexpliquera : «Après le traitement, le corps (*deham*) est purifié, puis *prasadam mana*. L'esprit est heureux.» C'est le travail sur les *dosas* qui a des répercussions sur le balancement des *gunas*, alors que dans l'approche du camp de yoga clinique, c'est le travail sur les *gunas* qui a des répercussions sur le corps. Une opposition qu'on s'empresse cependant de nuancer :

⁴² Pour agir sur l'esprit, ou sur *satvabalam* (*balam* signifie force, donc la force de *satva*, traduit par courage ou détermination), Dr.Devy mentionnait aussi le *medhya*, un médicament pour nourrir l'esprit, qui augmente le *willpower* et la vigueur mentale.

«Est-ce qu'il serait vrai de dire qu'à l'hôpital on travaille sur les *dosas*, et qu'au camp de yoga on travaille sur les *gunas*? À l'hôpital, on travaille sur les *dosas*. Mais *vata* est lié à l'esprit. C'est pourquoi ils font le traitement *sneapana* [traitement au beurre clarifié] à tout le monde. Ça calme le corps, et ça a un effet sur l'esprit. Le yoga suit un processus inverse. [À la GAMH] on travaille sur le corps, et ça affecte l'esprit. Mais il y a des exceptions. Le yoga enseigne des exercices qui sont bons pour le corps. À l'hôpital, le sourire du docteur travaille sur l'esprit. Mais on ne peut pas demander à un patient schizophrène de faire des *asana* [des postures de yoga]. L'hôpital aide à purifier l'esprit. Après, ils peuvent faire du yoga.» (K.Moorty, enseigne les principes de base de l'ayurvéda au Collège Ayurvédique de Kottakkal, traduction libre.)

Si on insiste pour ne pas dichotomiser le corps et l'esprit, ou les *dosas* et les *gunas*, on voit tout de même que selon le contexte clinique, l'importance est accordée à l'un aspect plutôt que l'autre.

4.2. L'appropriation de différents registres

Cette étude ne se veut pas une étude comparative des différents discours et différentes pratiques ayurvédiques contemporaines. Il importe toutefois de bien mettre en évidence l'hétérogénéité interne de l'ayurvéda. Si les praticiens appuient leurs discours ou pratiques sur la littérature classique, et se font souvent un devoir ou un honneur d'être les plus fidèles possible aux textes⁴³, un espace de jeu considérable est mis à leur disposition pour mettre en acte cette théorie vu la richesse de la littérature classique. Il importe donc de ne pas voir ce système de médecine comme un tout monolithique, et cela même si une phénoménologie ayurvédique et un métalangage encadrent les discours et pratiques contemporaines.

Lors de la discussion théorique, nous verrons que les travaux de Zimmermann nous éclairent sur la logique paradigmatique des textes classiques qui permet aux praticiens (par exemple grâce à l'ambiguïté de la catachrèse qui fait glisser

⁴³ Il est à noter que ce devoir de fidélité aux textes est accompagné d'un discours sur la nécessaire modernisation de l'ayurvéda.

implicitement les causes et les symptômes) de jouer de leur savoir pour faire face à des cas cliniques concrets et mettre en acte la théorie classificatoire à facettes de l'ayurvéda. De même, la richesse de la littérature ayurvédique classique et la logique du commentaire permettent aux praticiens de choisir dans le répertoire classique certaines sections, ou certains *sutras*, selon le contexte de la pratique, pour mieux appuyer leurs discours et pratiques. On a vu que Dr.DilipKumar utilise principalement la théorie des *gunas*; que le *vaidya* de *Poonkutil* base sa pratique sur la relation patient / praticien et sur la combinaison de la logique et du métaphysique; et que la pratique de Dr.Devy et Dr.Ragunath à la GAMH se base sur la théorie des trois *dosas*. Tous ces idiomes ayurvédiques s'appuient sur la littérature classique.

Il est à noter que «l'aspect contextuel» comme trait caractéristique de la culture pan-indienne a certainement un pouvoir explicatif dans ce phénomène de mise en acte diversifiée. En nous appuyant sur la thèse de Ramanujan et son concept de *context-dependency*, il nous est en effet possible de penser que l'absence de règles normalisantes ou universalisantes puisse être liée à cette diversité dans la mise en acte. Il nous faut toutefois noter que Halliburton a observé une érosion de cette dépendance contextuelle, qui est selon lui liée au phénomène de la modernisation ou de l'institutionnalisation de l'ayurvéda⁴⁴.

⁴⁴ Ramanujan, 1989; Halliburton, 2000.

5. Les idiomes ayurvédiques de la *Government Ayurvedic Mental Hospital*

5.1. Le discours officiel des praticiens de la GAMH sur le traitement et son efficacité

Lors des entrevues formelles avec les praticiens de la GAMH, qui visaient à élucider leur savoir théorique, nous pouvions aisément repérer l'idiome ayurvédique dominant : les praticiens utilisaient abondamment les explications humorales pour parler de l'étiologie, du diagnostic, du traitement, etc. D'autres idiomes étaient néanmoins utilisés qui venaient complexifier leurs discours et pratiques.

5.1.1. Les traitements

Si ce n'est évidemment pas mentionné dans les textes classiques, la pratique à la GAMH comporte un volet primordial, et ce dès l'admission du patient : décroître graduellement la consommation de médicaments allopathiques. La plupart des patients ont en effet consulté un praticien allopathique avant l'admission à la GAMH et consomme en moyenne six ou sept types de médicaments. D'autres, au passé médical plus lourd, consomment dix types de médicaments, en plusieurs doses, ce qui donne un compte pouvant aller jusqu'à 30 pilules quotidiennement. L'aspect graduel de la diminution de médicaments allopathiques est donc essentiel pour éviter les effets de sevrage trop prononcés, mais néanmoins inévitables dans certains cas (mentionnons entre autres le parkinson et la rigidité musculaire). Selon le cas, il peut prendre de quelques jours à quelques mois pour cesser complètement la consommation de médicaments allopathiques.

Le sevrage permet de constater chez les patients des changements de symptômes notables. En effet, dans les cas de patients ayant consulté un praticien allopathique avant l'admission à la GAMH (la plupart d'entre eux), les symptômes principaux (en termes ayurvédiques) ne sont pas visibles :

«Pouvez-vous me parler de l'évolution des symptômes au cours du traitement, par exemple quand ils arrivent à l'hôpital et qu'ils

prennent beaucoup de médication allopathique, les symptômes sont-ils différents? On ne peut pas voir les symptômes majeurs au premier regard. La plupart des patients qui arrivent prennent des médicaments allopathiques. Au premier regard, on ne peut pas diagnostiquer les symptômes. On ne peut pas diagnostiquer la maladie. Pour la plupart des patients, on diminue la dose [de médicaments allopathiques], et quand on arrête, soudainement le patient devient très agressif. On pose le diagnostic, et on sait quels sont les symptômes et on demande aux proches quels étaient les symptômes au début.» (Dr.Devy, traduction libre.)

Les nouveaux symptômes qui apparaissent lors de la diminution graduelle de médicaments allopathiques permettent ainsi de bien diagnostiquer le problème en terme ayurvédique.

Les praticiens de la GAMH soutiendront que plusieurs patients / familles demanderont l'admission à la GAMH parce qu'ils craignent (ou veulent cesser) les effets secondaires des médicaments allopathiques⁴⁵. La prise de médicaments allopathiques est perçue négativement par les praticiens⁴⁶, et cette image négative est sans doute saisie par les patients / familles qui souvent, lorsqu'ils demandent une admission, clament ne pas consommer de médicaments allopathiques alors qu'ils n'ont cessé la consommation que la veille de la visite à la GAMH. Après quelques jours de traitements, les effets de sevrage se font sentir et la famille est plus encline à discuter l'itinéraire thérapeutique du patient. Aussi, certaines familles camouflent ou sont évasives quant aux doses réelles de médicaments allopathiques administrées.

⁴⁵ Outre la crainte des effets secondaires, les membres de la famille du patient critiquaient aussi les praticiens allopathiques sur la base du fait qu'ils ne parlaient pas beaucoup aux patients et ne faisaient que prescrire.

⁴⁶ Il est important de noter que c'est la consommation abusive de médicaments allopathiques pour les cas de problèmes de santé mentale qui est mal perçue, et non pas le système de médecine allopathique en tant que tel. Au contraire, mes informateurs avaient un discours très ouvert au pluralisme médical et voyaient très bien la nécessité d'avoir recours à l'allopathie dans certains cas.

Cette consommation de médicament allopathique est cependant parfois nécessaire pour contrôler les crises : quelques cas se sont présentés lors de mon séjour à la GAMH où des patients agressifs durent quitter l'hôpital pour aller dans un centre allopathique recevoir une injection. Certains patients durent aussi, en cours de traitement, recevoir des injections pour pallier au retrait des médicaments allopathiques.

Dès l'admission à la GAMH, des médicaments internes ayurvédiques sont distribués aux patients. La Poudre Spéciale (tableau II) est distribuée systématiquement aux patients en consultation externe de même qu'aux patients admis à la GAMH, dans ce dernier cas en dose plus élevée. Le but recherché est de nettoyer les canaux avant le traitement *sneapana* (traitement au beurre clarifié), d'augmenter la puissance d'*agni* (le feu digestif) et de clarifier *koshta* (la voie intestinale). Le patient prendra la poudre matin et soir pendant quelques jours, jusqu'au traitement *sneapana* pendant lequel toutes les prises de médicaments doivent cesser. Le patient reprendra cette poudre plus tard dans le processus du traitement. La poudre a un effet immédiat sur les patients plus agressifs.

TABLEAU II : COMPOSITION DE LA POUDRE SPÉCIALE

<u>Nom Sanskrit</u>	<u>Propriété</u>	<u>Nom latin</u>
Serpagandhi	Sédatif	Rauwolfia serpentina
Gokshura Choornam	Diurétique	Tribulus terrestris
Swethasanghupusha	Tonic pour le cerveau	Clitoria ternatta

Une autre poudre, laxative, est donnée systématiquement aux patients après l'admission, en vue de faire une légère purgation (*mild virecana*) avant d'entamer le processus qui mène au *panchakarma*. D'autres médicaments internes sont administrés, tels des comprimés pour clarifier l'esprit (*manas-vitra-vataka* ou

«mind-friend-pill»; *medya* ou «brain nourisher»), des comprimés pour dormir, des alcools médicamenteux, etc⁴⁷.

Avant le *panchakarma*, on doit effectuer des étapes préparatoires et auxiliaires, soit *sneapana* et *svedana*. Le traitement *sneapana* consiste à administrer de façon orale des doses exponentielles de *ghee* (beurre clarifié) aux patients pour une durée de sept jours. La première dose est de 60 ml, la deuxième dose de 120 ml, 180 ml, etc. Le *ghee* est médicamenteux, et les ingrédients diffèrent selon le cas clinique. Le *ghee* est pris tôt le matin, à jeun. La prise de médicament doit être complètement arrêtée pendant cette période (à l'exception des médicaments allopathiques si cela est nécessaire), et la diète est très stricte : seulement du *kandhji*⁴⁸ est permis. Durant toute la durée du *sneapana*, seulement de l'eau chaude doit être utilisée, pour la toilette tout comme pour la consommation. Le patient ne doit pas marcher au soleil, doit s'étendre et se reposer (pour une meilleure digestion), mais sans dormir. Ces recommandations à faire et à ne pas faire se nomment en sanskrit *pathya* et *apathya*. Les textes classiques les décrivent pour chaque étape du traitement.

Le traitement *sneapana* augmente *kapha* et procure de bons résultats dans les cas de *paithikonmada*. Dans son article sur les effets du traitement *panchakarma* sur les patients diagnostiqués *paithikonmada*, Dr.Parvathee Devy écrit :

« Les patients *paithikonmada* sont de nature agressive et sont très difficiles à gérer. Ils sont plus réticents à prendre les médicaments et à se soumettre aux procédures thérapeutiques. Certains des patients essaient de déjouer les médecins en donnant de fausses réponses concernant leur appétit, leur vessie et leurs habitudes intestinales, etc. À mesure que la dose de *ghee* donnée pour le *sneapana* augmente, les patients deviennent mélancoliques et leur tendance à l'agitation diminue de façon significative.» (Dr.Devy, 2002 : 4. Traduction libre.)

Après deux jours de repos, le traitement *svedana* consiste à donner un bain de vapeur aux patients (à 15h30, un seul traitement). Le patient est d'abord enduit de

⁴⁷ Voir la charte des médicaments en annexe.

⁴⁸ Soupe faite à partir de riz cassé et son eau de cuisson.

pindathailam (*thailam* signifie « huile » en sanskrit) et enveloppé dans une couverture. Puis, on envoie sous la couverture de la vapeur chaude jusqu'à ce que le patient salive de façon excessive (une durée approximative de 15 minutes). Le patient doit ensuite se reposer sans dormir pour quelques heures. Ce traitement vise à expulser les *malas*, ou les résidus.

Ces étapes préliminaires à la purification *panchakarma* aident au libre mouvement des *dosas* en les liquéfiant et en dilatant les canaux de circulation, ce qui aide à la transportation des *dosas* dans les voies alimentaires («alimentary tract»).

Le *panchakarma*, c'est-à-dire «cinq travaux» en sanskrit, comprend, je le rappelle, *vamana* (vomissement suite à l'ingestion de *buttermilk*, non-effectué à la GAMH vu le manque de collaboration des patients), *virecana* (purgation), *nasya* (nettoisement nasal), *nirooha* (lavement avec des décoctions), et *anuvasana* (lavement avec des huiles)⁴⁹. Les cinq travaux visent des actions différentes.

Virecana, la purgation, est effectuée grâce à l'ingestion de *aripati choornam* (*choornam* signifie « poudre » en sanskrit) : 15 mg de cette poudre est mélangé avec de l'eau chaude est ingéré à 6h am. Le traitement dure une journée et est fait systématiquement après les étapes préparatoires, comme première étape du *panchakarma*. Il est aussi parfois effectué dès l'admission dans les cas de patients agressifs, habituellement diagnostiqués *paithikonmada*⁵⁰, et avant *sneapana* si les intestins sont bloqués («if the path is not clear»). Suite au traitement, l'estomac est nettoyé et le surplus de *pitta* risque d'avoir été éliminé du corps. Les symptômes du patient sont ainsi réduits, spécialement en ce qui concerne le caractère agressif de certains patients.

⁴⁹ Les cinq travaux varient selon les écoles. On inclut parfois *rasana* (écoulement de sang); on regroupe parfois sous le terme *vasti* les deux types de lavement.

⁵⁰ Dans les textes classiques, *virecana* est spécialement recommandé pour les patients *paithikonmada*. Les praticiens de la GAMH soutiennent aussi que c'est en pacifiant *pitta* par la purgation que le caractère colérique est pacifié. En effet, dans son étude sur l'effet du traitement *panchakarma* sur les patients diagnostiqués *paithikonmada*, Dr.Devy écrit : « L'effet immédiat de *virecana* pour le soulagement des symptômes de problèmes mentaux est une expérience quotidienne de la pratique. » (Dr.Devy, 2002: 2. Traduction libre.)

Nirooha (lavement avec des décoctions, ou *kashayavasti*), et *anuvāsana* (lavement avec des huiles, ou *sneavasti*) sont regroupés sous le terme *vasti*. En alternant les deux types de lavements, on obtient plusieurs variantes du traitement *vasti*. À la GAMH, C'est le *yogavasti* qui est effectué, c'est-à-dire huit jours de lavements, en alternant comme suit (H pour lavement avec des huiles; D pour lavement avec des décoctions) : O-O-D-O-D-O-D-O. La décoction utilisée pour *nirooha* comprend du miel, du sel, de l'huile médicamentée, une pâte médicamentée, et une *kashaya* ou alcool médicamenté. Pour ce qui est du lavement *anuvāsana*, seule une huile médicamentée est utilisée.

À 9h30 am, le patient se rend dans le théâtre *panchakarma* et applique de l'huile partout sur son corps et sa tête. Il s'étend sur le côté, et le préposé lui demande de parler afin de diverger son attention et de décontracter les muscles *anaux*⁵¹. Le préposé insère alors dans l'anus un tube relié à un réceptacle contenant la décoction ou l'huile. Le liquide est rejeté par le patient par voie anale quelques minutes seulement après le traitement. Les lavements à base de décoctions et d'huiles visent à éliminer l'excès de *vata*, ou à contrôler *vata*.

Pour le traitement *nasya*, le patient reçoit un bain de vapeur de quelques minutes, puis s'étend sur le dos. Un membre de la famille tiendra les pieds du patient pour l'empêcher de bouger, et un employé de la GAMH lui tiendra la tête, tout en versant alternativement dans chaque narine quelques gouttes de *viwaldi*, mélangé avec du poivre et de la moutarde. Le patient devra ensuite respirer par le nez et rester allongé quelques minutes, alors que quelqu'un lui masse le visage. Ensuite, on lui frotera vigoureusement les pieds et les mains. Le traitement a lieu à 15h30, et dure de 3 à 7 jours selon le cas.

La médication nasale agit comme un purificateur de la tête, le lieu principal des facultés sensorielles. On appelle aussi ce traitement *shirovirecana*, c'est-à-dire purgation de la tête, et qui induit la clarté de l'esprit : « La clarté des facultés

⁵¹ Si les textes sacrés présentent deux types de *vasti*, soit un qui utilise le canal urinaire ou vaginal, et l'autre qui utilise le canal anal, seul ce dernier type est utilisé à la GAMH.

(*Indriya Prasada*) générée par la médication nasale mène aussi à la clarté de l'esprit.» (Dr.Devy, 2002 : 2. Traduction libre.)

Le traitement nasal aide à éliminer les symptômes d'apathie; il est efficace dans les cas de dépression, où un *nasyam* très fort est effectué pour changer l'état d'esprit du patient; il est efficace dans les cas de *kaphajonmada* et d'*aadhijonmada*, et pour tous les maux « au-dessus de la tête ».

Suite au *panchakarma*, un traitement *shamana*, ou pacificateur, est effectué : cette phase comprend la prise de médicaments internes, des applications d'huile sur la tête et sur le corps, ainsi que d'autres traitements tels *pichu*, *shirolepa*, *takradhara*, qui visent à rafraîchir des patients qui souvent se plaignent que la tête est chaude. Par contre, pour les patients pour qui le sevrage de médicaments allopathiques est assez long, on doit souvent modifier l'ordre des traitements et faire la pacification avant la purification, le traitement *sneapana* ne pouvant être combiné à la prise de médicaments allopathiques.

Le traitement *pichu* consiste d'abord à appliquer de l'huile sur la tête des patients. Dans le cas des patients hommes, on a préalablement rasé les cheveux pour permettre une meilleure application de l'huile. Un drap de coton percé au centre est ensuite attaché de façon très serrée sur la tête du patient, et de l'huile *mahachandanathi* (à base de bois de santal) est versé sur la tête, dans l'espace laissé vide par le coton.

Ce traitement est fait à 15h30, pour une durée de 14 jours. Il est effectué avant le *panchakarma* dans les cas de patients devant être sevrés des médicaments allopathiques ou refusant de boire le ghee, et après le *panchakarma* dans les cas de patients n'ayant pas de résultats satisfaisants avec le *panchakarma*. Ce traitement est reconnu avoir un effet refroidissant et calmant dans les cas de patients *paithikonmada*.

Pour le traitement *shirolepa*, on applique d'abord une huile sur la tête (rasée dans le cas des patients hommes), sur la nuque et sur les épaules du patient. On applique ensuite sur le dessus de la tête une pâte médicamenteuse (*amla*, *buttermilk*, *goologe* ou *tenospora cordifolia*) qui ressemble à de l'argile. Après avoir bien appliqué la pâte, on couvre la tête d'une feuille de bananier, qu'on attache serrée autour de la tête avec une corde, et qu'on recouvre ensuite d'huile.

Le patient reçoit ce traitement vers 15h30, et doit conserver ce «chapeau» quelques heures. Le traitement dure habituellement 14 jours. L'effet recherché est encore une fois un *cooling effect*, plus rafraîchissant encore que le traitement *pichu*. Ce traitement sera fait, lorsque les ingrédients sont disponibles, avant le *panchakarma* si le patient ne collabore pas pour le *sneapana* (traitement avec le beurre clarifié) ou s'il est agressif; après le *panchakarma* si on n'obtient pas les résultats escomptés.

Takradhara est un traitement dont les coûts doivent être assumés par les patients et leurs familles, ce qui limite le nombre de patients ayant recours à cette technique *shamana* (pacificatrice). Les membres de la famille proche du patient doivent préparer eux-mêmes la recette, qui comprend du *buttermilk* médicamenteux⁵², de la moutarde et une décoction d'*amla* (nom commun *gooseberry* ou nom latin *cyperus rofundus*).

Le traitement doit être fait pour une durée de 7 jours ou un multiple de sept. Le traitement à la GAMH a lieu à 10h am. Le patient se rend alors dans le *Panchakarma Theatre* avec un membre de sa famille et s'étend sur le dos dans le lit de traitement. Un réceptacle troué est situé au-dessus de sa tête pour laisser écouler le mélange sur son front. Un trou dans le lit thérapeutique permet de recueillir le mélange, qui est réutilisé et reversé dans le réceptacle. La substance est donc continuellement appliquée pendant près d'une heure sur le front du patient (avec l'aide manuelle d'un préposé de l'hôpital et d'un membre de la

⁵² *Takradhara* peut parfois être fait avec de l'huile plutôt que du *buttermilk*. Ce substitut est utilisé dans les cas de troubles obsessionnels ou compulsifs.

famille pour les remplissages) qui a les yeux fermés et a préalablement été enduit d'huile.

L'effet recherché est un *cooling effect*, pour refroidir la tête⁵³. Les patients se plaignent souvent en effet que « the head is very hot ». Ce traitement est efficace dans les cas de patients agressifs, pour les patients diagnostiqués *paithikonmada*, pour les patients qui n'ont pas d'amélioration suite au *panchakarma*.

Le traitement *ajena* est un traitement qui peut être fait à n'importe quel moment dans le processus du *panchakarma*, pour que le patient « se sente frais » (feel more fresh). Il s'agit d'appliquer sous la paupière du bas de l'œil une pâte à base de *goologe* et de *viwaldi*, pour une durée de trois jours. L'effet est comparé à recevoir de la poudre de chili dans les yeux. Habituellement, les yeux s'emplissent d'eau et le patient se débat. L'effet est tout aussi bien local (les yeux sont refroidis et cela aide dans les cas d'hallucinations visuelles) que général (on utilise ce traitement dans les cas de dépression chronique, de *kaphajonmada*, d'*aadhijonmada*, de coma, de délire, d'état de semi-conscience, lorsque le traitement précédent a échoué). En terme ayurvédique, *ajena* aide à éliminer l'excès de *kapha*.

La fumigation, ou *doopana*, peut aussi être fait à n'importe quelle étape du *panchakarma*. Le traitement est fait le matin, et consiste à faire respirer des vapeurs à un patient. Le mélange est complexe et comprend plusieurs drogues. Une fois déposé dans un contenant, le médicament est brûlé, et le patient, dont on a recouvert la tête d'un drap, doit inspirer les vapeurs quelques minutes. Ce traitement vise à éliminer l'excès de *kapha* et à alléger la tête, le nez étant le meilleur accès à la tête. Ce traitement est plutôt rare à la GAMH : il est utilisé dans les cas de *boothonmada* ou de *vata-kaphajonmada*.

⁵³ Dr.Devy notait d'ailleurs que ce traitement était supprimé l'hiver, vu les coûts élevés du traitement.

Dans certains cas, il faut, avant de procéder à la ligne de traitement habituelle, traiter d'abord d'autres problèmes physiologiques. Par exemple, un patient asthmatique ne peut suivre la procédure thérapeutique habituelle. Il faut d'abord diminuer les crises asthmatiques du patient, et un traitement tel que *pichu* ne peut être effectué tant que le problème d'asthme ne s'est pas résorbé :

«Le traitement mental peut être effectué seulement quand le corps est bien et en bonne forme. Avec de l'asthme, le traitement pourrait être dangereux. Il faut d'abord se débarrasser de l'asthme ou d'un autre problème.» (Étudiant d'internat, traduction libre.)

D'autres traitements parallèles étaient aussi fait à la GAMH, mais qui ne nuisaient pas à la procédure thérapeutique habituelle, par exemple les traitements pour les éruptions cutanées ou la décoloration de la peau.

5.1.2. Les critères d'efficacité

La question de l'efficacité du traitement est évidemment relative selon les critères retenus. Cependant, elle sera ici abordée selon les critères des praticiens de la GAMH. On a vu que le fait que la consommation de médicaments allopathiques soit abondante et de longue durée est considéré comme un obstacle à la bonne marche de la thérapie ayurvédique. Le thème de l'efficacité était aussi souvent abordé par les praticiens sous l'angle diagnostique, c'est-à-dire qu'on attribue plus d'efficacité aux traitements dans les cas de diagnostic *paithikonmada*. Ce diagnostic étant celui ayant le plus haut taux d'incidence à la GAMH (tableau III et IV), c'est aussi pour cette catégorie diagnostique que des études spécifiques sur l'effet de la thérapie *panchakarma* ont été menées par les praticiens de la GAMH.

TABLEAU III : STATISTIQUES DES CATÉGORIES DIAGNOSTIQUES DE LA GAMH POUR LES ANNÉES ADMINISTRATIVES 1998-2000

	V	P	K	A	Autres	Total
Patients	170	219	78	86	19	572
%	29.72	38.29	13.64	15.03	3.32	100
Légende :						
V = <i>Vathonmada</i>						
P = <i>Paithikonmada</i>						
K = <i>Kaphajonmada</i>						
A = <i>Aadhijonmada</i>						

TABLEAU IV : STATISTIQUES DES CATÉGORIES DIAGNOSTIQUES DE LA GAMH POUR L'ANNÉE ADMINISTRATIVE 2000-2001

	V	P	K	A	Autres	Total
Patients	79	85	29	45	10	248
%	32	34	12	18	4	100

Légende :
V = *Vathonmada*
P = *Paithikonmada*
K = *Kaphajonmada*
A = *Aadhijonmada*

Pour l'année 2000-2001, le détail des diagnostics «autres» est le suivant : quatre patients (1,6%) *madathyayam* ou dépendants de certaines substances néfastes; trois patients (1,2%) souffrant d'alzheimer; un patient (0,4%) souffrant de retard mental; deux patients (0,8%) *grahabahadu*, ou saisis par un esprit.

Parmi tous ces patients, 72 (30%) sont considérés dépressifs. Ils sont habituellement regroupés sous les catégories diagnostiques *kaphajonmada* et *aadhijonmada*. Du nombre total de patients, 163 (66%) sont des hommes, et 85 (34%) sont des femmes. La répartition d'âge est indiquée au tableau V.

TABLEAU V : RÉPARTITION D'ÂGE DES PATIENTS ADMIS LORS DE L'ANNÉE ADMINISTRATIVE 2000-2001

Âge	No patients	%
10-20	29	10
20-30	91	37
30-40	74	30
40-50	31	13
50-60	13	6
60 et plus	10	4
Total	248	100

S'inspirant des statistiques des dernières années à la GAMH, Dr.Devy s'appliqua à suivre de plus près les patients diagnostiqués *paithikonmada* : 50 patients entre 16 et 60 ans présentant huit symptômes sur les 12 retenus pour la catégorie diagnostique *paithikonmada*, et cela dans des proportions assez sévères, c'est-à-dire au moins un compte de deux sur une échelle de quatre. Dans son article cité ci-dessus, *A Study On the Effect of Panchakarma Therapy In Paithikonmada*, Dr.Devy donne une explication du traitement et quantifie à 47 sur 50 les patients pour lesquels le compte a été réduit à moins de 21. Dix-huit patients qui présentaient une sévérité modérée virent leurs symptômes complètement éliminés (Dr.Devy, 2002 :4).

La plupart des patients qui ont été préalablement admis reviennent pour un suivi une fois par mois et renouvellent alors leurs prescriptions. Selon Dr.Devy, de trois à quatre % des patients reviennent pour un second traitement. Il est cependant impossible de savoir l'effet à long terme du traitement pour les autres, c'est-à-dire ceux qui ne reviennent jamais à la GAMH.

Lors des entrevues, Dr.ParvateeDevy mentionnait que selon son expérience pratique⁵⁴, l'effet sur les patients diagnostiqués *paithikonmada* était plus que clair, comparativement à l'effet observé sur d'autres diagnostics. Lors de l'admission, les patients *paithikonmada* sont généralement agressifs. La première étape du traitement consiste à faire deux ou trois purgations une à la suite de l'autre (*virecana*). Après quelques jours, le patient devient calme et moins agressif. On procède ensuite à l'étape de pacification, ou *shamana*, soit avec un traitement pichu ou *shirolepa*. On voit des résultats notables après cinq ou six jours. On procède ensuite à *sneapana* et on enchaîne avec la suite du *panchakarma*. Le patient diagnostiqué *paithikonmada* est donc soulagé, explique Dr.Devy, après environ deux semaines de traitement. Ces cas sont plus faciles, car les effets sont clairement identifiables : le patient devient calme. Les résultats sont moins évidents dans les cas de *kaphajonmada* et *aadhijonmada* :

⁵⁴ «Ce n'est pas dans les textes, mais je sais par expérience.» (Dr.Devy, traduction libre.)

« Il est plus difficile de guérir (to cure) *kaphajonmada* ou *aadhijonmada*. C'est plus difficile parce que les patients *kaphajonmada* ou *aadhijonmada* sont plus souvent dépressifs. Parfois, ils ne peuvent pas parler et ils ne font rien et n'écoutent pas, etc. C'est plus difficile dans ces cas. On peut facilement remarquer les changements dans les cas de *paithikonmada*, parce que lors de l'admission ils sont très agressifs et qu'après quelques temps ils deviennent calmes et on peut voir clairement les changements dans les cas *paithikonmada*. Mais dans les cas *kaphajonmada* ou *aadhijonmada*, on ne peut pas voir de changements soudains. » (Dr.Devy, traduction libre.)⁵⁵

Selon Dr.Devy, les cas d'*aadhijonmada* sont particulièrement difficiles à traiter. Si la thérapie donne de bons résultats après quelques semaines, le retour à l'environnement risque de révéler que « la tristesse est toujours dans le cœur » et les patients alors « se souviennent ». Ce type de patient doit souvent revenir à la GAMH pour un ou d'autres traitements.

Certains traitements spécifiques du processus employés à la GAMH étaient réputés avoir une efficacité notable. Certains étudiants disaient avoir vu des changements significatifs après la seule utilisation de la Poudre Spéciale. Des patients agressifs et violents avaient été contrôlés avec des purgations répétées. Dr.Devy notait aussi, comme nous l'avons vu dans son article, que le traitement *sneapana* (traitement au beurre clarifié) avait un effet immédiat sur l'agitation du patient.

Lors de mon séjour à la GAMH, Dr.Devy avait entrepris, avec l'aide des étudiant(e)s d'internat, de noter les changements pour chaque patient après chacune des phases du traitement. Les résultats ne sont malheureusement pas disponibles. On notera tout de même que les traitements qui étaient le plus souvent mentionnés lorsqu'il s'agissait de discuter de leur efficacité semblaient

⁵⁵ L'expérience pratique de Dr.Devy était réfutée théoriquement par un étudiant d'internat. Selon la théorie, m'expliquait-il, *kaphajonmada* est la catégorie diagnostique la plus facile à traiter parce que *kapha* est le premier *dosa* à être perturbé, avant d'atteindre les stades de *vata* et *pitta*.

être ceux qui procuraient un effet immédiatement repérable, ceux qui changeaient de façon significative la symptomatologie du patient⁵⁶.

Outre la catégorie diagnostique et le type de traitement, les discussions au sujet de l'efficacité incluaient aussi les thèmes de la sévérité et de la fatalité. Si les textes classiques suggèrent d'abandonner certains types de patients considérés incurables, la pratique contemporaine telle qu'observée à la GAMH n'a jamais recours à cette catégorie « d'incurabilité ». On mentionnera cependant que la sévérité et la durée de la maladie ont un rôle important à jouer dans l'efficacité du traitement. En effet, Dr.Devy dira que si la maladie est fraîche («disease is fresh»), le traitement sera plus efficace. S'il n'y a qu'une légère déviation de la normale, il est plus facile de ramener l'équilibre. Dans ces cas, les patients parfois savent que quelque chose ne va pas (alors que la plupart des patients nient leur condition).

5.1.3. Au-delà de la rhétorique des humeurs

Outre l'aspect logique, en terme de théorie des humeurs, le côté mystérieux, accidentel ou insaisissable des problèmes de santé mentale était aussi exprimé par les informateurs. Au dire de Dr.Devy, lorsque le praticien prend conscience du mieux-être de ses patients, il vit un sentiment indescriptible. Le sentiment que procure l'efficacité d'un traitement et qui aide le patient à redevenir calme est un sentiment très différent de ce que le praticien peut ressentir après un soulagement physique de son patient. Les étudiants, pour leur part, se référaient aux textes classiques pour mentionner que «le médecin qui peut traiter la santé mentale doit être appelé Dieu.»

On voit clairement que lors des entrevues formelles (enregistrées) avec les praticiens de la GAMH, le traitement est le plus souvent expliqué en terme de

⁵⁶ Le fait que les étudiants d'internat ne fassent que passer à la GAMH et ne côtoyaient les patients que pour une très courte période aidait à donner la mesure de l'efficacité des traitements. En effet, leur point de vue était souvent très différent du mien ou de celui des praticiens en ce qui concernait la sévérité de l'état des patients. Ne les ayant souvent observés qu'à la toute fin du traitement, les étudiants se questionnaient sur le pourquoi de leur présence à la GAMH, et le récit des phases de la thérapie leur faisait souvent réaliser le chemin parcouru par les patients.

balancement des trois *dosas*. La plupart des étapes de la thérapie sont en effet associées à la circulation ou au contrôle d'une humeur, à l'exception des étapes pacificatrices qui sont plutôt expliquées en terme de chaud et de froid (une catégorisation qui demeure toutefois inhérente à la *samprati*), et de l'étape de sevrage qui permet le bon diagnostic en termes ayurvédiques. Le discours officiel en terme de théorie des humeurs est aussi évident dans l'article de Dr.Devy, cité plusieurs fois dans la section ci-haut.

Les explications données lors des entrevues concernant l'efficacité du traitement incluaient pour leur part l'histoire thérapeutique des patients (utilisation de médicaments allopathiques, fatalité, sévérité), les catégories diagnostiques (plus ou moins faciles à gérer) et les étapes du traitement (donnant plus ou moins de résultats visibles). Les propos de Dr.Devy, entre autres concernant la sévérité du cas et la satisfaction personnelle du praticien, mais aussi en ce qui concerne le rôle de l'environnement social dans la résurgence des symptômes nous annoncent la présence d'autres catégories de discours et pratiques entourant les idiomes ayurvédiques de base, et qu'il importe de mettre en évidence.

5.2. La multiplicité des discours

Si l'on admet que la théorie des humeurs est omniprésente, est fondamentale, est à la base de la littérature ayurvédique, il faut bien mettre en évidence ici le fait que la présente étude ne se veut pas être un commentaire sur la littérature ayurvédique, mais bien une étude ethnographique de la GAMH où l'on utilise la médecine ayurvédique pour traiter des problèmes de santé mentale. Il est donc important de préciser que si la dichotomie théorie et pratique peut paraître naïve, l'un et l'autre terme étant obligatoirement intimement liés, comme le faisaient d'ailleurs observer certains de mes informateurs, c'est cependant une façon d'opposer des textes théoriques figés depuis des millénaires à une pratique contemporaine qui a obligatoirement évolué au contact entre autres de la biomédecine et de la psychiatrie moderne. De plus, cette opposition a le mérite de mettre en évidence la nécessaire « mise en acte » pour passer de la théorie à la pratique. Elle explique

aussi le fait que les entrevues avec les praticiens ne révèlent pas les mêmes thèmes que les discussions plus informelles et moins scolaires que permet le séjour de longue durée à la GAMH.

En effet, les explications données dans différents contextes concernant les problèmes de santé mentale sont beaucoup plus diversifiées que peuvent le laisser entendre plusieurs articles mettant l'accent uniquement sur les explications en terme de la théorie des trois *dosas*. Si les explications théoriques lors de la phase « académique » de mon terrain me menaient à des explications liées au concept des trois *dosas*, ma présence quotidienne à l'hôpital pendant quatre mois permit des observations et des conversations avec les praticiens et étudiant(e)s concernant les patients et les procédures thérapeutiques qui révélèrent à la longue des niveaux d'explications tout autres.

5.2.1. L'ayurvéda et les deux niveaux étiologiques

Traduisant et commentant la version sanskrite du traité *Ashtangahridayam*, Dr.Devy exposait les deux niveaux étiologiques dans le système ayurvédique. Les raisons d'*unmada*, expliquait-elle en anglais en citant ici et là les *sutras* en sanskrit, sont de deux ordres : 1) *Nidana* ou causes originelles (*root causes*); 2) *Samprati*, lorsque ces causes originelles vicient les *dosas*, puis l'esprit.

Les explications au niveau de la *samprati* sont d'ordre logique, explicitées en terme de balancement des *dosas* et des *gunas* (ou *manodosas*), et sont omniprésentes dans les premières entrevues menées à la GAMH. L'autre ordre étiologique, *nidana*, ouvre cependant la porte à une multiplicité de discours et pratiques hors du concept de balancement des *dosas*.

Les causes dites *nidana* incluent entre autres la diète. La consommation de nourriture *satmya* (malsaine) peut induire la maladie, et la diète est dite *patya* si elle est non-végétarienne, si la nourriture est mal cuite ou impropre à la consommation, ou si elle est consommée dans un temps qui brise la routine habituelle. La nourriture végétarienne est considérée faciliter le calme et la

quiétude, alors que la viande provoque un débalancement de l'esprit. Selon le Dr.Devy, la nourriture non-végétarienne est souvent à l'origine du caractère querelleur des patients.

Si la plupart des patients de la GAMH sont non-végétariens, ils le deviennent pour la durée du traitement, et on leur recommande fortement de continuer la diète végétarienne à la sortie de l'hôpital. Si, textes ayurvédiques à l'appui, les informateurs considèrent l'abandon de la consommation d'alcool et de viande, de même que la propreté, comme des facteurs aidant à prévenir la maladie, ils admettent qu'il est difficile pour plusieurs patients de laisser ces habitudes et de devenir végétarien. Aussi, ils sont très lucides quant à ce que les patients font de leurs recommandations :

«Les gens locaux ont aussi leurs propres concepts concernant les habitudes alimentaires, mais dans les cas spécifiques de santé mentale, ils sont prêts à suivre strictement les recommandations... pour un temps. Au moins six mois, maximum un an. Plus que cela, ce n'est pas possible. » (Dr.Ragunath, traduction libre.)

Selon le système ayurvédique, il faut, dans les cas de problèmes de santé mentale, ne consommer que de la nourriture *satvic*, et donc abandonner les viandes et poissons qui sont *tamasic* et *rajasic*. Une diète végétarienne a cependant elle aussi son lot d'aliments *tamasic* et *rajasic* qui ont une influence sur la qualité de l'esprit, la nourriture consommée se divisant en éléments grossiers et subtiles, respectivement pour nourrir le corps et alimenter l'esprit (Dr.Ragunath et Kakar, 1982 : 239.)

Outre la diète (qui demeure intrinsèquement liée au concept de balancement des *dosas* et des *gunas*), les explications étiologiques (au niveau de *nidana* ou des causes originelles) des praticiens de la GAMH incluent des références à la personnalité de base du patient, qu'on associe tantôt à l'héritage génétique, tantôt à *satvabalam*, littéralement la force de *satva*, le plus souvent traduit par «willpower».

Le concept de *satva* est utilisé à profusion par les praticiens de la GAMH et nous nous attarderons donc quelques instants à cerner plus précisément le champ sémantique qu'il recouvre. Dans une thèse soumise au Collège Ayurvédique de Trivandrum⁵⁷, une revue de littérature sur le concept de *satva* est incluse où *satva* est présenté comme étant, selon le contexte, utilisé comme analogie à la personnalité de base, à l'esprit, ou au comportement. Les facteurs qui influencent les changements de *satva* sont les suivants: *jati* (classe ou caste); *kula* (lignage), *dehamupatini* (habitat); *kalanupatine* (temps, saison ou *yuga*); *vayonupatine* (âge); *pratyatmaniyata* (inclinations personnelles, éducation, fréquentations, lectures, environnement).

On réfère aussi le lecteur à la *Bhagavad Gita*, aux chapitres 17 et 18, où sont mentionnés des facteurs liés à *satva* : la foi; la nourriture (*ahara*); la fidélité dans les cultes; la discipline; la libéralité; les sacrifices; le savoir; l'action; l'intelligence (*buddhi*); la persévérance; et la joie.

Selon l'auteur de la thèse soumise au Collège Ayurvédique de Trivandrum, pour évaluer la force mentale à tolérer les maladies, on peut prendre en considération la capacité d'ajustement mental; la réaction aux stimuli; la réaction face aux problèmes; la fierté ou l'ego. Les propos de Dr.Devy vont dans le même sens en ce qui concerne le lien entre la tolérance face aux événements, la force mentale et la maladie, mais ils ajoutent un autre lien pour expliquer l'origine de la force mentale : « Le *will-power* du patient est moindre. Il ne peut pas faire face aux événements, il ne peut les tolérer. L'esprit est un facteur génétique.» (Dr.Devy, traduction libre.) Dr.Devy explique que *hiinasatva*, ou «low will-power», est un facteur génétique qu'on ne peut pas changer : on peut seulement donner en médication interne un *medhya*, ou «brain nourisher». Répondant à ma question (naïve) à savoir si les *dosas* étaient les seuls facteurs en cause dans les problèmes de santé mentale, Dr.Devy expliquera:

« Deux personnes ont à faire face à la même situation : l'une devient folle, mais l'autre non. *Satvabalam* est ici très important.

⁵⁷ Joshi, J.R., 1996, *A Critical Assessment of Satwa in Hemiplegia patients*, Thesis, Departement of Basic Principles, Government Ayurvedic College, Trivandrum.

Par exemple, le cas de l'homme qui s'est suicidé parce que sa nièce a été tuée à cause d'une affaire de dot. Le père de la jeune fille en question est correct. Il n'a pas le même *satvabalam*, peut-être à cause des mauvaises actions précédentes. *Bhootonmada* n'a rien à voir avec les *dosas*. *Bhootonmada* est impliqué dans d'autres maladies, mais sous sa forme pure c'est très rare.»
(Dr.Devy, traduction libre.)

Rappelons ici que la catégorie diagnostique *bhootonmada* forme un chapitre à part dans la littérature ayurvédique classique, et qu'il s'agit de la seule catégorie ne présentant pas d'explications en terme de *samprati*. Dr.Devy utilise cette catégorie diagnostique «non-pure», ou en combinaison avec d'autres catégories diagnostiques, comme porte d'entrée pour introduire des explications en terme de *satvabalam*, hors du concept des trois *dosas*.

Les explications génétiques, karmiques et autres s'entremêlent dans les discours des informateurs et montrent bien la complexité de la combinaison de facteurs dans l'étiologie ayurvédique. La maladie est provoquée lorsqu'une personne ayant peu de qualité *satvic* est en contact avec des facteurs précipitants:

«Ces causes de bases (*nidana*), associées à la tristesse (*vishada*) ou à une personne avec moins de «willpower» (*satvabalam*), à un patient fatigué, donc quand ces causes (*nidana*) sont associées à ce type de personne, elles causent la maladie. Les causes de base ne créent pas de maladie pour une personne normale. [La maladie est provoquée] lorsque ces causes sont pour une personne triste, avec moins de «willpower» ou pour une personne faible, pour ces raisons et d'autres raisons comme le manque de dévotion envers les professeurs, les pères, les ancêtres, etc., le manque de respect ou l'augmentation du désir pour le sexe, ou s'il y a de fortes tensions, des tensions mentales, des inquiétudes mentales, s'il y a des changements soudains dans l'esprit, des accidents soudains qui provoquent des changements soudains dans l'esprit et qui entraînent des déviations de la concentration de l'esprit, ou à cause de toxines, provenant soit d'araignée ou de serpent. Au Kerala, il y a une croyance que lorsque l'ennemi de quelqu'un veut le détruire, on donne une sorte de toxine avec la nourriture. Je pense que c'est une croyance. Dans certains temples, il y a une coutume qui dit qu'on peut voir ces toxines. À cause de ces toxines, etc. , pour une personne avec moins de courage, l'esprit est détruit ou endommagé. Ça détruit les fonctions de l'esprit et la personne devient folle, ou *unmada*. [...] À cause de ces raisons, l'esprit, l'intelligence ou la mémoire, etc. sont détruits ou viciés et

l'esprit, le corps, la personne ne peut pas distinguer le bien du mal, la tristesse de la joie, et cette personne sans ces émotions est comme un véhicule sans conducteur. Sans route ou direction, la personne voyage comme un char sans cheval, sans aucun contrôle de l'esprit.» (Dr.Devy, commentant l'*Astangahridayam*, traduction libre.)

La multiplicité des facteurs mentionnés dans les textes classiques ouvre la porte à des explications génétiques et karmiques via le concept de *satvabalam*, de même qu'à des explications en terme de non-respect des règles sociales, culturelles ou religieuses. Les causes dites exogènes⁵⁸ occupent en effet une place considérable dans les discours, sans pour autant occulter les explications endogènes ou humorales, comme le montre cet extrait d'entrevue avec le Dr.Ragunath :

« L'esprit est synonyme de *satva* et est plein de *satvaguna*. Cependant, l'esprit peut être affligé par *rajas* et *tamas*. Alors seulement on note des anormalités dans le corps. L'esprit est comme l'eau dans un puits: les vagues apparaissent lorsque le vent (*rajaguna*) ou les fortes pluies (*tamaguna*) deviennent turbides. En raisons de ces afflictions, nous avons des passions, des émotions. Selon certaines personnes, nous avons de naissance certaines qualités ou caractéristiques, comme par exemple la colère. *Est-il possible de changer ces qualités de base?* Nous ne pouvons pas changer la constitution de base d'une personne. Nous ne pouvons apporter que des changements temporaires. Un homme en colère, en côtoyant une femme, peut devenir généreux. Mais si la femme le quitte, la latence revient. La colère est dans un état latent. C'est la même chose pour *prakrti*, la constitution de base. Même les médicaments n'ont que très peu d'effets. Avec le *counselling* et d'autres moyens, ce peut être plus efficace, mais ce n'est toujours que temporaire. *Est-ce que le médicament est comme la femme?* Ce n'est qu'une image (en riant)... *Est-ce que cela veut dire qu'il y a certains symptômes, ou qualités de base, qu'il faille se résoudre à accepter, ou s'il y a une possibilité de changement?* Les personnes ne sont pas comme cela de naissance. Il s'agit de causes extérieures. Les symptômes ne font pas partie de la *prakrti*, alors avec les médicaments et le *counselling* on peut éliminer les symptômes. Le traitement consiste à ramener le patient à sa *prakrti*. Lorsque *satva* est faible, il y a plus de chance de maladie. Le but de la psychiatrie, ou du traitement, est d'augmenter la qualité *satvic*. Avec les médicaments, on n'a que 15% de résultats. Avec le *counselling*, 50%. Avec en plus la pratique personnelle de la méditation, on atteint alors 90%. Il faut

⁵⁸ Les informateurs traduisaient par le terme «exogène» le terme sanskrit «*agantu*». Zimmermann, pour sa part, parle de facteurs «adventices».

contenir l'esprit, l'éloigner des objets mentaux, de l'attachement, du désir.» (Dr.Ragunath, traduction libre.)

On voit bien dans cet extrait comment les niveaux étiologiques *samprati* et *nidana* sont constamment interreliés. Le traitement est basé sur le côté logique, ou *samprati*, et vise le rééquilibrage des *gunas* par l'augmentation de *satva*. Les causes originelles (*nidana*) sont pour leur part extérieures, ou exogènes. C'est pourquoi il est possible d'effectuer un rebalancement (même temporaire) : parce que le débalancement n'est pas intrinsèque à la constitution du patient. La constitution de base explique la latence ou les possibilités; les causes exogènes expliquent la possibilité de changement. Il semble clair ici que le traitement du corps, ou des *dosas* physiques, n'est pas suffisant dans les cas de problèmes de santé mentale, même s'il sert de soulagement temporaire et qu'il induit un travail sur les *gunas*⁵⁹.

5.2.2. Les idiomes familiaux

L'étiologie ayurvédique va aussi au-delà de la théorie des humeurs lorsque les praticiens utilisent des idiomes familiaux pour expliquer l'origine ou la résurgence des problèmes. Si plusieurs étudiants d'internat nommaient d'emblée les explications familiales, ou le background familial du patient, comme facteur principal de la maladie, les praticiens d'expérience étaient cependant plus nuancés. Toutefois, les discussions avec les praticiens de la GAMH révélaient que les idiomes familiaux étaient très souvent présents dans leurs discours. Dans une entrevue formelle, je demandai explicitement à Dr.Devy le rôle de la famille dans l'étiologie et le processus de guérison :

«Dans le questionnaire⁶⁰, vous recensez l'histoire familiale du patient. Est-ce que vous considérez l'histoire familiale comme étant liée à la maladie? Il y a parfois des facteurs génétiques, parce que cette maladie est liée à des prédispositions génétiques. Une personne avec moins de will-power aura tendance à avoir une

⁵⁹ Un étudiant d'internat expliquait aussi l'aspect exogène de l'étiologie ayurvédique à des patientes se questionnant sur l'efficacité de la thérapie vu le fait que certaines personnes étaient réadmisées plus d'une fois à la GAMH. Il leur expliqua que les cas de réadmission ne signifiaient pas des échecs de la thérapie, mais qu'il s'agissait plutôt de problèmes qui avaient été réglés et qu'avait suivi l'apparition d'un nouveau problème, induit par les circonstances.

⁶⁰ Une feuille de cas (case sheet) était remplie systématiquement pour chaque patient quelques jours après son admission. C'était la tâche des étudiant(e)s d'internat de questionner le patient ainsi que les membres de sa famille pour avoir le plus d'informations possible. La feuille de cas se trouve en annexe.

maladie de l'esprit. *Vous utilisez les théories génétiques pour expliquer la force de satvabalam?* Nous questionnons le patient au sujet de sa maladie et de ses problèmes psychiatriques, et 50% des patients ont des problèmes dans la famille. *Est-il plus difficile de traiter ces cas?* Absolument. [...] Il y a une plus grande probabilité d'avoir la maladie si la famille a cette maladie. » (Dr.Devy, traduction libre.)

Sa réponse est donnée ici en terme d'antécédents familiaux, mais les discussions informelles révélèrent le plus souvent des explications en terme de relations interpersonnelles. Un cas clinique de la GAMH était flagrant à cet égard. Une jeune fille diagnostiquée schizophrène par les praticiens allopathiques se présenta à la GAMH après 13 ans de consultations multiples dans divers hôpitaux allopathiques. L'état de la patiente lors de l'admission suscita un certain découragement au sein de l'équipe, mais plus encore, les demandes incessantes de la mère de la patiente pour avoir des promesses quant aux résultats à venir leur firent dire que ce cas serait très difficile. Dès les premiers jours à la GAMH, les discussions concernant cette patiente portaient sur les problèmes familiaux. On associait sans détour les problèmes de santé de la patiente avec l'attitude de la mère, considérée par les praticiens et étudiant(e)s comme une mauvaise aidante pour la patiente :

« C'est la mère le problème. Le problème est dans le couple. Ce sont des problèmes familiaux à la source. Cette femme n'est pas bien. » (Étudiante d'internat, traduction libre.)

«La patiente va mieux, mais il y a encore des problèmes. La mère et la fille n'ont aucuns rapports [entre elles]. La mère est très faible. Quelqu'un d'autre devrait être ici [pour l'accompagner]» (Dr.Ragunath, traduction libre).

Au fur et à mesure de la thérapie, la patiente faisait montre d'améliorations dans son comportement. Elle était plus obéissante et moins réticente à prendre la médication interne, mais surtout, elle démontrait de la colère à l'endroit de sa mère et lui faisait plusieurs reproches, tout en niant son lien de parenté avec elle. Une signe d'amélioration de sa santé, expliquait Dr.Devy en riant...

Mettant en relation ce cas particulier avec les écrits ayurvédiques classiques, Dr.Devy expliquera :

« Dans les textes, on dit qu'un bon patient doit être obéissant, savoir et comprendre ce que fait le docteur, etc. Dans les cas de problèmes de santé mentale, on ne peut pas s'attendre à rencontrer ce type de patient. D'autant plus d'importance est accordée au rôle de la famille (Dr.Devy, traduction libre). »

En effet, les rôles du patient et de la famille dans le processus de guérison sont explicites dans la littérature classique. On mentionne en fait quatre *gunas*, traduits ici par éléments, qui sont essentiels à la thérapie: 1) le patient lui-même; 2) la personne aidante; 3) le médicament; 4) le médecin. Dans les textes classiques, on décrit le patient idéal comme celui qui est obéissant, qui sait ce que fait le praticien et le comprend. Dans le cas d'un patient donné en exemple comme succès total de la thérapie, Dr.Devy disait de lui que c'était un patient très obéissant, un bon patient, qui achetait les médicaments mensuellement et l'appelait tous les mois. Cependant, dans les cas de problèmes de santé mentale, on ne peut habituellement pas demander cela du patient. Ce qui, selon Dr.Devy, donne encore plus d'importance au rôle de la famille dans le traitement :

« La personne aidante est très importante. Soit l'infirmière ou quelqu'un qui peut prendre soin du patient. Si elle peut s'occuper du patient, donner de l'amour et de l'affection, c'est bon pour le patient. Le patient est aussi important, mais il ne peut pas être obéissant dans ces cas-ci [de problèmes de santé mentale]. Pour ce qui est du médicament et du docteur, ce sont toujours les mêmes... (en riant) » (Dr.Devy, traduction libre)

On voit donc l'importance accordée au rôle de la famille, la seule variable qui reste. D'autres exemples illustrent la profusion de références à l'environnement familial dans les discours des praticiens. Commentant le cas d'une patiente diagnostiquée *aadhijonmada*, Dr.Devy dira être très contente des résultats de la thérapie, le symptôme principal s'étant dissipé. Lors de la dernière admission de cette patiente, le traitement avait aussi été efficace. Cependant, la patiente ne prend pas les médicaments qu'on lui recommande et la famille ne prend pas beaucoup soin d'elle. C'est ce qui explique le besoin d'une deuxième admission à la GAMH. Dans le cas d'une patiente référée à un hôpital allopathique et donnée

en exemple pour illustrer l'échec de la thérapie, Dr.Devy expliquait son incompréhension : « Elle a pourtant pris de bons médicaments, et la famille est aidante et dévouée... » Dans le cas d'une autre patiente diagnostiquée *aadhijonmada* n'ayant pas d'amélioration de sa symptomatologie avec le traitement *panchakarma*, Dr.Devy expliquait ainsi la lacune : cette patiente a besoin de *counselling* : « Il n'y a pour l'instant que des changements mineurs, mais si quelqu'un lui parle, après quelque temps... » (Dr.Devy, traduction libre.)

On a vu dans un extrait précédent que le Dr.Ragunath accordait lui aussi de l'importance au *counselling* dans la thérapie. Si le *counselling* fait partie des critères favorisant l'efficacité de la thérapie à la GAMH, l'explication « parce qu'ils y croient » n'est utilisée que pour expliquer l'efficacité des traitements «autres», c'est-à-dire dans les cas où les patients ont recours aux astrologues, aux mantras, aux *puja*, etc. Cette explication n'est jamais utilisée pour expliquer l'efficacité de l'ayurvéda. Les sections qui suivent veulent explorer plus avant les thèmes du *counselling* et des thérapies parallèles utilisées par les patients.

5.3. Le *counselling* à la GAMH

À la GAMH, la phase de la thérapie qui consiste à parler au patient, à lui donner du courage, est appelée *counselling*. Cette étape ne vient pas s'ajouter aux autres phases de la thérapie de façon juxtaposée, mais se déroule tout au long du séjour du patient à la GAMH. Le *counselling* est effectué par les praticiens de la GAMH, mais aussi par les étudiant(e)s d'internat. Au cours de leur séjour à la GAMH, les patients sont de temps à autre appelés à se présenter au bureau du praticien pour discuter avec lui. Ils sont parfois seuls, parfois accompagnés d'un membre de la famille. Le plus souvent, les étudiant(e)s d'internat sont aussi présents dans le bureau. Avant de donner son congé au patient, les praticiens s'efforcent habituellement d'avoir une conversation un peu plus longue avec lui afin de le préparer au retour à la maison. Le *counselling* se fait aussi, et principalement, lors des tournées quotidiennes dans les dortoirs et les chambres. En fait, mes informateurs incluent dans le terme «counselling» tout ce qui se rapporte à la

qualité des relations interpersonnelles entre les praticiens et les patients (ou leurs familles).

Commentant les textes classiques, Dr.Devy mentionnait que la littérature suggérait aux praticiens, si la médication ne donne aucun résultat, de donner du bonheur (*ashana*), de soulager les patients par leurs paroles, de choquer par leurs mots et de faire peur pour induire un changement dans l'esprit du patient. La procédure suivie à la GAMH n'inclut cependant pas la thérapie par le choc.

Commentant les textes, Dr.Devy expliquera que dans les cas de problèmes «purement mentaux» ou *bhootonmada*, le traitement consiste à enseigner aux patients le courage (*dharya*) et l'intelligence (*dhee*), et à leur enseigner au sujet du temps, de l'espace, de la personne :

«Quand on leur enseigne le courage et l'intelligence etc., ils peuvent voir ce qui ne va pas avec eux et corriger leurs fausses idées. Quelques personnes pensent qu'ils ont commis des mauvaises actions et ça les inquiète. Quand on leur donne du courage, et une bonne intelligence au sujet de la personne et etc., on peut les conseiller et c'est très efficace pour ces cas de *bhootonmada*. Par ces enseignements, on peut équilibrer ou régulariser *rajas* et *tamas*.» (Dr.Devy, traduction libre.)

Le rôle du *counselling* est ici de travailler sur les *gunas* (*rajas* et *tamas*). Il s'agit ainsi de faire un traitement pour les *manodosas* en donnant aux patients du courage et des forces pour surmonter les conditions défavorables; de leur donner du savoir au sujet de la vie; de les aider à comprendre qui ils sont. En pratique, ce *counselling* est fait pour tous les cas présents à la GAMH, et non pas seulement pour les cas *bhootonmada*. Les praticiens conseillent tantôt aux patients de s'occuper l'esprit ailleurs pour combattre le sentiment de solitude ou autre, tantôt de faire du yoga ou de joindre le camp de yoga clinique, tantôt de lire la *Bhagavad Gita*.

Au niveau du mode d'échange patient / docteur, notons entre autres que l'humour faisait partie intégrante de la relation. Le praticien s'efforçait de faire rire le patient et sa famille, de minimiser par l'humour les symptômes des

patients⁶¹. Les événements ou paroles qui avaient fait rire la veille étaient réutilisés comme des «running gags» pour recréer, jour après jour, les liens avec les patients et leur familles.

Si ces blagues attiraient la sympathie de la famille du patient, elles attiraient aussi les foules. Les tournées dans les dortoirs étaient en effet au vu et au su de tous, et une blague lancée par un praticien provoquait souvent un éclat de rire général, qui parfois mettait le patient concerné dans une situation inconfortable. Cette absence d'intimité était parfois contrebalancée par des rencontres seul à seul avec le praticien, parfois à la demande du patient lui-même, parfois à la demande du docteur. Ces entretiens privés aidaient, selon Dr.Devy, à recueillir plus de détails sur l'histoire de cas du patient. Il fallait tout de même compter quelque temps avant de devenir intime avec le patient.

La relation du praticien avec le patient comportait aussi un jeu, selon le cas, entre un partage du délire et un autoritarisme censurant. Dr.Devy explique ainsi la nécessité d'adapter les explications thérapeutiques au délire du patient :

«Nous ne pouvons pas dire que leurs délires ne sont que des croyances. Ils n'écouteront pas! J'avais un cas de patient qui croyait qu'il avait une caméra à l'intérieur. Une Madama [femme occidentale] avait essayé de prendre une photo et il ne l'avait pas autorisée. La Madama avait inséré la caméra à l'intérieur de lui. Je lui ai raconté que la caméra était solide et qu'avec le traitement elle deviendrait liquide et pourrait sortir. Il a cru. Si un patient me donne un autre nom ou m'associe à quelqu'un d'autre, je l'accepte en riant. Si le patient est réticent à prendre le médicament, je lui dis qu'il contient dieu. La plupart des patients disent qu'ils n'ont pas de problèmes. Je leur dis que le traitement est pour la faiblesse du corps, pour améliorer leur santé ou leur sang. Je ne peux pas dire que leur esprit n'est pas correct! *Est-ce que vous donnez des explications différentes à la famille du patient? Oui, bien sur!* » (Dr.Devy, traduction libre.)

« À la famille, nous expliquons pourquoi nous procédons ainsi. Au patient, nous disons que c'est pour sa santé; nous ne disons pas que c'est pour son esprit. Par exemple, on dira qu'on fait le traitement pour ses ulcères, qu'on fait *shirolepa* pour son

⁶¹ À un patient qui venait consulter en se plaignant d'insomnie, Dr.Devy répondait par exemple que le Premier ministre lui-même ne dormait pas, mais qu'il se portait bien!

insomnie. Certains patients savent qu'ils dévient par rapport à la normale. Par exemple, nous avons un patient qui sait lorsqu'il devient en colère et perd le contrôle. Ces patients sont plus faciles à ramener à la normale. Ils savent que quelque chose ne va pas. » (Dr.Devy, traduction libre.)

On voit que les explications données aux patients sont, dans ces cas, transmises en termes physiologiques, expliquant en quoi le traitement fera du bien au corps. À une autre occasion, un praticien présenta à un patient réticent face à la scientificité et l'efficacité de l'ayurvéda, et refusant d'être admis à la GAMH, un test de sang fictif qui révélait des taux de nicotine et de lithium très élevés dans le sang. Le partage des critères d'efficacité du patient visait à le convaincre de la pertinence du traitement ayurvédique. Dans un autre cas où le patient et sa famille croyaient que la cause de la maladie était *graha* (le patient était saisi par un esprit), on faisait un traitement par fumigation «pour la croyance» du patient. Quel que soit le cas présent devant eux, les praticiens de la GAMH trouvaient une façon de partager l'univers de sens du patient pour le persuader du bien-fondé du traitement.

Outre ce partage des référents, les praticiens usaient aussi de leur autorité pour convaincre. La relation hiérarchique entre eux et les patients était claire et certains praticiens s'en servaient pour faire cesser les élans verbaux incohérents des patients en exerçant leur ascendant sur eux. Comme le note aussi Halliburton, le praticien n'hésite pas à argumenter avec le patient et à utiliser son expérience pour le convaincre. Ainsi, la psychothérapie ayurvédique donne lieu à des discussions où l'accent est mis sur le discours du praticien qui se donne en exemple à travers des histoires moralisantes⁶².

Le côté politiquement correct de la psychothérapie moderne, où le praticien laisse l'espace de parole au patient et favorise les rapports égaux⁶³, était d'ailleurs mal compris par les étudiants d'internat : «Quelle est l'utilité du docteur s'il ne

⁶² Halliburton 2000 : 62-66.

⁶³ Voir Rhéaume et Sévigny, 1988.

peut pas donner de conseils? Il a l'autorité pour le faire! » (Étudiant d'internat, traduction libre.)

Un autre point de divergence avec la psychothérapie moderne était noté par les étudiants : si les textes ayurvédiques classiques donnent quelques indications concernant l'interaction patient / docteur, la « psychothérapie ayurvédique » n'est pas enseignée en institution. Au dire des étudiants d'internat, ce serait même une absurdité d'aller dans ce sens :

«On apprend par expérience seulement. Personne ne peut enseigner la façon de conseiller. Ce serait comme donner un cours de conduite par correspondance!» (Étudiant d'internat, traduction libre.)

Si les praticiens de la GAMH apprennent chacun de leur expérience, nous retrouvons tout de même une tangente dans la façon de conseiller, et qui diverge considérablement de ce à quoi nous habitue la psychothérapie moderne qui examine le passé du patient et est réticente à donner des conseils⁶⁴.

Dans son article *Authority and Identity in India*, Vaidyanathan explique la relation différente au passé en Inde et en Occident : la pierre angulaire de la thérapie moderne est la connaissance de soi et le besoin psychique de retourner dans le passé pour guider le présent. Dans la culture hindoue, on assiste plutôt à une crémation du passé. Le passé qui n'est qu'enterré peut toujours revenir; avec la crémation, le passé est perdu à jamais. Peut-être, ajoute Vaidyanathan, que la doctrine du Karma et la croyance en la réincarnation oblige à se débarrasser du passé immédiat et tangible pour laisser la place libre au «vrai» passé : celui des vies antérieures (Vaidyanathan, 1989 : 160).

Outre la relation au passé, la relation au soi diverge aussi entre la psychothérapie moderne et la psychothérapie ayurvédique. Dans son article *Ayurvedic Psychotherapy: Transposed Signs, Parodied Selves*, Jean Langford explique que la narration sur le soi telle qu'elle lui était adressée lors de son terrain dans un

⁶⁴ Halliburton, 2000 : 62.

hôpital ayurvédique du nord de l'Inde est en fait une parodie de la psychothérapie nord-américaine. Pour expliquer comment des notions de la psychothérapie moderne sont importées et réutilisées localement, il donnera entre autres l'exemple d'une réinterprétation d'un *sloka* des textes ayurvédiques classiques :

« Puisque littéralement *satvavajaya* signifie «gagner l'esprit», la seule référence à *satvavajaya* sur laquelle la thérapie ayurvédique a été (re)constituée peut facilement être interprétée non pas comme une relation entre le docteur et le patient, mais plutôt comme une discipline mentale.» (Langford, 1998 : 87. Traduction libre)

Selon Langford, la thérapie paraît donc, selon cette interprétation, pouvoir être administrée autant par la personne concernée elle-même que par un membre de la famille ou par un praticien spécialisé dans la méditation. Dans la thèse d'un étudiant en médecine ayurvédique, il était mentionné que *satvavajaya* pouvait signifier un « contrôle subjectif de l'esprit » même si, soulignait-il, il était question dans la *Caraka* d'un « contrôle objectif de l'esprit » impliquant l'interférence du docteur (Langford, 1998 : 87).

Si la thérapie est détournée et tournée vers le patient lui-même, Langford insistera tout de même sur le fait que le soi intérieur ou le «vrai» soi auquel on fait référence dans la psychothérapie moderne n'est jamais utilisé dans les discours des psychothérapeutes ayurvédiques. Si la psychothérapie moderne cherche à faire exprimer le soi réel, authentique, et à naturaliser l'identité (Langford, 1998 : 88), Langford retrouve plutôt dans la psychothérapie ayurvédique un soi rhétorique qui reste à la surface nominative :

«Dans la psychothérapie ayurvédique, la prise en considération de l'intériorité, tout comme la prise en considération des émotions, ne va pas au-delà de leur énoncé.» (Langford, 1998 : 91. Traduction libre.)

Les émotions ou l'intériorité ne sont ni la source des problèmes, ni leur planche de salut. La cause des émotions est extérieure et le soi n'est pas personnel mais plutôt

identifié avec le cosmos. Le soi n'est, selon Langford, qu'un signe de plus dans une narration déjà complexe (Langford, 1998 : 92-94)⁶⁵.

Si cette étude sur la (ré)invention de la psychothérapie ayurvédique montre bien l'insertion du vocabulaire moderne à la surface de la logique paradigmatique de l'ayurvéda, elle peut peut-être aussi expliquer la très vaste place laissée aux paroles des praticiens dans la psychothérapie ayurvédique : nul besoin de laisser la place au «soi réel» pour s'extérioriser.

Le concept de «parodie» est cependant mal choisi, mais le fut peut-être en raison du fait qu'on s'attendait à des explications psychothérapeutiques aussi structurées que les explications en terme de déséquilibre des *dosas*. Les autres explications, sans profondeur paradigmatique, sont dites nominatives. On peut donc dire qu'à l'instar d'Obeyesekere, Langford met en évidence le caractère inaltérable du système ayurvédique.

Ceci dit, il demeure qu'un très grand nombre d'idiomes sont utilisés par les praticiens en périphérie de l'idiome ayurvédique basé sur la théorie des humeurs. Il y a un vaste répertoire dans lequel ils peuvent puiser du fait que le déséquilibre des *dosas* est mis en relation avec un autre niveau étiologique où entrent en jeu des facteurs exogènes. Les explications ne sont donc pas complètes en terme de *dosas*.

Si le traitement principal demeure basé sur la théorie des *dosas*, on y ajoute aussi un autre aspect considéré primordial par les praticiens de la GAMH pour une efficacité maximale de la thérapie : le *counselling*. Le noyau ayurvédique reste

⁶⁵ Vaidyanathan explique pour sa part que le fait que l'introspection ne soit pas privilégiée est lié à la notion d'identité «other-directed» (Vaidyanathan, 1989 : 152-153). L'aspect relationnel de la personne serait ici en cause. Dans l'ouvrage *Concept of Mind*, publié par le Collège Ayurvédique de Kottakkal, Dr. Seema écrit : « La psychothérapie est le traitement qui vise à traiter les dérangements émotionnels et comportementaux avec l'aide de techniques ou de méthodes psychologiques. Elle a ses racines des les techniques quotidiennes de l'homme pour s'adapter autant à son environnement interne qu'externe. » (Seema, 2001 : 196) Ici aussi, l'introspection ou la prééminence du soi tel que conceptualisé en psychothérapie moderne est contrebalancée par une conception de la personne en interrelation constante avec son environnement.

intact⁶⁶, mais un espace de jeu considérable est permis vu la richesse du répertoire et la malléabilité des *sutras* qui permettent d'en extrapoler une science de la psychothérapie ayurvédique ou du moins donne une tendance à suivre pour l'art du *counselling*. Le *counselling* demeure néanmoins une interprétation de l'idéal de la relation patient / praticien telle que décrite dans les textes classiques, au contraire des emprunts faits à la biomédecine qui doivent souvent être bricolés pour coller à la logique ayurvédique.

5.4. Les répertoires frontaliers : appropriation et aliénation

La richesse du répertoire ayurvédique classique auquel les praticiens peuvent puiser donne lieu à une multiplicité et une variété étonnante de discours et de pratiques ayurvédiques, ou d'idiomes ayurvédiques. Il faut toutefois noter que des répertoires externes au système ayurvédique sont aussi utilisés, non pas de façon parodique, mais simplement comme façon de composer avec les cas limites, et que des répertoires *devenus* externes permettent au patient et à sa famille de combiner plusieurs modèles explicatifs.

5.4.1. L'allopathie⁶⁷

Le système de médecine allopathique est bien connu des praticiens et étudiant(e)s, qui doivent, pour l'obtention de leurs diplômes, connaître tout aussi bien la terminologie ayurvédique qu'allopathique. De plus, plusieurs ouvrages sont disponibles qui visent à dresser des parallèles entre les deux systèmes. La traduction en terme allopathique fait cependant l'objet de plusieurs débats vu sa tendance réductionniste. On ne peut toutefois pas faire abstraction du fait que les termes modernes sont présents dans les diagnostics ayurvédiques, même s'il est difficile de dire dans quelle mesure ils n'ont pas été ici gonflés vu le fait que le discours s'adresse à une anthropologue occidentale. Néanmoins, l'observation

⁶⁶ Il serait intéressant de voir si nous arrivons à la même conclusion dans un lieu de thérapie comme *Poonkutil*, où un autre type de traitement (la *pūja*) est considéré être au cœur de la thérapie, côte à côte avec l'aspect dit logique de l'ayurvéda.

⁶⁷ Le terme «biomédecine» était très peu utilisé par mes informateurs. Ils utilisaient plutôt le terme «allopathie» pour nommer la médecine moderne.

participante me permet de dire que même lorsque le discours n'était pas adressé à moi, les termes modernes tels que «dépression», «tension», «anxiété», des concepts absents de la théorie ayurvédique, étaient utilisés à profusion autant par les patients et leurs familles que par les praticiens et étudiant(e)s, le plus souvent sous forme d'emprunts fait à la langue anglaise à travers un discours énoncé en malayalam.

À la GAMH, outre l'index de médicaments allopathiques qui est utilisé pour vérifier ce qu'il y a sur les prescriptions des patients lorsqu'ils sont admis, les livres de psychiatrie moderne (par exemple le DSM) étaient utilisés par les étudiant(e)s d'internat pour les aider dans leurs diagnostics. Une jeune étudiante expliquait ainsi cette utilisation des concepts modernes lorsqu'elle eut à faire face au cas d'un homme qui était violent avec sa femme et qui n'arrivait pas à rester en place lors de la période de questionnements pour remplir la feuille diagnostique :

«Je pensais que c'était *vathonmada*, mais maintenant je pense que c'est *paithikonmada* parce qu'il est très en colère. [L'étudiante regarde dans un livre de psychiatrie moderne pour diagnostiquer.] Dans ce cas, nous avons *rajas* et une légère implication de *tamas*. Lorsqu'il y a de l'agressivité, c'est *rajas*. L'hypomaniaque est de type *vatic*. La schizophrénie, c'est *kapha*. On donne le diagnostic en termes ayurvédiques, mais pour parler, pour être compris, pour notre futur, on utilise le diagnostic psychiatrique.» (Étudiante d'internat, traduction libre.)

Dans ce cas-ci, l'étudiante dresse des parallèles entre les termes diagnostiques modernes et ayurvédiques en s'appuyant sur la similarité des regroupements de symptômes. Mais ces parallèles ne font pas consensus, comme on peut le voir dans cet autre extrait d'entrevue :

«*Est-ce que vous utilisez les termes modernes? Ça n'a pas d'importance, c'est le même traitement. Le diagnostic n'est pas d'une grande utilité. Les cas atypiques sont des cas de schizophrénie. En termes ayurvédiques, il s'agit de kaphajonmada? Oooo, j'ai des doutes! Mais c'est le même traitement. [...] Le terme «tension» est fréquemment utilisé. Les termes «dépression» et «anxiété» le sont moins*⁶⁸. La dépression

⁶⁸ Cette information cependant ne concorde pas avec les observations de terrain. Si le terme «dépression» est en effet souvent utilisé, les termes «anxiété» et «tension» sont aussi utilisés à profusion, notamment sur les feuilles diagnostiques.

est à peu près similaire à *kaphajonmada*.» (Étudiant d'internat, traduction libre.)

Selon l'informateur, différentes associations entre les termes ayurvédiques et allopathiques étaient évoquées. Cependant, il y avait une tendance commune à utiliser les termes de la psychiatrie moderne pour les cas limites, difficiles à diagnostiquer en termes ayurvédiques :

«Nous n'avons pas beaucoup d'informations, mais je pense que c'est un cas de *kaphajonmada*. Des traits schizophréniques sont là, c'est certain.» (Étudiant d'internat, traduction libre.)

Ou, de façon encore plus claire :

«*Quel est votre diagnostic?* - Je ne peux pas dire. En termes modernes, c'est de la schizophrénie. Il y a des symptômes *paithikonmada*. Et quelques symptômes *vathonmada* aussi. C'est difficile à dire. (Dr.Devy, traduction libre). - Même si nous n'avons pas de diagnostic précis, nous faisons le traitement et ça fonctionne. (Étudiant d'internat, traduction libre).»

L'accent mis sur le traitement plutôt que sur la catégorie diagnostique sert ici à minimiser le rôle des emprunts faits à la psychiatrie moderne. Si les feuilles diagnostiques sont remplies systématiquement lors de l'admission des patients, les traitements suivent la même ligne, indépendamment du diagnostic, comme nous l'avons vu plus haut⁶⁹.

Outre l'utilisation diagnostique de la terminologie moderne, on retrouve aussi des emprunts au niveau de la théorie, ou du pattern de la maladie mentale. Commentant un cas, Dr.Devy expliquera :

« Avant, les symptômes étaient comme ceux de *paithikonmada* : la patiente était querelleuse, agressive. Les symptômes vont changer. Après un ou deux ans, ce sera *kaphajonmada*. Dans un autre cas, la famille a dit que la patiente attaquait et se querellait. Maintenant, elle est *kaphajonmada*. *Les changements sont dus à la diminution de l'allopathie?* Non. C'est le pattern maniaco-dépression. Les épisodes alternent. Un épisode est maniaque, l'autre épisode est dépressif.» (Dr.Devy, traduction libre.)

⁶⁹ Halliburton émettait l'hypothèse que cette ligne de traitement unique était peut-être due à l'érosion de la dépendance contextuelle suite à l'institutionnalisation de l'ayurvéda. Halliburton, 2000.

Lors d'une autre entrevue, j'essayai d'avoir d'autres explications :

«*Comment expliquez-vous que les symptômes du patient changent avec le temps? Je te l'ai déjà expliqué, c'est comme la maniaque-dépression. Y a-t-il des explications ayurvédiques? Non. [...] Peut-être que c'est la prédominance des dosas qui change. Une maladie dite kapha, c'est-à-dire où kapha est prédominant, est aussi un peu vata. Puis, vata domine. Est-ce aussi possible que la médication allopathique camoufle certains symptômes? Oui, absolument. Nous avons un patient à l'hôpital qui à son admission était très paresseux. Après, il est devenu violent et s'est échappé.* » (Dr.Devy, traduction libre.)

Si au premier abord l'explication est donnée en termes allopathiques, le praticien construit une explication cohérente en termes ayurvédiques en montrant le changement dans la prédominance des *dosas*. Cette explication ne semble cependant pas connue des étudiants :

«*Comment expliques-tu les changements de symptômes? Par exemple, nous avons un patient qui est paithikonmada. Avec virecana, pitta a diminué. Rajas a diminué. La colère et la tristesse aussi. Puis, soit en raison du pattern de la maladie, soit à cause d'un facteur extérieur, quelque chose a fait que ça s'est aggravé. Nous ne savons pas la cause. C'est le pattern de base de la maladie. L'esprit humain ne peut pas trouver la cause. Il y a des facteurs précipitants. La maladie ne vient que de l'extérieur. Ça ne prend qu'une seconde pour devenir fou.*» (Étudiant d'internat, traduction libre.)

Le mystère qui entoure les problèmes de santé mentale semble ici lié aux explications allopathiques en terme de pattern de la maladie, et peut peut-être servir de second exemple pour montrer l'utilisation des concepts modernes dans les cas limites où la théorie ayurvédique fait défaut. Le bricolage, entendu comme façon d'intégrer des concepts sans qu'il n'y ait de compréhension théorique, est omniprésent lorsqu'il s'agit d'intégrer des concepts provenant du répertoire allopathique. Les répertoires thérapeutiques rituels, pour leur part, sont déplacés et deviennent, dans la pratique contemporaine, extérieurs à la théorie ayurvédique.

5.4.2. OBE : «Other backward explanations»⁷⁰

Si l'allopathie est souvent considérée comme étant nuisible à la bonne marche de la thérapie ayurvédique, et si les patients doivent obligatoirement être sevrés dès l'admission à la GAMH, les rituels religieux peuvent pour leur part exister en parallèle avec les traitements ayurvédiques. Une pratique que l'on n'encourage pas, mais qu'on laisse exister.

À titre d'exemple, notons le cas d'une patiente de la GAMH qui faisait l'objet de plusieurs disputes de la part des membres de sa famille, qui avaient différents modèles d'explications pour sa maladie. La patiente, issue du premier mariage de sa mère, vivait alternativement avec sa mère et son nouveau conjoint, avec les parents de sa mère, avec son père et sa nouvelle conjointe, ou avec son oncle paternel. Selon les praticiens et étudiant(e)s de la GAMH, cette instabilité était la cause de la maladie, créant chez la patiente un intense besoin d'attention. Des problèmes d'argent et de mariage étaient aussi mentionnés.

Du côté de la mère de la patiente, qui l'accompagnait depuis son admission, on faisait confiance aux traitements administrés à la GAMH. Du côté du père de la patiente, qui la visitait occasionnellement, on réfutait l'efficacité des traitements ayurvédiques et allopathiques (qui avaient précédé l'admission à la GAMH). Leurs explications étaient plutôt données en terme de *divya dream*. *Divya* signifie, selon mes informateurs, «auspicious» ou «bright». Ces rêves sont habituellement faits le matin à l'aube, alors que la personne est éveillée. Ils sont signes de chance et souvent annonciateurs de quelque chose. Dans ce cas particulier, le rêve avait révélé à la patiente qu'elle devait faire un pèlerinage dans un lieu sacré et rendre hommage à un *swami* bien connu dans la région, reconnu pour ses talents de guérisseur. Suite à ce rêve, la patiente s'était mise à chanter des chansons dévotionnelles.

⁷⁰ L'expression fait ici référence à l'appellation «other backward classes», ou OBC, qui est utilisée à profusion dans les discours politiques et médiatiques pour parler des coutumes de gens non scolarisés ou appartenant à des castes inférieures.

Si les différentes explications faisaient l'objet de plusieurs disputes, le fait qu'elles n'étaient pas inconciliables fit céder la famille de la mère de la patiente. Cette dernière fut amenée au lieu de pèlerinage une nuit, et fut de retour à la GAMH au matin pour son traitement. Les praticiens de la GAMH n'y voyaient pas d'inconvénients.

Ce type de traitement parallèle est chose commune, et les pratiques sont très diversifiées. Une autre patiente réclamait un rituel *Mandravada*, décrit par les étudiantes comme étant un rituel très populaire dans une certaine caste au Kerala. Lors de ce rituel fait avec du feu et de la poudre de *basma*, le dévot doit rendre hommage à un *swami*. Étape par étape, l'officier rituel doit «enlever» (*remove*) l'âme de la patiente. Dans ce cas-ci, quelqu'un était mort dans sa famille et la règle veut que les proches du défunt n'aient pu entrer au temple pendant 14 jours :

«C'est pourquoi ils sont venus ici. Les proches peuvent aller au temple; la présence de la patiente n'est pas nécessaire. Mais ils n'y vont pas. Le mari est ici.» (Étudiante d'internat, traduction libre.)

La patiente continuait toutefois de réclamer que ce rituel soit fait. Dans d'autres cas, expliquaient Dr.Devy, le patient se rend au temple et l'officier écrit un *mantra* ou quelque chose sur un bout de papier, puis l'accroche au poignet du patient, qui est alors soulagé. À *Poonkutil*, où la pratique ayurvédique est faite en parallèle avec des *puja*, le *brahman* commande au démon de sortir du patient. Cette pratique était commentée ainsi par Dr.Devy :

« La plupart des patients croient qu'ils sont malades à cause d'un démon. Spécialement pour les cas de santé mentale. *Ici aussi?* Oui, oui. Pour les autres maladies aussi, mais pour les cas de problèmes de santé mentale, 90% des gens [croient]. Plusieurs des patients ont fait des rituels religieux de guérison.» (Dr.Devy, traduction libre.)

À une autre occasion, lorsque je demandai à Dr.Devy de commenter des cas qui avaient échoué à la GAMH et réussi ailleurs, son explication était claire :

« On avait un cas en consultation externe. Après deux ou trois consultations, il n'y avait pas de soulagement. Il a consulté un astrologue. Maintenant, il est correct. C'était un Hindou qui s'était converti à l'Islam. L'astrologue a dit que la conversion

était la source du problème. Il a fait une *puja* dans un temple hindou, et maintenant il est correct. Si les gens y croient, c'est efficace. » (Dr.Devy, traduction libre.)

Cette explication en terme de croyance était redite pour expliquer les succès thérapeutiques à *Poonkutil*. Dans certains cas, les praticiens et étudiant(e)s montraient leur scepticisme face aux rituels religieux. Par exemple, lorsque je les questionnai sur les lieux rituels où les patients souffrant de problèmes de santé mentale établissent leur demeure⁷¹, j'eus droit à des éclats de rire : «S'ils sont corrects, alors pourquoi ils ne retournent pas à la maison?!» (Praticiens et étudiants, traduction libre.) Les praticiens et étudiant(e)s mettaient dans ces cas-là en doute l'efficacité des rituels, un critère important semblant être la capacité pour le patient de retrouver sa «fonction antérieure».

Fait important à noter, les explications étiologiques en terme de possession par les *buthas*, ou démons, sont présents dans les textes classiques, tout comme le rituel religieux comme mode de thérapie. Si ces explications ne font pas partie des discours et pratiques des praticiens de la GAMH, on les laisse tout de même coexister librement, mais en périphérie de la théorie ayurvédique, comme répertoire extérieur à l'ayurvéda.

Si les praticiens et étudiant(e)s ne trouvaient pas l'aspect logique de l'ayurvéda dans les OBE, les croyances des patients et de leurs familles semblaient tout de même parfois être utiles aux praticiens ayurvédiques pour faire accepter les procédures thérapeutiques. Dans l'ouvrage *Concept of Mind* publié par le Collège Ayurvédique de Kottakkal, Dr.Kumar écrit :

« Avec les fondements socioculturels de l'Inde, les patients eux-mêmes sont plus enclins à maintenir une foi profonde en ce qui concerne la coutume du traitement par vomissement pour éliminer les poisons synthétiques ingérés. Ils croient fortement qu'ils vont bénéficier du vomissement thérapeutique. La croyance du patient est très significative pour le traitement de la psychose, parce qu'induire le vomissement peut au moins développer un certain pourcentage de confiance et de consolation pour plusieurs patients.» (Kumar, 2001 :189)

⁷¹ On retrouve un portrait de ces lieux rituels dans la thèse de Halliburton, 2000.

Citant cet article et questionnant Dr.Devy quant aux croyances des patients et de leurs familles qui facilitent l'acceptation de la thérapie ayurvédique, j'obtins la réponse suivante :

« Il s'agit du poison *kayvisham*. Ils [les patients et leurs familles] croient que l'ennemi a mélangé le poison avec la nourriture et qu'ainsi ils ont attrapé une maladie mentale. Avec *virecana* (purgation), la maladie s'en va. En vomissant de couleur jaune, le patient croit qu'il n'y a plus de *visham* (poison).» (Dr.Devy, traduction libre.)

Les savoirs populaires sur l'ayurvéda semblaient en effet rarement nuisibles à la thérapie. Lorsque je demandai à une étudiante ce que les gens savaient habituellement de l'ayurvéda avant l'admission à la GAMH, j'eus la réponse suivante :

«Ils savent que c'est bien pour les causes à la base de la maladie (root causes), que l'ayurvéda va enlever toutes les causes. On leur a recommandé cet endroit parce qu'il y a de bons traitements et des facilités pour eux. *Ils savent au sujet des dosas?* Non, mais le docteur leur fait comprendre dans leur propre langage.» (Étudiante d'internat, traduction libre.)

Posant ma question autrement à un praticien de la GAMH, j'obtins cette réponse :

«*Est-ce que les gens ont des croyances au sujet de l'ayurvéda?* Ils disent que c'est meilleur pour la santé, que ça ne fera pas de mal, que les restrictions vont être compensées par la santé. L'ayurvéda est considéré comme étant divin.» (Dr.Ragunath, traduction libre.)

Cette association de la médecine ayurvédique à quelque chose de sain et de divin aide en effet à l'acceptation des procédures thérapeutiques, et cela malgré le fait que les règles à suivre lors du traitement sont très strictes. Des règles qui créent cependant parfois certaines angoisses :

«Ce patient en consultation externe a déjà été admis avant. Il est inquiet parce qu'alors il s'était masturbé quelque fois pendant le traitement *sneapana* et on lui a dit que c'était dangereux, qu'il y avait des effets secondaires. C'est la deuxième fois qu'il m'en parle. Il est très anxieux. Je lui ai dit d'oublier, que ce n'est pas important.» (Dr.Devy, traduction libre.)

Malgré ces craintes, les savoirs populaires des patients ne sont pas perçus comme étant nuisibles à la thérapie ayurvédique, au contraire de l'allopathie qui doit le plus souvent être éliminée de l'itinéraire thérapeutique pour que la thérapie soit efficace.

5.5. *Dosas, satvabalam, gènes et puja*

Nous avons vu que les explications au sujet des traitements ayurvédiques données par les praticiens de la GAMH lors des entrevues formelles sont présentées principalement en termes de *dosas*. Cependant, lorsqu'il s'agit de parler de l'efficacité des traitements, d'autres facteurs sont mentionnés qui viennent élargir la théorie des humeurs. Notons entre autres les explications en terme d'itinéraires thérapeutiques, de catégories diagnostiques, de sévérité, de dévouement de la famille, d'obéissance du patient, du *counselling* reçu. Ces explications se situent clairement hors du concept des trois *dosas*.

Cette multiplicité des discours peut s'expliquer entre autres par le fait que les textes classiques fournissent deux niveaux étiologiques : un niveau logique en terme de théorie des humeurs et qui sert principalement à la thérapeutique; un niveau exogène qui fait entrer en ligne de compte des explications familiales, sociales, culturelles et métaphysiques. Les explications génétiques sont pour leur part tantôt associées à des niveaux métaphysiques (lorsque la génétique est associée de façon analogique à *satvabalam*), tantôt à des niveaux logiques (lorsque la génétique est associée à la constitution de base du patient ou sa *prakrti*).

De plus, comme le notait Obeyesekere⁷², la richesse du répertoire ayurvédique classique permet aux praticiens de puiser et de sélectionner certains éléments qui

⁷² «Sanskrit texts are full of rules or principles, but they are not always clinically relevant for Ayurvedic practitioners. The relevance of the rule is based on clinical applicability, itself based on the efficacy of the rule in treatment. The rule is not only related to practice but, as with experimentation, it is rooted in the general theory of Ayurveda. But it must be reiterated that the mere fact that a rule or principle is theoretically relevant does not mean that it is used; use or practice depends on the clinical efficacy of the rule.» (Obeyesekere, 1992: 169.)

s'avèrent en pratique plus efficaces et donne ainsi lieu à des possibilités multiples et à une diversité étonnante dans la pratique. Cette multiplicité est visible, entre autres, dans la pratique du *counselling* à la GAMH. Toujours en se référant aux textes classiques, la thérapie par *counselling* est extrapolée des *sutras* portant sur la relation praticien / patient. Hors du concept des trois *dosas*, mais ne l'altérant pas, cet autre aspect du traitement fait partie intégrante de la pratique à la GAMH.

La malléabilité des *sutras*, de même que la richesse du répertoire, permet une superposition de discours et de pratiques au noyau inaltérable de la théorie des trois *dosas*. Plus qu'un jeu à l'intérieur d'un ensemble structural, la malléabilité du système est due au fait que les facteurs exogènes de la maladie sont mentionnés explicitement dans la littérature classique. Les praticiens ayurvédiques ont tout le loisir d'y recourir, tout en continuant d'appuyer leurs discours et pratiques en citant les textes sacrés.

Si nous avons vu dans la section précédente que selon le contexte de la pratique médicale, les praticiens puisent à plusieurs registres du répertoire classique pour légitimer leurs discours et pratiques, il est ici clair que les praticiens, au sein d'une même institution, ont recours à une multiplicité d'interprétations pour faire sens des problèmes de santé mentale rencontrés par les patients et leurs familles. Plus encore, un même praticien, à l'intérieur de sa pratique personnelle, joue avec plusieurs idiomes ayurvédiques et intègre aussi, sans altérer l'idiome ayurvédique de base, des répertoires autres, tout comme il considère exogènes des discours et pratiques faisant pourtant partie de la littérature classique.

6. Espaces laissés libres par le jeu paradigmatique

6.1. La logique à facettes dans la littérature ayurvédique

Les analyses ethnolinguistiques de Francis Zimmermann mettent en évidence la logique structurale des textes ayurvédiques classiques et nous éclairent quant à la malléabilité du système paradigmatique. La section qui suit reprendra les analyses de Zimmermann pour tenter de voir si son modèle linguistique peut être élargi et appliqué à l'ethnographie pour mieux comprendre l'hétérogénéité interne de la pratique ayurvédique contemporaine.

Les textes ayurvédiques sont écrits en vers de huit syllabes, vers qui jouent constamment avec des «synonymes» inscrits dans un même paradigme. Les variantes d'un paradigme peuvent donc se substituer l'une à l'autre si elles gardent le même nombre de syllabes. Comme nous l'explique Zimmermann, il est cependant risqué de parler de synonymes lorsqu'il s'agit en fait de regroupements. Par exemple, des ingrédients peuvent se substituer l'un à l'autre lorsqu'ils ont les mêmes propriétés thérapeutiques. La définition de la synonymie est donc à revoir: si en français on entend «même sens» ou «nuances imperceptibles», en sanskrit, *paryaya* signifie «périphrase» ou «circonlocution». Il s'agit donc d'un instrument de connaissance, car chaque périphrase ajoute du sens: la synonymie fait ici figure de rhétorique. Zimmermann souligne d'ailleurs qu'il s'agit là d'une démarche inverse au réductionnisme scientifique occidental:

«Au lieu de diminuer les synonymes, on les multiplie, on nuance, on raffine, on subdivise, on démaille pour remailler plus finement le discours.» (Zimmermann, 1989: 88-89)

On peut donc distinguer un synonyme d'un polyonyme:

«On dira alors que deux choses sont synonymes quand elles ont une définition identique mais un contenu différent, tandis que deux choses sont polyonymes quand elles ont une définition identique et un contenu lui aussi identique.» (Zimmermann, 1989: 89)

On utilisera ainsi la synonymie pour la nosologie et la thérapeutique, et la polyonymie pour la matière médicale (ex: les plantes).

Si le sanskrit est difficile à traduire⁷³, c'est non seulement en raison de ces paradigmes polyonymiques, mais c'est aussi dû au fait que les mots sont surimposés de sens (deux raisons qui sont en fait, on le verra, intimement liées.)

On peut voir dans ces surimpositions la logique indienne du commentaire⁷⁴ :

«Au sens étymologique vient se surimposer un sens technique, propre à l'Ayurvêda, et pis encore, à ce sens propre vient parfois se surimposer un sens détourné ou figuré.» (Zimmermann, 1989: 129)

Zimmermann donne un exemple qui éclaire cette particularité des textes sanskrits, en montrant que le vocabulaire ayurvédique revêt plusieurs sens: si l'on emploie le terme *dhatu*, on peut vouloir dire soit «élément» (la médecine ayurvédique est basée sur les cinq éléments: *Vayu, Asaka, Agni, Jala, Prithvi*), soit «tissu» (sept tissus: *Rasa, Rakta, Mamsa, Meda, Asthi, Majja, Sukra*), soit «humeur» (*Vata, Pitta, Kapha*); le terme *Mala*, pour sa part, signifie à la fois «impureté», «excrétions», «humeurs viciées»; *Dosa* signifie «vice» et «humeur»; *Dusya* veut dire «susceptible d'être vicié» et «tissus».

Ce procédé du discours est un jeu logique et poétique qui comprend deux figures de style:

1. La catachrèse, qui consiste à «surdéterminer certains mots pour qu'en tout point du discours un sens implicite se surimpose au sens plus obvie.» (Zimmermann, 1989: 131)
2. La conglobation, qui consiste à «entasser les notations, signes, marques, indices, preuves, symptômes, présages. C'est le procédé rhétorique de la *conglobation*, la surabondance concertée du discours.» (Zimmermann, 1989: 132)

⁷³ Au sujet des traducteurs, Zimmermann écrit: «Les uns, donc, laissent en sanskrit des centaines de mots qu'ils jugent intraduisibles; les autres produisent une traduction si réfléchie qu'elle en est illisible.» (Zimmermann, 1989: 133)

⁷⁴ On sait que les textes ayurvédiques sont considérés intouchables et que les écoles de pensée sont créées avec des chaînes allant du texte sacré, aux commentaires sur le texte, aux commentaires sur le commentaire. Pour plus de détails, voir plus loin la section sur la tradition de mémoire.

On peut donc parler d'«homonymie objective», car la signification multiple ne s'applique pas au langage, mais aux choses.⁷⁵ On peut aussi parler de classification polythétique:

« [...] on envisage l'objet à classer sous plusieurs angles de vue à la fois, on préfère les graduations aux simples classifications, on fait tourner le stock des caractères en n'exigeant pas pour définir une classe comme telle la permanence de tous les critères pertinents mais seulement leur présence sporadique et statistique.» (Zimmermann, 1989: 146)

Autrement dit, on ne classe pas dichotomiquement par oui-non, mais polythétiquement par plus ou moins. On obtient donc un système classificatoire à plusieurs faces⁷⁶:

« [...] au fil des textes ayurvédiques se tisse, par le croisement d'innombrables séries de mots, un immense système classificatoire à facettes.» (Zimmermann, 1989: 148)

En médecine ayurvédique, ce sont les trois humeurs (*vata*, *pitta*, *kapha*) qui servent de base à cette classification polythétique:

«Chaque humeur constitue un faisceau d'attributs différents; les trois humeurs constituent une typologie où chaque type résume et condense un grand nombre de propriétés, une constellation de propriétés trop nombreuses pour être redites en détail à chaque fois.» (Zimmermann, 1989: 148)

Les procédés de style qui consistent à donner une place prédominante à un terme valorisé exigent parfois, comme le souligne Zimmermann, de refaire le chemin inverse pour «mieux cerner ce qui est devenu implicite et même trop elliptique.» (Zimmermann, 1989: 148) Cette démarche se nomme substruction.

Néanmoins, les instruments logiques du discours produisent délibérément des effets rhétoriques: on substitue des mots dans un discours déjà frappé d'inflation,

⁷⁵En sanskrit, *padartha* signifie «plusieurs choses en un mot».

⁷⁶Allan Young soulignait d'ailleurs la différence entre ce langage et le langage biomédical plus rigide: «[Il y a] un contraste entre la définition monotypique d'une catégorie nosologique bien tranchée et la définition polythétique d'un syndrome aux contours un peu flous tel qu'on en rencontre en médecine traditionnelle.» (Zimmermann, 1989: 147)

déjà redondant, déjà empli d'énumérations⁷⁷, en vue de fournir une prolifération de sens pour un même sujet, de jouer avec différentes perspectives, de jouer avec les profondeurs de la réalité. Pour Zimmermann, ces procédés sont fondamentaux: il s'agit d'un «enrichissement nécessaire de la langue pour la rendre apte à penser les choses médicales.» (Zimmermann, 1989: 135) Ainsi, ces concepts sémantiques et rhétoriques servent à former un métalangage qui est essentiel à la philosophie ayurvédique.

6.2. La langue perle-et-coraïl comme modèle d'écart essentiel

Si le sanskrit est la langue utilisée pour l'apprentissage et la récitation des *sutras*, le langage vernaculaire remplit une autre fonction. Cette situation diglossique est très bien illustrée par un exemple que donne Zimmermann : les plantes ont un nom en malayalam (Zimmermann étudie le cas spécifique du Kerala) pour tous les polyonymes sanskrits, dans un rapport de deux mille pour trente mille :

«Cela donne une excellente idée de la façon dont fonctionne la diglossie: les drogues sont commercialisées sous leur nom malayalam, mais les gens cultivés qui, pour quelques dizaines de roupies, acquièrent ces dictionnaires disposent d'une clé pour établir les concordances entre polyonymes sanskrits et pour interpréter les recettes de pharmacie en sanskrit.» (Zimmermann, 1989: 96)

Les habitants du terroir, de leur côté, connaissent les noms simples, alors que «le médecin dispose d'une théorie, d'un système de critères d'évaluation des remèdes» (Zimmermann, 1989: 98) Si la langue locale peut paraître au premier abord réductrice, c'est elle qui permet d'insérer le discours dans une réalité concrète, de parler des cas particuliers, de préciser le diagnostic ou le traitement.

Ainsi, la langue savante est constamment présente au sein du langage usuel, et inversement, «la langue maternelle vient relayer le texte sanskrit chaque fois que, sur tel point concret, le sanskrit reste muet.» (Zimmermann, 1989: 78) Des

⁷⁷ Zimmermann note trois séries d'énumérations: les progressions chronologiques, les séries closes où plusieurs choses sont dites en un seul mot, les séries ouvertes où le premier terme est valorisé

ingrédients sont supprimés, d'autres sont ajoutés, la posologie est complexifiée, les indications complétées. La tradition orale locale sert donc à compliquer et raffiner les instructions écrites, et l'écart se trouve accentué entre le sanskrit classique et les détails techniques transmis oralement en malayalam: «Les gloses proposent l'illustration (pratique, malayalie) d'un modèle (théorique, sanskrit).» (Zimmermann, 1989: 82) Zimmermann parlera même d'une *fonction ethnographique* du malayalam, par rapport à une *fonction logique* du sanskrit:

«Dans cette relation hiérarchique qui constitue la diglossie sanskrit / malayalam, la *fonction ethnographique* (fixer la nomenclature) est dévolue au malayalam, tandis que le sanskrit monopolise la *fonction logique* (la classification et l'évaluation des drogues.)» (Zimmermann, 1989: 99)

Le malayalam, plus détaillé, côtoie un sanskrit combinatoire, formulaire, rhétorique. La littérature ayurvédique est en effet un monde de compilations, de jeux de langage, de polyonymies, de répétitions, de figures de rhétorique⁷⁸. L'ayurvéda est avant tout un système classificatoire des maladies et des remèdes:

«Un système classificatoire dont la rigueur et la fécondité résultent de ce qui nous est apparu jusqu'ici comme un défaut de la langue sanskrite: artificielle, abstraite, rhétorique à l'excès, elle est aussi la mieux faite pour répondre aux besoins du médecin-logicien qui utilise la polyonymie comme méthode de classification en matière médicale et la synonymie comme méthode de diagnostic médical.» (Zimmermann, 1989: 111)

On peut donc parler d'une situation diglossique où la rhétorique est propre au sanskrit, et où l'ancrage dans le réel est le propre de la langue vernaculaire. La langue dite perle-et-corail est ce noble mélange de sanskrit et de malayalam, à l'usage des initiés. On utilise dans ce cas-ci le mécanisme de la connotation:

«Le poète insère du sanskrit dans une strophe en malayalam pour "faire classique", ou du malayalam dans une strophe en sanskrit pour faire "couleur locale".» (Zimmermann, 1989: 107)

(par exemple, prescrire du ghee pour lubrifier, même si l'huile est aussi un lubrifiant). (Zimmermann, 1989: 139)

⁷⁸Zimmermann mettra d'ailleurs l'accent sur l'importance d'une traduction qui conserve le style énumératif et formulaire du sanskrit.

Ainsi, bien que le sanskrit pur soit le référent dans la hiérarchie de la langue, il y a parfois de la concurrence entre la version sanskrite et la version perle-et-coraïl: le sanskrit a l'avantage de «l'autorité»; le perle-et-coraïl se sert de la diglossie, ou de la division du travail entre les deux langues, pour transmettre le savoir. Comme l'explique Zimmermann, «la langue perle-et-coraïl est le suprême artifice visant à matérialiser dans le discours cette hiérarchie » (Zimmermann, 1989: 108). Une hiérarchie utile; une situation diglossique au service de la transmission des connaissances.

Mais Zimmermann va encore plus loin: pour lui, la forme sanskrite ne pourrait exister sans la situation de diglossie. La répétition des formules stéréotypées n'est concevable que dans la mesure où la langue vernaculaire est présente pour rendre son application possible:

«La langue vulgaire doit nécessairement intervenir à un moment ou à un autre pour illustrer, concrétiser, contextualiser ce discours artificiel et le rapprocher des réalités de la vie quotidienne.»
(Zimmermann, 1989: 113-114)

Sans faire d'oppositions trop radicales, il s'agit plutôt de comprendre l'écart indémaillable entre ces deux langages assumant des fonctions différentes et complémentaires⁷⁹. Élargissant le modèle linguistique et appliquant les conclusions de Zimmermann au passage de la théorie à la pratique, ou à «la mise en acte», il nous apparaîtra que la richesse et l'épaisseur de sens que permet la logique paradigmatique ou à facettes de la littérature ayurvédique classique fournissent un espace de jeu considérable pour le praticien devant faire face à des

⁷⁹ Fait important à noter, ces différents modes du discours se retrouvent à l'intérieur même de la langue savante: dans un sanskrit pathologique ou étiologique (*Nidana* en sanskrit) qui revêt un style elliptique, indirect, conjectural; dans un sanskrit thérapeutique, prescriptif (*Cikitsa* en sanskrit). Il nous faut en effet être conscients que les chaînes de textes, du plus abstrait au plus concret, ne sont pas uniquement des chaînes allant du sanskrit à la langue vernaculaire: au sein même de la langue savante, la logique du commentaire est omniprésente. Il serait même peut-être plus juste de dire que c'est cette logique classique qui a permis à la langue vernaculaire de se tailler une place dans la doctrine scientifique, les commentaires plus concrets étant relégués à la langue familière. Toutefois, ces commentaires, loin de questionner le texte premier, réaffirment sa vérité sacrée: «Les paragraphes en prose, expliquait Louis Renou, semblent résulter de la combinaison d'anciens *sutra*, "aphorismes", disparus ou noyés dans la masse de textes, avec un *bhasya*, "commentaire", caractérisé par l'abondance des dérivés abstraits, des composés longs, et la raréfaction des formes personnelles du verbe. Les versets, lorsqu'ils sont placés en fin de

cas cliniques concrets. Cependant, un détour s'impose pour bien comprendre le lien qui unit les praticiens aux textes ayurvédiques classiques.

6.3. Le rapport à la mémoire

Nous avons vu que les praticiens ayurvédiques rencontrés à Kottakkal citaient abondamment en sanskrit les *sutras* de la littérature ayurvédique classique pour appuyer leurs discours et pratiques contemporaines et utilisaient le commentaire pour bonifier ou nuancer leurs propos. Une incursion dans la littérature portant sur le rapport à la mémoire dans la tradition indienne est ici nécessaire pour bien comprendre la relation qu'entretiennent les praticiens avec les textes fondateurs.

6.3.1. La tradition de mémoire

Dans son article *Parole à voir et à entendre*, Charles Malamoud montre les liens entre la grande civilisation à écriture qu'est l'Inde et la tradition de la mémoire. Si les productions écrites indiennes sont innombrables avec toutes les inscriptions, manuscrits et imprimés, l'écriture demeure toutefois dans l'Inde traditionnelle une technique vile, inapte à préserver les textes les plus prestigieux qui sont plutôt mémorisés et transmis de maître à élève. Si la mémoire est fidèle, l'écriture nuit à l'appropriation véritable du texte et risque l'altération et l'oubli. Malamoud nous montre que cette mise en valeur de la parole mémorisée est indissociable de la sacralisation de la sonorité. C'est la forme aphoristique qui facilitera la mémorisation :

«La brièveté, la densité ne sont pas les seuls traits de ce style de *sutra* : son obscurité même fait que l'attention s'y accroche et se laisse moins facilement aller à ne retenir que le sens au détriment de la forme exacte.» (Malamoud, 1987 : 153)

Sur ce noyau d'aphorismes, qui est mémorisé, se superposent commentaires et surcommentaires :

«Plus on s'éloigne du texte de base, plus il y a de la place pour l'explication verbeuse, l'à peu près dans la formulation et l'on

peut s'en remettre à l'écriture qui joue son rôle d'aide-mémoire.»
(Malamoud, 1987 : 153)

Si le rôle de l'écriture n'est pas à négliger, c'est cependant l'apprentissage oral de maître à élève qui est privilégié. Le texte est enrichi et sacralisé de la bouche du maître et recourir au texte écrit met en danger cette transmission en annulant le moment de l'énonciation sonore. Si les interdits par rapport à l'écriture sont souvent transgressés, l'esprit de la tradition védique, lui, est conservé :

«Ce qui est contraire à l'esprit de la tradition védique, ce n'est pas de mettre le Veda par écrit, c'est d'utiliser un texte écrit de manière à éviter l'effort de mémorisation et surtout de se passer de maître.» (Malamoud, 1987 : 155)

Toutefois, que ce soit l'écriture ou la transmission orale qui soient utilisées pour l'apprentissage ne change rien au fait que c'est le texte de base, avec ses noyaux d'aphorismes figés depuis des millénaires, qui représente l'idéal, le savoir à transmettre.

Margaret Trawick, dans son article *The Ayurvedic Physician as Scientist*, explique ce «sens de la perte» associé à l'idéalisation du passé : l'ayurvéda s'est transmis des dieux aux sages, et des sages aux «gens ordinaires», mais dans le processus de transmission, le savoir devient de plus en plus incomplet en comparaison à ce qui était su à l'origine de l'univers. Avec le temps, le savoir se fragmente (Trawick, 1987 :1033). Les propos du *vaidya* rencontré à *Poonkutil* allaient dans le même sens. Selon lui, le praticien possède de moins en moins d'informations de génération en génération. L'unité du savoir repose donc dans l'origine des choses. Chacun ne connaît qu'un fragment, et c'est en unifiant les fragments qu'on s'approche de l'unité du passé. Tout a déjà été su, rien de nouveau ne peut être dit. Il n'y a pas d'invention, seulement des découvertes (Trawick, 1987 :1036).

Sudhir Kakar, dans son ouvrage *Shaman, Mystics and Doctors*, explique que l'ayurvéda n'a ni commencement ni origine : le système ayurvédique reflète les lois de la nature inhérentes à la vie et aux êtres vivants et il est ainsi le miroir de l'essence inaltérable (Kakar 1982 : 221). Le vrai savoir provient donc du «golden

past » et toute discussion sur le système se résume souvent à des affirmations catégoriques trouvant leurs preuves dans la récitation d'un vers en sanskrit (Kakar, 1982 : 221). Le poids et l'autorité du passé viennent ainsi supporter la position du praticien :

«Typiquement, plusieurs *vaidas* défendent leurs écarts des concepts textuels dominants en diagnose en citant, pour supporter leur pratique actuelle, un vers obscurs parmi d'autres.» (Kakar, 1982 : 266, traduction libre)

Notons toutefois qu'il ne s'agit là pas tant d'écarts que de possibilités multiples fournies par la forme aphoristique et la logique du commentaire, comme l'explique Ashis Nandy dans son ouvrage *Modern Medicine and its Nonmodern Critics : A study in discourse* :

«On observera qu'aucun pandit orthodoxe n'admettrait que les Vedas sont dans l'erreur, mais qu'un pandit pourrait affirmer que son commentaire est plus en conformité avec la vérité des textes que les commentaires d'un autre. En d'autres termes, les différences de points de vue étaient exprimées à travers les commentaires sur les textes plutôt que par l'altération des textes eux-mêmes. Cette absence de dogme, et cette invitation enjouée à un festivals d'interprétations, permet une multitude de commentaires et d'éditions autant de la méthode scientifique que des textes religieux.» (Nandy, 1998 : 187, traduction libre)

L'autorité scripturale et la sacralité des textes en font donc des sources idéalisées pour lesquelles la variation n'est pas dicible. Pourtant, l'espace de jeu est infini grâce à la forme des textes et aux possibilités multiples que permet le commentaire. Ainsi, comme l'explique Trawick, l'orientation vers le passé ne signifie pas nécessairement une attitude fermée envers les paradigmes contradictoires (Trawick, 1987 :1044). Dans son article *The Ayurvedic Physician as Scientist*, Trawick montrera en effet l'évidence de l'ouverture au dialogue chez un clinicien ayurvédique. Une ouverture personnelle du clinicien (qui voit dans les systèmes explicatifs des patients eux-mêmes des représentations des théories rivales) tout autant qu'une ouverture théorique (Trawick, 1987 :1048). Selon son informateur, qui accepte les paradoxes internes à son propre système, si la théorie perd de sa consistance logique, elle gagne en ouverture, en dynamisme et en flexibilité (Trawick, 1987 :1033).

Dans la section qui suit, nous nous pencherons sur le cas particulier du sanskrit utilisé dans la médecine ayurvédique pour montrer cette non-contradiction entre les limites imposées par l'autorité scripturale et ses possibilités multiples de distanciation.

6.3.2. L'autorité du sanskrit : limites et distanciations

Selon Zimmermann, le sanskrit est une langue gouvernée par l'écriture: c'est une langue récitée, étudiée, autoritaire. La médecine ayurvédique est une doctrine de la nature, sacrée et philosophique, et c'est le texte sanskrit qui sert de référence ultime, de schème de perception et de pensée, comme l'explique abondamment Zimmermann:

«La langue de l'Ayurvéda, dans sa forme même, transmet une topologie; la phraséologie traditionnelle enseigne aux disciples les schèmes organisateurs de l'espace, qui échappent à leurs pouvoirs très limités de perception; les textes enseignent à reconnaître ce dont on a besoin au milieu de tout ce qu'on voit.» (Zimmermann, 1982: 171)

L'art combinatoire et la logique paradigmatique sont pour Zimmermann une métalangue qui structure l'utilisation même qui peut être faite des textes ayurvédiques. Ce discours scientifico-poétique s'avère en fait être un discours de classification, autrement dit, un discours qui répète que la forme prime sur le contenu, un discours qui normative les discours. Staal fera un plaidoyer similaire lorsqu'il dira que les sciences indiennes, comme par exemple la grammaire, sont fondamentalement structuralistes:

«Il faut avoir à l'esprit un fait fondamental en ce qui concerne la transmission orale de toute la tradition rituelle: elle s'occupe exclusivement de la forme des récitations, pas de leur signification. Des mécanismes complexes existent qui visent à préserver chaque mot, chaque forme linguistique, chaque détail formel de toutes les récitations et de tous les chants.» (Staal, 1990: 51)

Ainsi, ce n'est pas la signification qui est mémorisée et enseignée⁸⁰. S'il n'y a pas de mécanismes en place pour transmettre la signification des textes, les mécanismes de transmission des modes de récitation sont, eux, très bien décrits. En fait, selon Staal et Zimmermann, le langage scientifico-poétique est un discours sur le discours duquel on ne peut plus se dépendre; une nomenclature et une combinatoire qui limitent la matérialité du discours.

S'il est possible de jouer avec les mots, il faut tout de même jouer avec les polarités internes, c'est-à-dire jouer avec les mots à l'intérieur du même paradigme, et toujours en respectant la métrique, dans ce cas-ci en conservant des vers octosyllabiques. Si donc, grâce à la classification polythétique, la catachrèse et la conglobation, il est possible d'obtenir des significations différentes, la dénotation, elle, reste identique:

«Toutes les informations concrètes, toutes les données empiriques, d'ordre pharmaceutique, physiologique ou nosologique, sont rigoureusement subordonnées à ces *jeux du langage*.» (Zimmermann, 1982: 158)

Il peut tout de même y avoir quelques contradictions, par exemple, un terme qui se retrouve au sein de deux paradigmes :

«Sous l'apparente linéarité de l'écriture, on aperçoit alors l'alliance de deux thèmes contraires, l'*intersection* de deux ensembles de traits contrastés, l'*ambiguïté* d'une substance relativement sèche... et néanmoins onctueuse, plutôt légère... mais sur un fond de lourdeur.» (Zimmermann, 1982: 169)

Zimmermann note d'ailleurs que les ensembles paradigmatiques ne sont pas fixes: ils jouent plutôt sur la polarité. Si l'on admet, avec Zimmermann, que «l'idée d'une cohérence d'ensemble s'impose dans la mesure où l'interprète accepte de ne pas se perdre dans les détails» (Zimmermann, 1982: 159) et que la compréhension de la médecine ayurvédique passe obligatoirement par l'étude du système de classification lui-même, on peut néanmoins suggérer l'idée que ces cas plus flous,

⁸⁰ Un étudiant d'internat à la GAMH me racontait à la blague que lors des examens en classe, il savait exactement ce que l'examineur s'attendait à trouver comme réponse à chacune des questions. Après avoir écrit correctement les *sutras* demandés, l'étudiant s'accordait une place pour commenter et ajouter ses propres suggestions, plus ou moins loufoques... Certains évaluateurs appréciaient, d'autres non!

plus flexibles, seraient peut-être intéressants à observer pour une éventuelle étude des possibilités d'adaptations locales.

Cependant, la forme même des textes védiques limite ces adaptations : une modification de structure des textes védiques entraînerait l'effondrement de la logique paradigmatique. Le noyau du système étant le système de classement lui-même, il est dès lors plus difficile d'en modifier la structure. C'est le métalangage qui est transmis, et les adaptations ne peuvent être que superficielles, ou comme l'écrit Zimmermann, ne peuvent être que «de perpétuels remaniements dans le détail toujours fondés sur la synonymie.» (Zimmermann, 1989: 87) Toutefois, la transmission du sens peut, elle, être adaptée localement. Et l'hétérogénéité interne de l'ayurvêda témoigne de la pluralité d'interprétations que permet l'absence de mécanisme de transmission du sens.

En somme, on peut qualifier le sanskrit ayurvédique de logico-poétique, c'est-à-dire de langue poétique douée d'autorité. En plus de ne pas contrôler la transmission du sens et la présence de nombreuses chaînes de commentaires, cette logico-poétique intègre en son sein les possibilités de distanciation d'avec le langage en rendant visible la structure du discours. Ce double effet, de rhétorique et de distanciation, nous permet d'adopter l'appellation de logico-poétique, évoquant ainsi à la fois l'aspect contraignant de la structure paradigmatique et l'aspect créateur que permettent la réflexivité et l'espace de jeu.

Si les analyses de Zimmermann sont plus qu'éclairantes en ce qui concerne l'aspect logique du sanskrit ayurvédique, d'autres études ethnographiques pourraient nous permettre d'éclairer aussi l'aspect créateur de l'ayurvêda, au-delà des expérimentations samyogiques décrites par Obeyesekere, en déplaçant l'objet d'étude de la pharmacologie aux discours et pratiques des praticiens. Il serait ainsi intéressant de se pencher sur les termes appartenant à plus d'un ensemble paradigmatique et voir dans quelle mesure l'utilisation qui en est faite varie d'une région à l'autre; de se pencher sur les nouvelles recherches ayurvédiques et de voir comment les découvertes sont combinées au savoir traditionnel; de tenter de

comprendre à quel niveau est intégré le discours biomédical contemporain dans la science ayurvédique; de voir ce qu'il advient des catégories adventices qui sont omniprésentes dans la littérature classique mais qui semblent être perçues comme des catégories nuisibles à la renommée d'une science ayurvédique en lutte constante pour sa reconnaissance face à une biomédecine impérialiste.

Pour éclairer la pratique contemporaine de l'ayurvéda, il importe de nuancer les propos de Zimmermann lorsqu'il parle d'une tradition «globalement figée» accordant peu d'importance à la clinique (Zimmermann, 1989: 105); il importe d'accorder plus d'importance à la multiplicité des interprétations, aux discours des acteurs contemporains, aux frontières floues, aux restes de l'analyse structurale. Si l'anthropologie contemporaine s'est beaucoup intéressée aux théories de l'énonciation et à l'aspect contraignant du discours, elle a aussi misé sur l'hétérogénéité: les contradictions et les ambiguïtés sont plus que jamais au cœur des recherches anthropologiques. Ainsi, les utilisations locales des textes ayurvédiques classiques demeurent un thème qu'il serait important d'approfondir d'avantage, pour redonner autant d'importance à l'aspect créateur de la poétique qu'en jouissent ses règles, autant d'importance à la conformité qu'aux décalages, à l'expérience qu'aux discours, pour relativiser les théories de l'énonciation et la perspective structuraliste. En somme, accorder de l'importance à la pratique pour bien comprendre l'espace de jeu en dehors de l'espace laissé libre par la logique paradigmatique.

6.4. De la logique structurale à la multiplicité des discours

À travers les études de Zimmermann (1982, 1989), nous avons vu que les procédés stylistiques utilisés dans la littérature ayurvédique classique donnent de la malléabilité aux concepts ayurvédiques. L'utilisation des ellipses, parallélismes, énumérations, figures métaphoriques, synonymies, circonlocutions, redondances et catachrèses permet une épaisseur de sens qui enrichit les concepts et multiplie les possibilités d'interprétations.

En élargissant le modèle linguistique et en appliquant les conclusions de Zimmermann au passage de la théorie à la pratique, ou à «la mise en acte», il nous apparaît que non seulement le multi-perspectivalisme des concepts ayurvédiques, mais aussi la richesse de la littérature ayurvédique classique, permet un espace de jeu considérable pour le praticien devant faire face à des cas cliniques concrets. Un article plus récent de Zimmermann nous aidera à appuyer notre propos.

Dans son article *The Scholar, the wise man, and universals : three aspects of Ayurvedic medicine*, Zimmermann choisit l'exemple d'*apasmara* (traduit par épilepsie) comme fil conducteur pour montrer trois facettes de la médecine ayurvédique. En citant plusieurs extraits de la *Caraka*, Zimmermann explique qu'*apasmara* est clairement hors des limites de la pathologie humorale : les causes surnaturelles sont invoquées dans la littérature classique et les références à la mythologie hindoue sont constantes (Zimmermann, 1995 : 303)⁸¹. Le modèle du 3 +1 explicité par Malamoud⁸² s'applique aussi aux modes de thérapie pour l'épilepsie : diète, évacuant, calmant + mantra. Si le groupe des 3 relève de la théorie humorale, le +1 est ici une façon d'ouvrir le champ des interprétations pour laisser la place à des explications métaphysiques. De plus, le passage constant, dans les *sutras*, des symptômes physiques aux notions abstraites permet deux niveaux de lecture : physiologique et moral (Zimmermann, 1995 : 303-306).

Cependant, selon Zimmermann, même si la littérature classique mentionne le rôle des dieux et des démons dans l'étiologie, le principe de la responsabilité humaine les supplante. En reprenant l'exemple d'*apasmara*, il montrera qu'il y a donc deux types d'épilepsie, selon le contexte étiologique : 1) il s'agit d'un cas de déséquilibre humoral si la cause est une connexion inappropriée du patient avec le monde sensible; 2) il s'agit d'un cas adventice (accidentel, fortuit, qui s'ajoute

⁸¹ Pour les références à la mythologie hindoue dans la littérature ayurvédique classique, voir aussi Trawick, 1995 : 281.

⁸² Voir Zimmermann 1995 : 303. Voir aussi le principe de la hiérarchie tournante de Malamoud, 1989, où il explique que dans la sémantique et la rhétorique de la hiérarchie hindoue des «but de l'homme» ou *purusartha* (*dharma* ou devoir, *artha* ou richesse, *kama* ou désir, *moksa* ou renoncement) la structure interne des trois premiers termes est cohérente et forme système, alors que la *moksa*, ou le «+1» irréductible, peut : a) définir négativement; b) relever du domaine du visible; c) ouvrir sur l'infini; d) compléter, englober, transcender ou exprimer la quintessence.

accessoirement) si la cause est un manque de sagesse. Selon Zimmermann, il s'agit là d'une catégorisation subjective et l'ambiguïté de la catachrèse ne se retrouve donc pas seulement au niveau du langage, mais aussi au niveau des principes. En effet, il y a substitution implicite des causes tout au long de l'argument médical : la circularité causes et symptômes génère une chaîne où les principes découlent les uns des autres (Zimmermann, 1995 : 307-309)⁸³.

S'il y a une dimension métaphysique évidente, la pratique ayurvédique est tout de même basée sur le principe de raison, sur la rationalité des débalacements humoraux. Mais Zimmermann insiste : l'épilepsie n'est aucunement confinée aux frontières du déterminisme humoral. Les distinctions épistémologiques qui sont dressées entre les cas de rationalité et de destin permettent ainsi à l'ayurveda d'être tout à la fois un art de la sagesse et un art de la science (Zimmermann, 1995 : 309-310).

Si l'abstraction, ou la logique paradigmatique, de la théorie ayurvédique donne beaucoup de malléabilité au système vu les nombreuses possibilités d'interprétations, on peut penser que la richesse du répertoire permet la multiplicité de discours et de pratiques qui entourent les théories explicites en terme de physiologie ayurvédique et assure ainsi elle aussi la malléabilité du système. En effet, si les théories explicites sont basées sur la physiologie ayurvédique, d'autres *sutras* sont présents dans la littérature classique qui peuvent venir appuyer d'autres discours et pratiques.

Nous avons vu que la citation des *sutras* sert de preuve ou d'argument indéfectible pour légitimer un discours ou une pratique. Dans les textes classiques, la présence de *sutras* révélant l'idéal de la relation praticien / patient sert par exemple de base pour développer une théorie de la psychothérapie ayurvédique⁸⁴. Les *sutras* où glissent et se substituent de façon implicite les différents ordres étiologiques et où sont mentionnés soit des principes métaphysiques ou soit des

⁸³ Voir aussi Trawick sur l'holisme par procès de génération et l'image de la naissance comme racine métaphorique (Trawick, 1995 : 292).

⁸⁴ Voir Langford 1998.

principes de responsabilité humaine peuvent aussi servir de point de départ à des discours et pratiques parallèles à la théorie physiologique des humeurs :

«La maladie survient quand une des trois humeurs devient excessivement agitée et augmente de façon disproportionnelle en relation aux autres. Le débalancement des humeurs survient (et c'est là la théorie générale de l'étiologie ayurvédique) en raison de l'usage excessif, déficient ou du mauvais usage 1) des sens; 2) de l'action (soit l'action du corps, de l'esprit ou du discours) et 3) du temps, c'est-à-dire des différentes saisons.» (Kakar, 1982 : 231, traduction libre)

Ce glissement de l'ordre physiologique aux principes de responsabilité humaine ouvre le champ des interprétations. La présence de ce type de *sutra*, associé à la logique du commentaire, permet une série d'interprétations étiologiques de la maladie qui peuvent facilement légitimer des explications hors du registre des trois *dosas*, et privilégier plutôt des explications sociales, culturelles ou métaphysiques. La richesse du répertoire combinée à l'abstraction théorique permet ainsi l'ouverture du système à des niveaux autres que physiologiques.

Selon Kakar, la théorie ayurvédique serait cependant limitée au niveau des explications psychologiques en raison de son penchant pour l'holisme :

« Dans ses explications des problèmes de santé mentale, l'ayurvéda ne mène pas (ou ne peut pas mener) de recherche détaillée sur le rôle du psyche (ou même du corps) dans l'étiologie de la santé mentale. L'ayurvéda doit simultanément amener dans son cadre explicatif les aspects sociaux et métaphysiques, et ainsi dilue les initiatives cliniques et dissipe la force de ses pénétrations psychologiques.» (Kakar, 1982 : 247. Traduction libre.⁸⁵)

⁸⁵ «In its explanation of mental illness, Ayurveda would not (or could not) pursue detailed investigations into the role of the psyche (or even the body) in the etiology of mental illness. It had to simultaneously bring within its framework the social and the metaphysical aspects, thus diluting its clinical thrust and dissipating the force of its psychological insights.» (Kakar, 1982 : 247)

On peut en effet penser que la conception holistique et relationnelle de la personne⁸⁶ peut pousser à prendre en compte tous les aspects de la maladie sans pour autant sur-spécialiser dans un champ ou l'autre (la théorie des humeurs est pourtant explicitée longuement). La présence de *sutras* hors du concept des trois *dosas* est tout de même suffisante pour voir se développer toute une école de pensée et la richesse du répertoire permet ainsi une multiplicité de discours et de pratiques entourant les problèmes de santé mentale. Comme l'explique Kakar :

«Dans certaines sections de la *Caraka Samhita*, il y a une discussion sur les maladies résultant des actions des vies précédentes et sur la futilité des efforts curatifs tant que les effets du karma individuel n'ont pas été éliminés après avoir suivi leur propre voie. D'un autre côté, tout un chapitre de la *Caraka Samhita*, qui demeure silencieux au sujet du karma des vies antérieures, explique et proclame avec assurance qu'un traitement médical efficace dépend de quatre, et de seulement quatre facteurs : le physicien, le médicament (drogue ou diète), la personne aidante et les qualités du patient.» (Kakar, 1982 : 225-226, traduction libre)

Ainsi, si on a l'évidence que la théorie ayurvédique est basée sur la physiologie des humeurs, qui est très élaborée et explicitée dans les textes, c'est souvent de la présence d'autres catégories de *sutras* que découlent les définitions de la santé mentale, décrites en des termes hors du registre physiologique. On prescrit par exemple des comportements harmonieux pour atteindre l'idéal de la santé mentale, les problèmes de santé mentale étant définis comme une déviation du social ou de l'idéal *satvic*. La définition de la maladie mentale par un *vaid*, informateur de Kakar, se résumait à des pensées, actions et paroles du patient non-nécessaires ou nuisibles à la société (Kakar, 1982 : 249). Dans un article publié par Dr.Devy sur les effets de la thérapie *panchakarma*, la définition de la maladie mentale citée en début d'article était la suivante : « un état d'esprit dans lequel l'individu perd son pouvoir de régulation de ses actions conformément aux règles de la société.» (Dr.Devy, 2002 : 1. Traduction libre)

⁸⁶ Marriott dresse un parallèle entre la conception moderne et indienne de la personne. Alors qu'on peut qualifier la personne moderne d'individuelle et d'homogène, la personne indienne serait plutôt dividuelle ou divisible, fluide, sa nature personnelle dérivant de l'interpersonnel. Kakar relativise cependant cette théorie, soutenant que l'inconscient de l'individu indien est souvent individuel, et celui de l'individu moderne, dividuel. (Marriott, 1980, cité dans Kakar 1982 : 274-275)

Nous avons aussi vu que la culture médicale implicite des praticiens et étudiant(e)s de la GAMH inclut une série de discours le plus souvent associés à des facteurs autres que physiologiques. Rappelons toutefois que malgré ces nombreuses références à des registres non-physiologiques, les praticiens mettent tout de même formellement l'accent sur l'aspect humoral de la maladie. Ainsi, l'informateur de Kakar mentionnait que la discussion avec le patient est inutile tant que les nerfs sont secs. La cure est principalement sur le plan du corps, et le plus important est de s'assurer que le patient peut dormir, manger et évacuer. Selon ce praticien, la moitié de la cure est alors effectuée. Cependant, la conception de la thérapie va au-delà de la restauration des fonctions corporelles (Kakar, 1982 : 265-266). Les données ethnographiques de Kakar tendent donc à montrer qu'en parallèle avec l'examen physique, l'examen médical inclut les sphères émotionnelles et sociales du patient. La personne est conçue comme une entité physique, psychologique, sociale et métaphysique, et les frontières entre ces différents ordres sont fluides : la séparation est moins rigide que dans la conception moderne de la personne (Kakar, 1982 : 228-229).

Les données ethnographiques recueillies à la GAMH vont dans le même sens : si les entrevues formelles avec les praticiens ayurvédiques ne faisaient d'abord mention que de la théorie des humeurs, le terrain de longue durée, l'observation participante et les discussions informelles révélèrent une multiplicité d'autres discours et pratiques qui concordent avec la conception de la personne comme étant un être holistique et relationnel. Ainsi, non seulement l'abstraction théorique et la logique paradigmatique des concepts ayurvédiques entrent en ligne de compte pour permettre la malléabilité du système, mais en plus, la richesse du répertoire permet aux praticiens de puiser dans plusieurs registres, ou d'utiliser différents idiomes ayurvédiques, pour légitimer leurs discours et pratiques coexistants avec la théorie physiologique des humeurs, par exemple dans le cas de la thérapie par *counselling* où des *sutras* concernant la relation patient / praticien sont utilisés pour expliquer cette pratique sur la base de l'ayurvéda sans se référer ou parodier la psychothérapie moderne.

Si les citations en sanskrit des *sutras* «+1» permettent aux praticiens de justifier des discours et pratiques en dehors du concept des trois *dosas*, les données recueillies à Kottakkal témoignent aussi d'une culture médicale implicite qui intègre des discours biomédicaux extérieurs au répertoire ayurvédique et qui exclut des discours métaphysiques pourtant présents dans la littérature ayurvédique classique. D'une part, l'abstraction des textes ayurvédiques classiques permet des cas typiques de bricolages où des emprunts au langage biomédical sont faits sans pour autant altérer le noyau conceptuel du système ayurvédique. D'autre part, les catégories adventices sont inutilisées dans la thérapeutique principale basée sur le concept des trois *dosas*, mais elles sont cependant réintégrées dans les discussions de cas pour appuyer des propos plus informels par des références à la littérature. La théorie des humeurs, bien qu'inaltérable, n'est donc pas le seul cadre explicatif présent à la GAMH : l'horizon mythique des textes ayurvédiques classiques fait partie intégrante de la culture médicale implicite des praticiens, et cela même si les rituels thérapeutiques ne sont pas pratiqués à la GAMH⁸⁷. La richesse et l'abondance de la littérature, jumelées à l'absence de mécanisme de transmission du sens, permettent la malléabilité et l'hétérogénéité interne du système ayurvédique dans un jeu idiomatique et idiosyncrasique qui va au-delà de l'espace laissé libre par la logique paradigmatique, et au-delà de la théorie des humeurs.

⁸⁷ Ils le sont cependant dans d'autres lieux thérapeutiques ayurvédiques, tels que *Poonkutil*.

7. Pour conclure : un soi politique

7.1. Une lutte politique pour la reconnaissance de l'ayurvéda

Lors de mon premier séjour sur le sous-continent indien en 2000, les gens rencontrés à la croisée des chemins me murmurèrent à l'oreille le nom de Kottakkal. Sur place, je réalisai l'importance que revêtait le système de médecine ayurvédique pour les gens du district, l'établissement et l'expansion de l'*Arya Vaidya Sala* de Kottakkal ayant mis sur la carte ce petit village situé au cœur de la terre des cocotiers. En 2002, lors de mon terrain de maîtrise, Kottakkal se parait de ses plus beaux atours pour célébrer le centenaire de l'*Arya Vaidya Sala*. Pour l'occasion, Kottakkal accueillit en février la 56^e assemblée plénière du *All India Ayurvedic Congress*. Dans l'auditorium *Vaidyaratnam P.S. Varier Nagar*, des spécialistes venus de tous les coins du pays se succédaient sur la scène pour discuter sur différents thèmes chers à leur discipline : Modes de vie et maux reliés au stress; Scénarios de recherche clinique; Savoir traditionnel – sa force dans les soins de santé (*its strenght in health care*); Savoir traditionnel – opportunités et menaces; Une vue contemporaine sur l'industrie pharmaceutique ayurvédique; L'industrie pharmaceutique ayurvédique – son futur.

Certains conférenciers présentaient leurs travaux de recherche sur les principes de base, la *materia medica* ou les méthodes thérapeutiques; d'autres, plus nombreux, discourent sur «La pertinence contemporaine des principes de base de l'ayurvéda» ou sur «La sagesse clinique ayurvédique et sa pertinence aujourd'hui». Ces derniers orateurs, ayant choisi de faire l'éloge de l'ayurvéda et de défendre sa pertinence plutôt que de présenter leurs travaux de recherche, naviguaient entre deux pôles : la fidélité aux textes fondateurs et la nécessité de modernisation pour faire face au marché mondial. Ils insistaient sur l'importance de continuer la recherche en prenant en considération le contexte actuel tout en respectant les principes énoncés dans les traités ayurvédiques. Les autres praticiens, ceux qui choisirent plutôt de présenter leurs résultats cliniques et expérimentaux, s'intéressèrent à des maux ou problèmes contemporains tout en

respectant les principes de base de l'ayurvéda. L'utilisation du soi est aussi politique.

Ashis Nandy, dans son ouvrage *Alternative Sciences : Creativity and Authenticity in Two Indian Scientists*, nous présente un scientifique indien, Jagadis Chandra Bose (1858-1937), physicien et botaniste. Bose est le premier scientifique indien moderne à se distinguer et à défendre consciemment le concept de «science indienne». Nandy analyse ses forces psychologiques, ses batailles avec ses démons. En choisissant de faire une étude psychologique plutôt qu'une histoire des sciences, Nandy met l'accent sur les échanges entre la créativité individuelle et les réalités sociales. Une façon de faire qui, selon lui, est mal comprise par les gens qu'il étudie :

«Il y a une tendance répandue chez les élites asiatiques et africaines à oublier que chaque culture produit sa propre science aussi sûrement que chaque scientifique produit de nouvelles réalités culturelles.» (Nandy, 1998 : 17, traduction libre)

Pour Nandy, la psychologie de la créativité et la psychologie culturelle sont éclairantes pour l'étude des sciences et des scientifiques, car elles apportent une meilleure compréhension des conflits internes des gens issus de cultures ancestrales (*ancient cultures*) qui essaient d'actualiser leurs nouvelles auto-définitions pour faire sens avec la scientificité moderne (Nandy, 1998 : 18) :

«Nulle part cette détermination sociale de la créativité scientifique ne crée autant d'anxiété et de confusion que dans les sociétés qui consciemment essaient de mettre en place de nouveaux plans directeurs pour leur futur.» (Nandy, 1998 : 19, traduction libre)

L'Inde du 19^e siècle en est un bon exemple, les scientifiques de l'époque ayant fait de la science moderne soit leur profession, soit leur cri de ralliement, soit le symbole de leur dissentiment. Quoi qu'il en soit, tous ont eu à opter pour un conflit prolongé entre leur indiannité et leur soi professionnel; ils ont eu à se battre pour forger, de ces deux composantes, une nouvelle identité qui faisait sens de leur société et qui faisait sens pour eux (Nandy, 1998 : 19).

Selon Nandy, le sentiment d'infériorité provient de l'internalisation des valeurs modernes. L'écart grandissant entre l'auto-perception et les nouveaux idéaux sociaux sabote le sens de la compétence des Indiens vis-à-vis de l'Occident. Néanmoins, l'identification négative n'est qu'une alternative (Nandy, 1998 : 79). Bose en choisira une autre en démontrant la convergence de la pensée indienne et des valeurs modernes, en redécouvrant la tradition à travers la science. Cette alternative l'aidera à garder l'estime de lui qui est menacée par la suprématie du système étranger (Nandy, 1998 : 83).

7.2. L'anthropologue comme point de cohérence

Je ne peux aucunement prétendre ici avoir donné une vision complète de la pratique contemporaine de la médecine ayurvédique utilisée pour les cas de santé mentale. Ce travail est peut-être le reflet de l'image que mes informateurs voulaient que j'emporte avec moi. Pourtant, un certain malaise subsiste à l'idée d'avoir écrit « sur eux » en montrant l'abstraction du système ayurvédique, sa malléabilité, son hétérogénéité interne, ses tensions et ses contradictions; à l'idée que peut-être ce choix puisse être interprété comme un discrédit dans un contexte où l'ayurvéda est dans une lutte politique pour sa reconnaissance et pour faire contrepoids à l'impérialisme biomédical. Leurs efforts pour se faire reconnaître en tant que scientifiques, pour faire reconnaître l'ayurvéda en tant que science ayant des principes universaux, applicables et exportables, transparaisaient lors des entrevues et n'ont peut-être pas été mis en évidence ici.

Pourtant, l'intérêt anthropologique se trouve pour moi clairement du côté de la mise en acte diversifiée, de la multiplicité des possibilités d'interprétations, de l'ouverture du système, de son fondement moral, humaniste et métaphysique. Tout autant que l'abstraction théorique permet la mise en acte, la richesse du répertoire permet la diversité, le pluralisme interne. Malgré l'hypothèse de l'érosion de la dépendance contextuelle, j'espère avoir laissé germer l'idée que l'hétérogénéité interne et la multiplicité des idiomes ayurvédiques persistent malgré l'institutionnalisation. Le déplacement vers un site de recherche hors institution, tel que *Poonkutil*, nous donnerait certainement une autre vision de la

pratique ayurvédique contemporaine pour les cas de santé mentale. Un lieu qui favorise peut-être une plus grande épaisseur de sens et d'où nous pourrions plus encore nous faire le porte-voix du bien-fondé du pluralisme médical.

Sources documentaires

Bibliographie

- AGNIVES C.R. (dir.), 2001, *Concept of Mind*, Kottakkal, Department of Samhitas & Siddhanthas, Vaidyaratnam P.S. Varier Ayurveda College.
- ASSAYAG J. et G. TARABOUT (dir.), 1997, *Altérité et Identité: Islam et Christianisme en Inde*, Paris, Éditions de L'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Collection Purusartha.
- AYYAR K.V., 1966, *A Short History of Kerala*, Ernakulam, PAI & Company.
- BEALS A.R., 1976, «Strategies of Resort to Curers in South India», dans C.Leslie (dir.), *Asian Medical Systems*, Berkeley, University of California Press: 184-200.
- BHISHAGRATNA K.K. (dir.), 1991, *An English Translation of The Sushruta Samhita*, Varanasi, Chowkhamba Sanskrit Studies, Vol.XXX.
- BIBEAU G. et E. CORIN, 1995, «Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique: les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale», dans F.Trudel, P.Charest et Y. Breton (dir.), *La construction de l'anthropologie québécoise : Éloges offerts à Marc-Adélarde Tremblay*, Ste-Foy, Les Presses de l'Université Laval : 105-148.
- BIBEAU G. et J.-M. GUILÉ, 1995, «Discussion critique des grilles sémiologiques et nosographiques», *Encyclopédie Médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37-715-A-30 : 1-3.
- BIBEAU G., 1997, «Cultural Psychiatry in a Creolizing World. Questions for a New Research Agenda», *Transcultural Psychiatry*, 34 (1): 9-41.
- CARSTAIRS G. M., 1976, *The great universe of Kota : stress, change and mental disorder in an Indian village*, London, Hogarth Press.
- CHAKRABORTY A., 2001, «Stigma in India», *Transcultural Psychiatry*, 38 (1): 139-141.
- CHAMPION C. (dir.), 1996, *Traditions orales dans le monde indien*, Paris, Éditions de L'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Collection Purusartha.
- CHOONDAL C., 1983, *Christian Folk Songs*, Trichur (Kerala), Kerala Folklore Academy.

- CHRISMAN N.J. et T.W. MARETZKI, 1982, *Clinically applied anthropology: anthropologists in health science settings*, Dordrecht (Holland), Boston, Hingham (MA), D. Reidel, Collection Culture, Illness and Healing, vol.5.
- CLIFFORD J. et G.E. MARCUS (dir.), 1986, *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*, Berkeley (CA), University of California Press.
- COHEN L., 1995, «The epistemological carnival : meditations on disciplinary intentionality and Ayurveda», dans *Knowledge and the Scholarly Medical Traditions*, Don Bates (dir.), Cambridge, Cambridge University Press: 320-343.
- CORIN E., 1990, «Facts and meaning in psychiatry: An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14: 153-188.
- CORIN E., 1998, «The Thickness of Being: Intentional Worlds, Strategies of Identity, and Experience Among Schizophrenics», *Psychiatry*, 61: 133-146.
- CORIN, E. et R. THARA et R. PADMAVATI, (sous presse), «Living through a staggering world. The play of signifiers in early psychosis in South India», dans J.Jenkins et R.Barrett (dir.), *Culture, Subjectivity and Schizophrenia*.
- CRAPANZANO V., 1994, «Rethinking Psychological Anthropology: A Critical View», dans M.M. Suarez-Orozco et G.L. Spindler (dir.), *The Making of Psychological Anthropology*, Forth Worth, Harcourt Brace College: 223-243.
- DANIEL E.V., 1984, *Fluid Signs: Being a Person the Tamil Way*, Berkeley, University of California Press.
- DEIN S. et S. SEMBHI, 2001, «The Use of Traditional Healing in South Asian Psychiatric Patients in the U.K.: Interactions Between Professional and Folk Psychiatries», *Transcultural Psychiatry*, 38 (2): 243-257.
- DE TOURREIL S.S., 1995, *Nayars in a South Indian Matrix: A Study based on female-centred ritual*, Thesis, Montréal, Concordia University.
- DEVY M.P.P., 2002, *A Study On the Effect of Panchakarma Therapy In Paithikonmada*, Texte de conférence.
- ESNOUL A.M. et O. LACOMBE (traduction et commentaires), 1976 (1972), *La Bhagavad Gîtâ*, Paris, Éditions du Seuil, Librairie Arthème Fayard, Collection Points.
- FABREGA H.J., 1989, «On the significance of an anthropological approach to schizophrenia», *Psychiatry*, 52 (1): 45-65.

- FAWCETT F., 1990 (1901), *Nayars of Malabar*, New Delhi, Asian Educational Service.
- FILLIOZAT J., 1964, *The Classical Doctrine of Indian Medicine*, Delhi, Munshiran Manoharlal.
- FILLIOZAT J., 1991, *Religion, Philosophy, Yoga: a selection of articles*, Delhi, Motilal Banarasidass Publishers.
- FILLIOZAT J., 1995-96, «Ayurvéda», dans A.Aubry (dir.), *Encyclopaedia Universalis*, Paris : 142-144.
- FILLIOZAT P.S., 1992, *Le Sanskrit*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection «Que sais-je?».
- FREEMAN J.R., 1993, «Performing Possession : Ritual and Consciousness in the Teyyam Complex of Northern Kerala», dans H.Bruckner, L.Lutze et A.Malik (dir.), *Flags of Fame: Studies in South Asian Folk Culture*, New Delhi, Manohar: 109-138.
- FULLER C.J., 1976, *The Nayars today*, Cambridge, New York, Cambridge University Press.
- GABORIEAU M., 1982, «Les fêtes, le temps et l'espace: structure du calendrier hindou dans sa version indo-népalaise», *L'Homme*, XXII (3): 11-29.
- GAINES A.D., 1982, «Knowledge and practice: Anthropological ideas and psychiatric practice», dans N.J. Chrisman et T.W. Maretzki (dir.), *Clinically applied anthropology: anthropologists in health science settings*, Dordrecht (Holland), Boston, Hingham (MA), D. Reidel, Collection Culture, Illness and Healing, vol.5: 243-273.
- GEORGE K.M., 1968, *A Survey of Malayalam Literature*, London, Asia Publishing House.
- GOOD B.J. et MJDV GOOD, 1981, «The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice», dans L. Einsenberg et A. Kleinman (dir.), *The relevance of social science for medicine*, Dordrecht (Holland), Reidel: 165-196.
- GOOD B.J. et MJDV GOOD, 1982, «The semantic of medical discourse», dans E. Mendelsohn et Y. Elkana (dir.), *Sciences and cultures*, Dordrecht (Holland), Reidel: 177-212.
- GOOD B.J., 1994, *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press.

- GOOD B.J., 1996, «Culture and DSM-IV: Diagnosis, knowledge and power», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20 (2): 127-132.
- GULATI L., 1993, «Male Migration to the Middle-East and the Impact on the Family : Some Evidence from Kerala», *Economic and Political Weekly*, 18 : 52-53.
- GUPTA S.P., 1977, *Psychopathology in Indian Medicine (Ayurveda)*, Aligarh, India, Ajaya Publishers.
- HALLIBURTON M., 2000, *Possession, Purgatives or Prozac? The Experience of Illness and the Process of Healing in Kerala, South India*, Thesis, City University of New York.
- HIRIYANNA M., 1956 (1949), *The Essentials of Indian Philosophy*, London, George Allen and Unwin.
- ISRAEL, B.J., 1982, *The Jews of India*, New Delhi, Jewish Welfare Association, Mosaic Books.
- JOLLY J., 1977, *Indian Medicine*, New Delhi, Munshiram Manoharlal.
- JOSHI J.R., 1996, *A Critical Assessment of Satwa in Hemiplegia patients*, Thesis, Department of Basic Principles, Government Ayurvedic College, Trivandrum.
- KAKAR S., 1982, *Shamans, mystics, and doctors: a psychological inquiry into India and its healing traditions*, New York, Knopf.
- KAPFERER B., 1979, «Mind, Self and Other in Demonic Illness: The Negation and Reconstruction of Self», *American Ethnologist*, 6: 110-133.
- KAPUR R.L., 1987, «Commentary on culture bound syndromes and international disease classification», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11: 43-48.
- KIRMAYER L. et J.M. ROBBINS (dir.), 1991, *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*, Washington, American Psychiatric Press.
- KLEINMAN A., 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, Berkeley, University of California Press.
- KLEINMAN A. et L. EISENBERG, 1981, *The Relevance of social science for medicine*, Dordrecht (Holland), D.Reidel Publications, Collection Culture, Illness and Healing, vol.1.

- KLEINMAN A., 1987, «Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness», *The British Journal of Psychiatry*, 151: 447-454.
- KLEINMAN A., 1987, «Culture and clinical reality: Commentary on culture-bound syndromes and international disease classification», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11 (1): 49-52.
- KLEINMAN A., 1988, *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*, New York, The Free Press.
- KURUP K.K.N., 1977, *Aspects of Kerala history and culture*, Trivandrum, Book House.
- LANGFORD J., 1995, «Ayurvedic Interiors: Person, Space, and Episteme in Three Medical Practices», *Cultural Anthropology*, 10(3): 330-366.
- LANGFORD J., 1998, «Ayurvedic Psychotherapy: Transposed Signs, Parodied Selves», *Political and Legal Anthropology Review*, 21 (1) : 84-98.
- LEAVITT J., 1986, «Oracular therapy in the Kumaon Hills: A Question of Rationality», *Indian Anthropologist*, 16 (2): 71-79.
- LEAVITT J., 1992, «Cultural holism in the anthropology of South Asia: The challenge of regional traditions», *Contributions to Indian Sociology* (n.s.), 26 (1): 3-49.
- LEELADEVI R., 1986, *History of Kerala*, Kottayam, Vidyarthi Mithram Press & Book Depot.
- LEELA G., 1993, *In the absence of their men : the impact of male migration on women*, New Delhi, Sage Publications.
- LEGGET T., 1990, *The Complete Commentary by Sankara on the Yoga Sutra-s: A Full Translation of the Newly Discovered Text*, London, New York, Kegan Paul International.
- LESLIE C. (dir.), 1976, *Asian Medical Systems*, Berkeley, University of California Press.
- LESLIE C., 1976, «The Ambiguities of Medical Revivalism in Modern India», dans C. Leslie, *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley, University of California Press.
- LESLIE C., 1992, «Interpretations of Illness: Syncretism in Modern Ayurveda», dans C. Leslie et A. Young, *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, University of California Press: 176-208.

- LESLIE C. et A. YOUNG (dir.), 1992, *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, University of California Press.
- MAHADEVAN K. et M. SUMANGALA, 1987, *Social development, cultural change, and fertility decline : a study of fertility change in Kerala*, New Delhi, Sage Publications.
- MALAMOUD C., 1981, «Inde Védique. Religion et mythologie», dans Y. Bonnefoy (dir.), *Dictionnaire des mythologies et des religions des sociétés traditionnelles et du monde antique*, Paris, Flammarion : 541-545.
- MALAMOUD C., 1987, «Parole à voir et à entendre», *Cahiers de littérature orale*, 21 : 151-161.
- MALAMOUD C., 1989, *Cuire le monde: rite et pensée dans l'Inde ancienne*, Paris, La Découverte.
- MALONEY C., 1974, *Peoples of South Asia*, New York, Seton Hall University.
- MARRIOTT M. (dir.), 1969, *Village India. Studies in the Little Community*, Chicago, University of Chicago Press.
- MARRIOTT M., 1989, «Constructing an Indian ethnosociology», *Contributions to Indian Sociology* (n.s.), 23 (1): 1-39.
- MARRIOTT M., 1990, *India through Hindu categories*, New Delhi, Newbury Park (Ca), Sage Publications.
- MARRIOTT M. et M. MORENO, 1990, «Humoral transactions in two Tamil cults: Murukan and Mariyamman», dans M. Marriott, *India through Hindu categories*, New Delhi, Newbury Park (Ca), Sage Publications.
- MARSELLA J.A. et G.M. WHITE (dir.), 1982, *Cultural conceptions of mental health and therapy*, Dordrecht (Holland), D. Reidel.
- MENON S.A., 1978, *Cultural Heritage of Kerala: An Introduction*, Cochin, East-West Publications Private Ltd.
- MILLER R.E., 1992 (1976), *Mappila Muslims of Kerala : a study in Islamic trends*, Madras, Orient Longman.
- MONTGOMERY E., 1976, «Systems and the Medical Practitioners of a Tamil Town», dans C. Leslie (dir.), *Asian Medical Systems*, Berkeley, University of California Press: 272-284.
- MOORE M.A., 1989, «The Kerala house as a Hindu cosmos», *Contributions to Indian Sociology*, 23 (1): 169-202.

- MORENO A.M., 1985, «God's Forcefull Call: Possession as a Divine Strategy», dans J. Punzo Waghorne and N. Cutler (dir.), *Gods of Flesh, Gods of Stone: The Embodiment of Divinity in India*, Chambersburg (PA), Anima Press: 103-122.
- NANDY A., 1995, «The Savage Freud: The first Non-Western Psychoanalyst and the Politics of Secret Selves in Colonial India», dans *The Savage Freud and Other Essays on Possible and Retrievable Selves*, Princeton (NJ), Princeton University Press.
- NANDY A., 1998, *Exiled at Home*, Delhi, Oxford University Press.
- NANDY A., 1998, *Return from exile*, Delhi, Oxford University Press.
- NARAYANAN M.G.S. et K.K.N. KURUP (dir.), 1976, *Historical studies in Kerala*, Calicut, Dept. of History, University of Calicut.
- NAYARANAN M.G.S., 1972, *Cultural symbiosis in Kerala*, Trivandrum (Kerala), Historical Society.
- NDTEI D.M. et A. VADHER, 1985, «Cross-cultural study of religious phenomenology in psychiatric in-patients», *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 72 (1): 59-62.
- NEFF D., 1987, «Aesthetics and Power in *Pambin Tullal*: A Possession Ritual of Rural Kerala», *Ethnology*, 26: 63-71.
- NICHTER M., 1978, «The layperson perception of medicine as perspective into the utilization of multiple therapy systems in the Indian context», *Social Science and Medicine*, 14 (B): 225-234.
- NICHTER M., 1981, «Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychological distress: A case study from South India», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5: 379-308.
- NICHTER M., 1981, «Negotiation of the illness experience: Ayurvedic therapy and the psychosocial dimension of illness», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5: 5-24.
- NICHTER M., 1987, «Cultural dimensions of hot, cold and sema in Sinhalese health culture», *Social Science and Medicine*, 25 (4): 377-387.
- NORDSTROM C.R., 1988, «Exploring Pluralism: The Many Faces of Ayurveda», *Social Science and Medicine*, 27 (5): 479-489.
- NUNLEY M., 1998, «The Involvement of Families in Indian Psychiatry», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22: 317-353.

- OBEYESEKERE G., 1970, «Ayurveda and Mental Illness», *Comparative Studies in Society and History*, 12 (3): 292-296.
- OBEYESEKERE G., 1976, «The Impact of Ayurvedic Ideas on the Culture and the Individual in Sri Lanka», dans C. Leslie, *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley, University of California Press.
- OBEYESEKERE G., 1977, «Psychocultural exegesis of a case of spirit possession in Sri Lanka» dans V. Crapanzano V. et V. Garrison, *Case Studies Possession*, New York, John Wukey & Sons: 235-294.
- OBEYESEKERE G., 1977, «The Theory and Practice of Psychological Medicine in the Ayurvedic Tradition», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1 (2): 155-181.
- OBEYESEKERE G., 1982, «Science and psychological medicine in the Ayurvedic tradition», dans J.A. Marsella et G.M. White (dir.), *Cultural conceptions of mental health and therapy*, Dordrecht (Holland), D. Reidel: 235-248.
- OBEYESEKERE G., 1985, «Culture and depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder», dans A. Kleinman et B.J. Good (dir.), Berkeley, University of California Press.
- OBEYESEKERE G., 1990, *The Work of Culture: Symbolic Transformation in Psychoanalysis and Anthropology*, Chicago, The University of Chicago Press.
- OBEYESEKERE G., 1992, «Science, Experimentation, and Clinical Practice in Ayurveda», dans C. Leslie et A. Young, *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, University of California Press: 160-176.
- PFLEIDERER B., 1988, «The Semiotics of Ritual Healing in a North Indian Muslim Shrine», *Social Science and Medicine*, 27(5): 417-424.
- POOL R., 1987, «Hot and cold as an explanatory model: The example of Bharuch district in Gujarat, India», *Social Science and Medicine*, 25 (4): 389-399.
- POTHAN S.G., 1963, *The Syrian Christians of Kerala*, Bombay, Asia Publishing House.
- PRINCE R., 1979, «Religious experience and psychosis», *Journal of Altered States of Consciousness*, 5 (2): 167-181.
- PRINCE R.H. et M. REISS, 1990, «Psychiatry and the irrational: does our scientific world view interfere with the adaptation of psychotics?», *Psychiatry Journal of the University of Ottawa*, 15 (3): 137-143.

- PUTHENKALAM J., 1977, *Marriage and the family in Kerala : with special reference to matrilineal castes*, Calgary, Department of Sociology, The University of Calgary.
- RACINE J.-L., 2001, «La Nation au risque du piège identitaire: Communalisme, Post-postmodernisme et Néo-sécularisme», dans J.-L. Racine (dir.), *La Question Identitaire en Asie du Sud*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Collection Purusartha.
- RAMACHANDRA RAO S.K. (dir.), 1990, *Mental health in ayurveda*, Bangalore, National Institute of Mental Health and Neuro Sciences.
- RAMANUJAN A.K., 1989, «Is there an Indian way of thinking? An informal essay», *Contributions to Indian Sociology (n.s.)*, 23 (1): 41-58.
- RAVINDRAN T.K., 1978, *Institutions and movements in Kerala history*, Trivandrum, Charithram Publications.
- SANKARANKUTTY NAIR T.P., 1977, *A tragic decade in Kerala history*, Trivandrum, Kerala Historical Society.
- SARTORIUS N., A. JABLENSKY, A. KORTEN, G. ERNBERG, M. ANKER, J.E. COOPER et R. DAY, 1986, «Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures», *Psychol Med*, 16 (4): 909-928.
- SEEMA T.S., 2001, «Concept of Psychotherapy in Aayurveda», dans C.R.Agnives, *Concept of Mind*, Kottakkal, Department of Samhitas & Siddhantas, Vaidyaratnam P.S. Varier Ayurveda College: 196-202.
- SETHI B.B., S.C. GUPTA et N. LAL, 1977, «The Theory and Practice of Psychiatry in India», *American Journal of Psychotherapy*, 31: 43-65.
- SÉVIGNY R. et J. RHÉAUME, 1988, *Sociologie implicite des intervenants en santé mentale*, Montréal, Éditions coopératives Albert Saint-Martin.
- SHARMA P.V., 1981, *Caraka Samhita (text with english translation)*, Varanasi, Delhi, Chaukhambha Orientalia.
- SHOKEID M., 1992, «Exceptional experiences in everyday life», *Cultural Anthropology*, 7 (2): 232-243.
- SOMASUNDARAM O., 1973, «Religious Treatment of Mental Illness in Tamil Nadu», *Indian Journal of Psychiatry*, 15: 38-48.
- SOMASUNDARAM O., 1991, «The Tamil Anatomy of Happiness, Anger, Fear and Bewilderment», *Indian Journal of Psychological Medicine*, 14 (2): 65-67.

- SOMASUNDARAM O., 1991, «The Tamil Anatomy of Melancholy», *Indian Journal of Psychological Medicine*, 14 (1): 97-101.
- SOMASUNDARAM O., 1993, «History of Psychiatry in India», *The Andhra Pradesh Journal of Psychological Medicine*, 6 (1&2): 32-38.
- SRIKANTHA MURTHY K.R. (translation), 1990, *Vagbhata's Astangahrdayam*, Varanasi, Krishnadas Academy.
- STAAL F., 1990, *Jouer avec le feu: pratique et théorie du rituel védique*, Paris, Institut de civilisation indienne.
- STRAUSS J.S. et S.E. ESTROFF, 1989, «Subjective experience of schizophrenia and related disorders: Implications for understanding and treatment. Foreword.», *Schizophrenia Bull*, 15 (2): 177-178.
- STRAUSS J.S., 1989, *Subjective experience of schizophrenia: Toward a new dynamic perspective II*, *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2): 179-187.
- TRAWICK M., 1987, «The ayurvedic physician as Scientist», *Social Science and Medicine*, 24(12): 1031-1050.
- TRAWICK M., 1992, «An Ayurvedic Theory of Cancer», dans M. Nichter, *Anthropological approaches to the study of ethnomedicine*, Yverdon (Suisse), Philadelphia, Gordon and Breach Science Publishers.
- TRAWICK M., 1995, «Writing the body and ruling the land: Western reflections on Chinese and Indian medicine», dans D. Bates (dir.) *Knowledge and the Scholarly Medical Traditions*, Cambridge, Cambridge University Press: 279-296.
- VAIDYANATHAN T.G., 1989, «Authority and Identity in India», *Daedalus*, 118: 147-169.
- VAN ESTERIK P., 1988, «To Strengthen and Refresh: Herbal Therapy in Southeast Asia», *Social Science & Medicine*, 27 (8): 751-759.
- VIGNE J., 1997, *The Indian Teaching Tradition: A psychological and spiritual study*, Delhi, B.R.Publishing Corporation.
- VISVANATHAN S., 1993, *The Christians of Kerala : history, belief, and ritual among the Yakoba*, Madras, New York, Oxford University Press.
- WAGHORNE J.P., N. CUTLER et V. NARAYANAN, 1985, *Gods of Flesh, Gods of Stone: The Embodiment of Divinity in India*, Pennsylvania, Anima.

- WAXLER-MORISSON N., 1988, «Plural Medicine in Sri Lanka : Do Ayurvedic and Western Medical Practices Differ?», *Social Science and Medicine*, 27 (5): 531-544.
- WEISS M., S.D. SHARMA, R.K. GAUR, J.S. SHARMA, A. DESAI et D.R. DOONGAJI, 1986, «Traditional Concepts of Mental Disorder Among Indian Psychiatric Patients: Preliminary Report of Work in Progress», *Social Science and Medicine*, 23 (4): 379-386.
- WEISS M., A. DESAI, S. JADHAV, L. GUPTA, S.M. CHANNABASAVANNA, D.R. DOONGAJI et P.B.BEHERE, 1988, «Humoral Concepts of Mental Illness in India», *Social Science and Medicine*, 27(5): 471-477.
- YOUNG A., 1982, «The Anthropologies of Illness and Sickness», *Annual Review of Anthropology*, 11: 257-285.
- ZIMMERMANN F., 1975, «De la lecture des textes classiques à l'enquête sur le terrain: valeur pratique du sanskrit», *Le Mal de Voir: Ethnologie et orientalisme: politique et épistémologie, critique et autocritique...*, Cahiers Jussieu no2, Université de Paris VII: 198-206.
- ZIMMERMANN F., 1975, «*Rtu-satmya*, le cycle des saisons et le principe d'appropriation», *Purusarta*, 2: 85-105.
- ZIMMERMANN F., 1978, «From Classic Texts to Learned Practice: Methodological Remarks on the Study of Indian Medicine», *Social Science & Medicine*, 12: 97-103.
- ZIMMERMANN F., 1982, *La Jungle et le fumet des viandes: Un thème écologique dans la médecine hindoue*, Paris, Hautes Études, Gallimard, Le Seuil.
- ZIMMERMANN F., 1989, *Le Discours des remèdes au pays des épices: Enquête sur la médecine hindoue*, Paris, Payot.
- ZIMMERMANN F., 1995, «The Scholar, the Wise Man, and Universals: Three Aspects of Ayurvedic Medicine», dans D. Bates (dir.), *Knowledge and the Scholarly Medical Traditions*, Cambridge, Cambridge University Press: 297-319.

Sites Web

www.expert-eyes.org/~assembly

www.kerala.com

www.keralahistory.org

www.malappuram.nic.in

www.mapsofindia.com

Annexe I

Médicaments les plus utilisés à la GAMH

Abhaya : Nom latin : *tesminalia chebula combrutacea*. Contre les maux gastriques, bon pour les yeux, réduit *vata*, *pitta* et *kapha*.

Aripathi choornam (choornam = poudre) : 15 mg 2 fois / jour. Pour la purgation de début de traitement, pour réduire *pitta*, pour traiter l'obstruction du flot de l'urine, bon contre la fièvre, les vomissements, la toux, les faiblesses, les étourdissements, l'anorexie.

Aswaganda choornam : Agent actif : *withania somnifera dunial*. 5 gr au moment d'aller au lit. Donne de la puissance aux nerfs, contrôle *vata*, augmente *kapha*, bon contre l'hypertension, de nature chaude.

Aswagandaristham (daristham = type de dépression) : Préparation à base d'alcool : 30 ml quotidiennement, à 5pm. Bon contre la fatigue, les étourdissements, les troubles mentaux (*apasmara* et *unmada*), les pertes de *semen*, les indigestions et tous les maux reliés à *vata*.

Brahmee : *Ghee* utilisé contre *unmada*, *graha*, *apasmara* et l'infertilité, clarifie le discours et la mémoire.

Eladigona Choornam : Réduit *vata* et *kapha*, utilisé contre la toxicité, les problèmes de peau, les démangeaisons.

Gokshura : Nom latin : *Tribulus terrestris*. Utilisé dans la poudre spéciale, diurétique, bon pour la mémoire.

Kalyanakam : *Ghee* utilisé contre *bhutagraha*, *unmada*, *apasmara*, la toux, l'anémie, les démangeaisons, la toxicité, les faiblesses, la fièvre, le diabète, les étourdissements, pour donner de la mémoire, de la force, de la longévité, du lustre, de la chance.

Lakshadi oil : Contre la fièvre, les troubles respiratoires, *unmada* et *apasmara*, donne force et pouvoir.

Mahachandanmadi oil (maha = grand type de préparation; chandanmadi = bois de sental) : Huile appliquée sur la tête lors du traitement *pichu* et utilisée pour le traitement *nasya*. Pour calmer et refroidir *pitta*, contre les sensations de brûlure, l'inconscience, les maux de tête, la jaunice, *apasmara* et *unmada*.

Manasamithram : Comprimé utilisé contre *unmada* et *apasmara*, donne force mentale et bien-être, augmente l'intelligence et la mémoire.

Manavitravataka (Mana = esprit ; vitra = ami ; vataka = comprimé, donc «mind-friend-pill») : Une avant la nuit, quotidiennement. Pour dormir.

Sankupushpi : Nom latin : *clitoria ternata leguminosa*. Donne force au cerveau et induit le sommeil, contre *unmada* et *apasmara*.

Sarpagandha : Nom latin : *rauwolfia serpentina*. Agent actif : *resperin*. Utilisé dans la poudre spéciale, tranquilisant, sédatif, bon pour dormir, contre l'hypertension, contre les troubles mentaux, pour réduire la pression du sang.

Sirobala (Siro = lait ; bala = drogue) : Somnifère.

Swethasanghupusha : Nom Latin : *clitoria ternatta*. Utilisé dans la poudre spéciale, bon *medhya* («brain nourisher» ou «brain tonic»), pour l'accroissement de la mémoire.

Vacha : Nom latin : *acorus calamus*. Constituants : asaryl, acoxin, vatable oil. *Medhya* qui augmente l'intelligence.

Vilwadi : Comprimé utilisé contre les morsures d'insectes, la toxicité et *bhootagraham* (les attaques des esprits).

Yastee : Nom latin : *glycerrhize glabra leguminocea*. Pour *vata* et *pitta*, augmente la quantité de *semen*.

Annexe II

Liste des médicaments utilisés, regroupés selon le type de préparation ou *yogas*

Arishtas (préparations par fermentation ou avec de la mélasse):
Aswagandharistham; Chandanasavam; Draksharishtam; Lohasavam.

Choornam (poudre): Abhaya; Amaya; Aripathi; Aswagandha; Eladigana;
Gokshusa; Hinguvachadi; Sankhupushpa; Sarpagandha; Vacha; Yasthee.

Ghritham (ghee) : Brahme; Kalyanaka; Kooshmandaswarasa; Mahakalyanaka;
Mahapaishachika; Mahatpanchagavya; Panchagavya; Thikthakam;
Vidaryadi.

Gudika (comprimé) : Manasamithravatakam; Kachooradi vattu (mélangé avec
sirobala, appliqué sur la tête pour dormir); Viwaldi.

Thailam (huile pour usage externe) : Arukaladi; Chandanadi; Dhanwantharam;
Kanhunyadi; Ksheerabala; Lakshadi; Mahachandanadi; Neelolpaladi;
Sankhupushpadi.

GOVERNMENT AYURVEDA RESEARCH INSTITUTE FOR MENTAL DISEASES KOTTAKKAL							
IN PATIENT CLINICAL REPORT							
Name (In Block Letters):							I.P.No. :
Sex	Age	Occupation	Religion	Nationality	Mother tongue	Income	O.P.No. :
M/F							R.C.No:
Marital Status: Married / Single / Divorced / Separated / Widow							
Date & Time of admission				Type of admission			
				1-2 week Observation / Regular / Voluntary / Civil / Criminal ↳ when they came alone			
Date of discharge				Condition at the time of discharge			
				Recovered / Much improved / Improved / Not improved			
<u>Local Address:</u>				<u>Official Address:</u>			Paying/Non-paying + Literate/Illiterate + Rural/Urban
Tendencies: Suicidal / Homicidal / Epileptic / Dangerous / Destructive / Escaping. ↳ apasmaro. rare.							
Name of informant (with relation) :							
Identification marks: 1) 2)							
<u>Presenting complaints:</u>							
Duration: _____ Referred by: _____							
<u>History of presenting complaints:</u>							
a) The first attack-When? From where? How? : ex. came back from a meeting crying ↳ When the family members noticed the patient is not normal gradual							
b) If continuous, how long is it in this condition? : c) What was the condition before? :							
<u>Treatment History:</u>							
a) Whether the patient has hospitalized for this? Where? When? : b) Change noticed : Aggravating/No change/Relieving. c) Medication : Daily round the year/Seasonal/Whenever required. d) Present medicines : Ayurveda / Allopathy / Homeopathy / Others. e) Major physical illness and accidents :							
Diagnosis: - Provisional : _____ Final : _____							
Signature of doctor				Signature of Superintendent			

FAMILY HISTORY:1) **Psychiatric abnormality in the family:**

- a) Socio economical Status : Poor / Middle / High.
 b) Family diseases if any :
 c) Drug addiction, Suicide, Criminality etc. of family members :

2) **Home atmosphere:**

- a) Family relationships :
 b) Family problems :
 c) Death of the immediate family members :
 3) Consanguinity of parents :
 4) Others :

MARITAL HISTORY:

- 1) Relationship between husband and wife :
 2) Sexual experience :
 a) Any bed sharing with others :
 b) Sexual perversions if any :
 3) Others :

MENSTRUAL HISTORY(In women):

- 1) Age of menarche :
 2) Age of menopause :
 3) Whether complaints aggravated during menstrual period: Yes / No.

CHILDHOOD HISTORY:

- 1) Birth and development:
 2) Neurotic symptoms in childhood - Bedwetting / Nailbiting / Thumb sucking / Fear of the dark /
 Nightmares / somnambulism : Present / Absent.
 3) Habit of killing insects and harming pets : Present / Absent.
 4) Quarrelsome nature : Present / Absent.
 5) Health during childhood :

EDUCATIONAL HISTORY:**OCCUPATIONAL HISTORY:**

1. Nature of works : Hard manual work / Moderate manual work / Office work / Sedentary job.
 2. Attitude towards the job :
 3. Relationship with the employer / superior / staff :
 4. Others:

PAST MEDICAL HISTORY:

Major physical illness and accidents :

MENTAL EXAMINATION:I. **MIND:**

- (a) **INDRIYABHIGRAHA** (Perception and motor control) : Intact/Partiallyimpaired/Grosslyimpaired.

Description :

Hallucination :

Illusion :

(b) **MANONIGRAHA** (Mental control) : Present/ Absent / Occasionally absent

Description:

(c) **OOHAM** (Guess) : Intact / Partiiially impaired / Grossly impaired.

Description:

(d) **VICHARA** (Thought) : Intact / partially impaired / Grossly impaired

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| 1. Flight of ideas : | Present / Absent |
| 2. Blocking of thought : | Present / Absent |
| 3. Thought broadcasting : | Present / Absent |
| 4. Thought control by others : | Present / Absent |
| 5. Obsession / Fixed ideas : | Present / Absent |
| 6. Others : | |

Description :

II. BUDHI: Intact / Partially Impaired / Grossly Impaired

- | | |
|------------------------------------|--|
| a) Mental deficiency : | Mild / Moderate / Severe / Absent. |
| b) General information : | Good / Bad |
| c) Immature behaviour : | Present / Absent |
| d) Inappropriate laughter : | Present / Absent |
| e) Inappropriate crying : | Present / Absent |
| d) Imitation of different sounds : | Present / Absent |
| e) Beating oneself : | Present / Absent |
| f) Insight : | Preserved / Impaired |
| g) Judgment : | Preserved / Impaired |
| h) Delusions : | Grandeur / Persecution / Hypochondriasis / Melancholia |

Others :

Description :

III. SAMJNA JNANAM (Orientation and responsiveness) :

- | | |
|------------------------------------|--|
| a) Orientation to place : | Intact / Impaired / Partially Impaired |
| b) Orientation to time : | Intact / Impaired / Partially Impaired |
| c) Orientation to person : | Intact / Impaired / Partially Impaired |
| d) Response to external stimulty : | Intact / Impaired. |
| e) Attention : | Present / Absent / Occasionally absent |
| f) Concentration : | Present / Absent / Occasionally absent |

IV. SMRITHI (Memory) :

- | | |
|-----------------------|--|
| 1) Remote memory : | Present / Absent / Occasionally absent |
| 2) Recent memory : | Present / Absent / Occasionally absent |
| 3) Immediate memory : | Present / Absent / Occasionally absent |

V. BHAKTHI (Desire) :

- | | |
|---|--|
| 1) Desire in relation to food : | Normal / More / Less / Perverted |
| 2) Desire in relation to sex : | Normal / More / Less / Perverted |
| 3) Desire in relation to dress and hairstyle: | Normal / Dirty and shabby / Careless / Overstyle |
| 4) Desire in relation to entertainment : | Normal / More / Less |
| 5) Desire for hot / cold things : | Present / Absent |
| 6) Adorning with unornamental things : | Present / Absent |
| 7) Craving for unobtainable things : | Present / Absent |
| 8) Others : | |

VI. SHEELA (Habits, temperaments) : Intact / Impaired / Partially Impaired

- a) Sleep : Sound / Disturbed / InsomaniaHrs/Day
- b) Desire for Solitude : Present / Absent
- c) Undereating / Overeating : Present / Absent
- d) Smoking / Chewing / Tobacco / Narcotics / Snuff / Alcohol addiction / occasional use / Nil
- e) Elation / depression / Apathy / Anxiety / Anger / Fear : Present / Absent
- f) Antisocial behaviours like stealing etc. : Present / Absent
- g) Leisure time activity :

VII. CHESTA (Psychomotor activity) : Intact / Impaired / Partially impaired

1. General motor activity:

- a) Excessive or inopportune dancing / singing / playing of music : Present / Absent
- b) Shouting / Running / Attacking others / Jumping / Movement of body parts : Present / Absent
- c) Reduced motor activity (Manda chesta) : Present / Absent
- d) Others :

2. Speech :

- a) Contineous talk / Irregular / Incoherent / Harsh / Slowness of talk / less talk : Present / Absent
- b) Others :

VIII. ACHARA : Intact / Impaired / Partially Impaired

1. Personal Standards :

- a) Neglet of daily routine and work : Present / Absent
- b) Hating cleanliness : Present / Absent
- c) Obsession in work : Present / Absent

2. Social Standards :

- a) Nudity : Present/Absent
- b) Others :
- Description :

IX. MANASIKA PRAKRITHI : Satiwika / Rajasa / Thamasa

Satwabalam (Mental stamina) : ^{to solve problems} Pravaram / ^{heat} Madhyamam / ^{builder} Avarnam

X. ASTASTHANA PAREEKSHA : ^(examination of patient)

Nadi pulse Moothram ^{urine} Malam ^{stool} Jihwa ^{for taste}
 Sabadam ^{Sound} Sparsam ^{touch} Dristi ^{sight, appearance} Akrithi ^{rest of the body}

XI. DASAVIDHA PAREEKSHA : ^(examination of diseases and patients)

Doosyam ^{Vitubalad, vasya and mada} Desam ^{place where he lives, vomit, fever} Balam ^{Strength} Kalam ^{season, climate}
 Analam ^{agni} Prakrithi ^{V-P-K} Vayas ^{age} Satwam ^{mental health}

PHISICAL EXAMINATION : Height : Weight : Temperature : BP :

INVESTIGATIONS : Blood : Urine : Stool : Sputum:

DIAGNOSIS

Handwritten notes in the diagnosis section, including a question mark and some illegible text.

Annexe IV

Grilles diagnostiques

RATING SCALE OF VAATHONMADA									
Name..... Age.....Sex.....DOA.....DOD.....									
No	Symptoms	Before Treatment				After Treatment			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1	Inappropriate weeping								
2	Inappropriate yelling								
3	Inappropriate laughing								
4	Inappropriate smiling								
5	Inappropriate dancing								
6	Inappropriate singing								
7	Mimicking sounds								
8	Mannerisms with eyebrows, eyes, fingers, legs etc.								
9	Frothy salivation								
10	Restlessness								
11	Talkativeness								
12	Wearing of unornamental things								
13	Driving of non vehicles								
14	Eagerness for food and rejection on getting it								
15	Increase of symptoms on completion of digestion								
16	Roughness of speech								
17	Panting								
18	Fixed look(staring)								
19	Emaciation (loss of weight)								
20	Cracking sound of joints								
Total									

1) Not at all 2) Seldom 3) Most of the time 4) Always

RATING SCALE OF PAITHIKONMADA

Name..... Age.....Sex.....DOA.....DOD.....

No	Symptoms	Before Treatment				After Treatment			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1	Abusive tongue								
2	Inappropriate anger								
3	Attacking others								
4	Masochist deeds								
5	Preference of shade								
6	Preference of cold water								
7	Visual hallucinations								
8	Intolerance								
9	Dashing towards others								
10	More food intake								
11	Insomnia								
12	Illusion of fire								
13	Yellow luster of the eyes and the skin								
Total									

1) Not at all 2) Seldom 3) Most of the time 4) Always

RATING SCALE OF KAPHONMADA

Name..... Age..... Sex..... DOA..... DOD.....

No	Symptoms	Before Treatment				After Treatment			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1	Anorexia								
2	Vomiting								
3	Lassitude								
4	Excessive libido								
5	Desire for solitude								
6	Thick salivation								
7	Obnoxious activities								
8	Unhygienic habits								
9	Somnolence								
10	Facial edema								
11	Keeping of silence								
12	Longing for heat								
13	Foolish activities								
14	Increased tonicity of symptoms after meals and at night								
Total									

1) Not at all 2) Seldom 3) Most of the time 4) Always

RATING SCALE OF AADHIJONMADA									
Name..... Age.....Sex.....DOA.....DOD.....									
No	Symptoms	Before Treatment				After Treatment			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pallor								
2	Depressive mood								
3	Mental tension								
4	Frequent fainting								
5	Inappropriate weeping								
6	Inappropriate smiling								
7	Praising of the lost								
8	Grief								
9	Worry								
10	Insomnia								
11	Restlessness								
Total									

1) Not at all 2) Seldom 3) Most of the time 4) Always