



« L'ayurveda, c'est pour les Français ». Interroger recours aux soins, systèmes de santé et expérience migratoire

*“Ayurveda, this is for the French”. Questioning Health Care, Health Systems and
Migratory Experience*

*«Ayurveda, esto es para los Franceses». Salud, sistema de salud y experiencia
migratoria*

Anne-Cécile Hoyez



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/remi/5952>

DOI : 10.4000/remi.5952

ISSN : 1777-5418

Éditeur

Université de Poitiers

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2012

Pagination : 149-170

ISBN : 979-10-90426-04-7

ISSN : 0765-0752

Référence électronique

Anne-Cécile Hoyez, « « L'ayurveda, c'est pour les Français ». Interroger recours aux soins, systèmes de
santé et expérience migratoire », *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol. 28 - n°
2 | 2012, mis en ligne le 10 octobre 2012, consulté le 20 avril 2019. URL : [http://
journals.openedition.org/remi/5952](http://journals.openedition.org/remi/5952) ; DOI : 10.4000/remi.5952

« L'ayurveda, c'est pour les Français ». Interroger recours aux soins, systèmes de santé et expérience migratoire

.....

Anne-Cécile HOYEZ¹

Les études sur les démarches de santé des populations migrantes évoquent couramment la recherche et/ou l'usage de pratiques de soins ne relevant pas du système biomédical² (Gronseth et Oakley, 2007 ; The Franco-British Working Group on Migration, Health and Wellbeing, 2009 ; Thomas, 2010). Elles sous-entendent ou avancent explicitement que, dans la migration, les individus transfèreraient un ensemble de connaissances relatives à la santé, empruntées aux savoirs médicaux élaborés dans les pays d'origine, et organisées au sein de réseaux transnationaux liant des patients et des praticiens. Ce serait le cas notamment des médecines d'origine asiatique (chinoises, coréennes, indiennes, etc.) qui seraient transférées en partie par et pour les migrants dans les pays d'accueil, et utilisées en complément des systèmes publics de santé (Green *et al.*, 2006). L'idée est séduisante dans la mesure où elle permet d'envisager les logiques de recours aux soins au prisme du pluralisme médical, de l'accès à différentes ressources sociales et spatiales et d'envisager les migrants comme acteurs de leur santé, capables de négociations et d'adaptations pour optimiser leurs démarches. Mais cette idée contient aussi un certain nombre d'illusions. Ceci provient en partie de l'utilisation sans nuance de la notion sous-jacente de renouvellement des « traditions » médicales ou de « réenchâtement » des médecines (Pordié, 2011a) ; et, en partie, du manque d'analyse des facteurs individuels et collectifs, sociaux et politiques qui, en se conjuguant, influent sur

1 Chargée de recherche CNRS, Migrinter/Université de Poitiers, 5, rue Théodore Lefebvre, 86000 Poitiers ; anne.cecile.hoyez@univ-poitiers.fr

2 Dans cet article, nous utilisons le terme de « biomédecine » ou « système biomédical » pour faire référence à la médecine dominante en Europe. Nous préférons ce terme à ceux de « médecine occidentale » ou « médecine moderne » biaisés idéologiquement. Mais notons néanmoins que l'utilisation de « biomédecine » n'est pas tout à fait satisfaisante, car il s'agit d'un terme inventé après la Seconde Guerre mondiale, à une époque où la rencontre entre biologistes et médecins était prônée en vue d'allier « scientificité » et « modernité » en recherche médicale (Gaudillière, 2002). Ceci ne doit pas faire perdre de vue que cette médecine est le prolongement de l'entreprise coloniale au cours de laquelle elle a trouvé ses fondements et sa légitimité au contact d'autres systèmes de santé.

les logiques de recours aux soins des populations migrantes. Il convient donc d'interroger ce postulat généralement admis du recours à des pratiques de santé transférées lors de la migration et les interprétations qui l'accompagnent. Pour cela, nous reviendrons sur les liens complexes entre logiques de recours aux soins, expériences migratoires et changements sociaux et spatiaux, intervenant dans les pratiques de santé des migrants et dans les systèmes de santé en général.

Il semblerait, en particulier, que le contexte français de l'introduction de l'ayurveda (une médecine d'origine indienne) appelle à nuancer les relations causales qui peuvent parfois être faites entre le développement de cette médecine et la présence de migrants qui seraient attachés à de prétendues « traditions médicales ». L'étude de l'introduction puis du développement de l'ayurveda en France est intéressante à deux égards : il s'agit d'une médecine institutionnalisée et connue de la population générale dans tout le sous-continent indien (Inde, Sri Lanka, Bangladesh, Pakistan, Népal) et, en même temps, elle est de plus en plus visible en France (où elle est incluse dans la nébuleuse des médecines dites complémentaires et alternatives). L'ayurveda serait donc potentiellement une de ces pratiques de santé pouvant être utilisée ou (re)construite en migration. Cependant, une étude menée à Paris, sur laquelle nous nous appuyerons en ouverture de cet article, révèle que les migrants originaires du sous-continent indien sont largement sous-représentés parmi les patients et les praticiens de l'ayurveda et que leur connaissance et leur attrait pour cette médecine sont loin d'être systématiques et évidents. Pourtant, l'ayurveda est bel et bien une médecine qui circule entre différentes régions du monde et produit, depuis les années 1990, un nombre croissant de mobilités de praticiens, de savoirs ou de traitements venus d'Inde. Néanmoins, ces dynamiques ne semblent pas passer par les migrants installés en France, mais plutôt par des individus invités ponctuellement à venir d'Inde et considérés, dans les discours de ceux qui les invitent, comme plus savants et plus légitimes, sinon « authentiques ».

Cet article, qui s'inscrit dans la lignée des autres travaux sur les dynamiques contemporaines des pratiques de santé originaires d'Asie (Langford, 2004 ; Alter, 2005 ; Obadia, 2009 ; Wujastyk et Smith, 2008 ; Pordié, 2008 et 2011a), propose un éclairage inédit sur les logiques de recours aux soins en migration. Les propos prennent pour point de départ une étude ethnographique et progressent vers une réflexion de fond sur les mobilités et les circulations des savoirs de santé. Dans une première partie, nous présenterons les résultats d'une recherche menée dans les milieux de l'ayurveda à Paris, qui montre que si cette médecine est bien présente dans la capitale, elle est très peu utilisée par les populations originaires du sous-continent indien. Ceci nous amènera à interroger les dynamiques sociales et spatiales de l'ayurveda, entre Europe et Inde, afin de bien cerner qui circule et ce qui circule. Dans une deuxième partie, il s'agira de déconstruire l'idée (culturalisante) selon laquelle les migrants importeraient et utiliseraient de façon quasi-systématique des pratiques de santé de leur pays d'origine. En somme, l'article souligne que les savoirs de santé, même s'ils sont connus et reconnus dans les pays d'origine, ne sont pas forcément constitués en savoir collectif et ne circulent pas toujours en même temps que les migrants.

UNE MÉDECINE INDIENNE SANS LES INDIENS ?

S'il est parfois avancé que les migrants seraient à la recherche et auraient accès à des pratiques de santé importées de leurs pays d'origine (Gronseth et Oakley, 2007), cette assertion n'est certainement pas généralisable. Elle est même loin d'être un invariant universel³ et l'on peut se demander si le fait d'envisager plus facilement les recours pluriels parmi les migrants que dans le reste de la population ne relève pas d'une démarche essentialiste⁴. Nous avons donc cherché à mieux comprendre et évaluer la place occupée par les recours à des soins non conventionnels par des migrants, mais aussi à mieux saisir les dynamiques transnationales qui concourent à la reconstruction, ou non, de savoirs médicaux ou de santé en migration. L'ayurveda figure en bonne place dans l'ensemble des pratiques de santé exogènes dans les sociétés européennes ou américaines. Mais dans quelle mesure cette médecine concerne-t-elle les migrants originaires du sous-continent indien qui s'y sont installés ? Quelles utilisations en sont faites au sein de ce groupe ? Quels sont les transferts et échanges de savoirs entre les différents espaces où elle prend forme et entre les professionnels d'origines diverses ?

Méthodologie

Afin de connaître et de comprendre l'ensemble des éléments qui composent la pluralité des logiques de recours à l'ayurveda – aux côtés d'autres pratiques de soin – nous avons conduit une recherche à Paris et en Île-de-France. Cette étude s'est surtout intéressée aux logiques de pratiques – du point de vue de praticiens de l'ayurveda, mais aussi du point de vue de médecins généralistes originaires d'Inde – ainsi qu'aux logiques de recours, du point de vue des patients⁵.

Une attention toute particulière a été accordée aux personnes qui déclarent être des praticiens de l'ayurveda en France⁶. Malgré l'informalité de leur statut, voire l'illégalité de certains de leurs actes, ceux-ci revendiquent leur appartenance à la catégorie des soignants. De plus, ils portent parfois des projets très ambitieux pour faire reconnaître leur démarche et leurs savoirs (publications, projets d'écoles, etc.).

3 Dans d'autres travaux, nous soulignons, sans l'expliciter, l'absence de personnes originaires du sous-continent indien au sein des cours de yoga en France et ce, malgré l'intérêt croissant que cette discipline suscite auprès du reste de la population (Hoyez, 2007 et 2012).

4 Rappelons que les populations migrantes ne sont pas les seules à avoir accès à des médecines non conventionnelles. De nombreux travaux soulignent qu'un ensemble de pratiques relevant d'autres types de représentations de la santé et du soin existe et persiste chez les populations européennes (Favret-Saada, 1977 ; Schmitz, 2006a, 2006b).

5 Afin de délimiter les contours de cette étude, nous n'avons pas inclus les pratiques de prévention telles les habitudes alimentaires ou les pratiques d'observance religieuses. Nous avons choisi de circonscrire l'étude à ce qui est désigné comme relevant de l'ayurveda en tant que pratique médicale.

6 Le terme de « praticien » est problématique pour les professionnels de l'ayurveda car il ne peut être utilisé officiellement (il s'agirait alors d'un usage abusif d'un titre réservé aux professions médicales et paramédicales, réprimé par la loi). Pour contourner ce problème, ceux-ci s'identifient alternativement comme « diététiciens », « masseurs » ou « éducateurs de santé en ayurveda ». Mais, dans leurs discours et lors des entretiens, c'est bien en praticiens qu'ils se désignent.

Nous avons conduit des entretiens semi-directifs (enregistrés et retranscrits) avec sept praticiennes en ayurveda, auxquels s'ajoutent des entretiens téléphoniques avec prise de note auprès de deux autres personnes⁷. Nous avons complété leurs points de vue en nous entretenant avec trois médecins généralistes, tous trois originaires de Pondichéry et installés à Paris ou en Île-de-France, afin qu'ils nous renseignent sur la portée éventuelle de l'ayurveda dans leur pratique et/ou chez leurs patients originaires du sous-continent. Enfin, nous avons effectué une quinzaine d'entretiens auprès de personnes originaires d'Inde, de Sri Lanka ou du Bangladesh, installées dans le Val d'Oise où à Paris, afin de replacer l'ayurveda dans l'ensemble de leurs pratiques de soins. Ces entretiens se sont déroulés entre janvier et septembre 2011 et ils ont été complétés par des informations recueillies de façon moins formelle (discussions avant et après l'entretien ; précisions et informations complémentaires échangées par courriels suite à l'entretien). Par ailleurs, nous avons réalisé une série d'observations dans les lieux où se rendent les populations originaires du sous-continent indien (rues, commerces et temples du quartier de La Chapelle) et dans les centres de soins ayurvédiques qui mettent parfois à disposition un espace où boire un thé et consulter des documents relatifs à l'ayurveda. Enfin, nous avons également utilisé les supports médiatiques, notamment internet, pour obtenir et analyser des discours sur l'ayurveda adressés au public.

Soulignons qu'il s'agit d'un terrain difficile d'accès. D'une part, l'informalité du statut des praticiennes interviewées, conjuguée aux caractères illégaux de certains de leurs actes et à la crainte d'être jugée par un tiers, a pu limiter la confiance qu'elles m'octroyaient. À plusieurs reprises, lors des demandes de rendez-vous pour les entretiens, les praticiennes m'ont dit « se méfier » de l'exercice en raison d'expériences malencontreuses avec des journalistes, ces derniers ayant rapporté des propos dépréciant l'ayurveda, ou publié des articles condescendants, ou caricaturaux provoquant un sentiment de « trahison ». D'autre part, certaines praticiennes ont mis en doute notre légitimité à conduire une telle recherche. Nos interlocutrices étaient souvent des personnes diplômées, érudites, concevant l'ayurveda comme une discipline savante, complexe et noble. Nous avons dû parfois justifier d'un minimum de connaissances des principes de l'ayurveda, de son histoire, et du contexte légal de son exercice en France. Pour cela, lors de la prise de contact, nous avons envoyé au préalable nos publications sur le yoga en France ou en Inde. Cette demande visait clairement à attester que le rendu de l'entretien serait réalisé selon des normes scientifiques et non « journalistiques ». Enfin, si certains entretiens n'ont pu être effectués par manque de disponibilité des praticiens (beaucoup étant contraints à occuper un emploi salarié en parallèle et/ou à être très mobiles), d'autres ont été déclinés en raison de doutes sur le bien-fondé de l'objet de recherche. Objectiver l'ayurveda, étudier ses dynamiques sociales et spatiales, contextualiser sa pratique en milieu français et/ou indien est une entreprise regardée parfois avec beaucoup de distance (voire d'ironie).

⁷ Dans cet article, nous utiliserons le masculin pour nous référer à la catégorie ou au statut de « praticien », le féminin pour décrire les résultats de notre échantillon. En effet, soulignons que huit des neuf praticiens en ayurveda interrogés étaient des praticiennes. Rien ne nous permet d'affirmer que cette proportion est représentative de l'ensemble de la profession, néanmoins elle reflète bien la tendance générale à la féminisation observée dans ce domaine de la santé.

Contexte

Cette étude porte sur un groupe de population encore peu représenté dans les travaux sur les migrations internationales en langue française et souvent qualifié d'« invisible » (Vuddamalay, 1989 ; Moliner, 2009), car minoritaire comparé aux autres groupes de migrants installés en France. Globalement, nous disposons de peu de connaissances sur les migrations en provenance du sous-continent indien en France, leurs caractéristiques religieuses, ethniques, nationales, linguistiques, historiques. Il est, de plus, difficile d'établir une vue d'ensemble des différents groupes qui les composent⁸, tant les trajectoires et parcours migratoires sont variés, depuis des groupes arrivés en France suite à la colonisation française dans cette région (Indiens de Pondichéry, de Maurice, de Madagascar, du Vietnam) jusqu'aux migrants arrivés dans les années 1980 (Indiens du Nord, Pakistanais, Bangladeshis, Sri Lankais). Seule la situation des Tamouls sri lankais a fait l'objet d'analyses détaillées (Goreau-Ponceaud, 2011), mais centrées sur leurs modalités d'organisation sociale (Etiemble, 2001 ; Goreau-Ponceaud, 2008 et 2011), les contextes politiques qui ont conduit à leur présence en France (Meyer, 2011) et les mobilisations politiques de certains d'entre eux (Madavan *et al.*, 2011).

Pourtant, par certains aspects, la présence de ces migrants est très « visible » : elle est en effet concentrée en Île-de-France (Goreau-Ponceaud, 2008 ; Moliner, 2009), en particulier dans le quartier de La Chapelle (Paris, X^{ème} arrondissement) (Jones, 2003) où s'est implanté le commerce ethnique tamoul et s'organise tous les ans, le spectaculaire festival de Ganesh. Là encore, à l'échelle de ces territoires, c'est surtout la présence tamoule sri lankaise qui est étudiée. La question de la santé et de l'accès aux soins de ces groupes de migrants est très peu documentée⁹ et cet article vise à poser quelques jalons pour la compréhension des facteurs entrant en jeu dans les recours (ou non recours) aux soins de ces populations.

Des praticiens et des pratiques ajustés au contexte français

Nous disposons de très peu, voire d'aucune, connaissances sur les milieux de l'ayurveda en France. Il s'agit en effet d'une médecine dont les contours sont flous : discipline complexe, reposant sur un socle de savoirs anciens, mais largement transformés au fil des périodes historiques¹⁰, elle est aussi une pratique nébuleuse associée aux soins dits

8 Notons cependant qu'un pas en ce sens a été effectué pour un numéro spécial de la revue *Hommes et Migrations* en 2007 (Servan-Schreiber et Vuddamalay, 2007).

9 Tout comme celle de l'éducation, de la mobilité sociale, des parcours professionnels de ces populations, comme le souligne Moliner (2009).

10 Les principes de base de l'ayurveda reposent sur un ensemble de notions qui font appel à des grands systèmes de représentation de la santé que l'on a parfois rapprochés, en Europe, de la médecine humorale grecque (Filliozat, 1975). L'ayurveda, discipline médicale construite, à travers l'espace et le temps, en rassemblant des éléments intrinsèques et extrinsèques à la médecine (Chattopadhyaya, 1978), articule deux types de discours : « l'un, conjectural, celui de l'étiologie (en sanskrit *Nidāna*), et l'autre prescriptif, celui de la thérapeutique (*Cikitsā*) » (Zimmermann, 1989 : 114). Le corps, en ayurveda, devient « le lieu et le produit d'une accumulation des humeurs et autres fluides organiques dont l'excès ou le défaut provoquent des maladies internes » (Zimmermann, 1989 : 119). Suivant la nature des dysfonctionnements, le praticien, appelé *vaidya*, met au point une thérapeutique précise, basée sur des médicaments à base de plantes, de minéraux et/ou de parties d'animaux. Cette thérapeutique peut s'accompagner de conseils relatifs au mode de vie et à l'alimentation, de postures de yoga, voire de massages.

alternatifs ou complémentaires disponibles sur un marché mondial. La médecine ayurvédique a une portée sociale telle, qu'elle invite au questionnement des différents usages qui en sont faits aujourd'hui, des transformations sociales liées aux dynamiques spatiales qui l'animent, et des enjeux politiques qu'elle revêt en Inde et dans les autres pays.

Les contours flous de la pratique

Le statut de « praticien » en ayurveda n'étant pas reconnu, il est difficile de connaître le nombre exact de personnes pratiquant dans ce domaine en France. Cependant, des associations ont été constituées par des professionnels ou des utilisateurs de l'ayurveda. Ainsi, l'association « Ayurveda en France » regroupait quatre-vingt-treize praticiens professionnels en 2011, tandis que l'« annuaire du yoga et de l'ayurveda » (une association d'utilisateurs) répertoriait, la même année, 141 praticiens et listait cinquante-trois lieux de soins entrant dans la catégorie « centres ayurvédiques ». À ces personnes et lieux répertoriés, viennent s'ajouter d'autres, nombreuses, qui pratiquent l'ayurveda en dehors de ces associations.

Il est encore plus difficile d'avoir une idée du volume de patients qui fréquentent ces lieux de soins. Selon les neuf praticiennes qui ont participé aux entretiens, leur nombre est très restreint. De surcroît, toutes ont souligné que la plupart de ces patients sont des consommateurs ou des utilisateurs que l'on peut qualifier de ponctuels. Ainsi, d'après elles, il y aurait de trois à onze consultants assidus pour dix à vingt consultants irréguliers. Il s'agirait donc plutôt de personnes empruntant alternativement à différents systèmes de santé des méthodes de soin ou de prévention.

L'exploration de ce terrain a très vite révélé que rares sont les migrants exerçant l'ayurveda. La plupart des praticiens sont d'origine française (hormis quelques personnes d'origine britannique ou allemande installées à Paris), bien que certains utilisent un nom indien. Virginie¹¹, qui se présente sous le nom de Meena, nous a expliqué l'importance qu'elle donnait à la symbolique de ce prénom. L'emprunt de noms indiens n'a pas pour but l'anonymat, mais plutôt de marquer une proximité intellectuelle et affinitaire avec l'Inde. Cela peut être aussi vu comme un outil de légitimation visant à attester d'un engagement sincère et profond de la personne.

Les rares personnes d'origine indienne qui pratiquent l'ayurveda ont des trajectoires migratoires et des parcours de vie individuels atypiques, nous y reviendrons. Elles ne semblent pas cibler spécifiquement les migrants indiens installés en France, mais plutôt un public français. Comme leurs confrères d'origine française, elles proposent soins et prévention à des citoyens stressés et accaparés par le travail, offrent une prise en charge « globale » (dite encore « holiste ») de la personne, travaillent avec des produits manufacturés sur place par leurs soins ou en Inde dans des firmes labellisées.

Enfin, ces formes d'ayurveda ont un coût : assister à une conférence ou un atelier coûte trente-cinq euros (trois heures), une consultation entre soixante-quinze et quatre-

¹¹ Par souci de confidentialité, les prénoms, les marques et les noms de lieux trop identifiables ont été modifiés.

vingt-dix euros (une heure), un massage ayurvédique de cinquante à 120 euros (pour trente à soixante minutes) et une « cure » de 185 à 1 100 euros (d'une demi-journée à deux semaines). En plus de ces tarifs parisiens, certaines offres proposent une cure en Inde, incluant le billet d'avion, le séjour à l'hôtel et l'ensemble des soins (de 2 400 à 6 000 euros)¹². Le coût de l'ayurveda est tel que la sélection des patients et des publics ne peut se faire que dans une couche de la population aisée, sensibilisée à la question des démarches de santé alternative et connaisseuse des codes qui les régissent.

Les médecins ayurvédiques migrants : des cas à part ?

Très peu de migrants originaires du sous-continent indien sont engagés, à titre professionnel ou comme patient, dans les consultations d'ayurveda et les quelques ressortissants qui en font profession ont un profil particulier. Parmi eux, rares sont ceux qui sont médecins diplômés et installés en cabinet et la plupart ont commencé à pratiquer l'ayurveda suite à leur parcours migratoire.

Deux médecins ayurvédiques d'origine sri lankaise, formés dans leur pays d'origine et officiant à Paris, ont pu être contactés¹³. Tous deux ont obtenu le statut de réfugié et, en s'exilant, ont mis à profit leur formation pour en faire leur activité professionnelle. L'une, très exposée médiatiquement, se présente comme diplômée d'État dans son pays d'origine. Elle est issue d'une lignée de médecins ayurvédiques sri lankais et s'est trouvée dans l'obligation de « quitter son pays pour des raisons politiques ». Elle pratique essentiellement auprès de patients non-migrants : public selon elle le plus sensible à la question du soin ayurvédique et qui a les moyens de se payer ses soins. Un autre médecin ayurvédique, diplômé lui aussi à Sri Lanka et réfugié politique en France, exerce de façon plus informelle. Il ne dispose pas d'un cabinet et se déplace à domicile avec une table de massage pliante. Comme sa consœur, il prodigue des soins (essentiellement des massages) à une clientèle non-migrante qui s'échange ses coordonnées de bouche-à-oreille. Il semble que ce soit les rares professionnels ayant migré, qui vivent de leur activité, principalement grâce à une clientèle aisée et sensibilisée aux médecines dites alternatives et complémentaires.

D'autres migrants sont parvenus, sans être diplômés de facultés de médecine ayurvédique dans leur pays d'origine, à mettre en place des pratiques de l'ayurveda en utilisant les ressources qu'ils pouvaient mobiliser au cours de leur parcours migratoire. C'est le cas de Kiran Vyas, une personnalité indienne installée à Paris à la tête d'un centre qui propose des massages, des cures et des formations en ayurveda. Le parcours migratoire de Kiran Vyas est singulier. Sa famille, présentée comme ayant été proche du Mahatma Gandhi, a participé au projet communautaire d'Auroville (à quelques kilomètres au nord de Pondichéry). À son arrivée en France, il a utilisé ses connaissances dans les milieux

12 Nous parlons ici d'un public français demandeur de soins dits alternatifs et complémentaires, qui peut être amené à se rendre en Inde, pays qui devient une destination privilégiée pour ce type de soins (Pordié, 2011b).

13 Ces deux personnes ont préféré que l'entretien se déroule par téléphone, l'une en raison d'un emploi du temps surchargé et l'autre en raison de sa volonté de rester « anonyme » car sa pratique n'est pas déclarée. Pour la première personne, l'entretien téléphonique a été complété par une analyse du contenu du site internet qui présente au public son activité et ses grands principes.

politiques et intellectuels¹⁴ pour se positionner d'abord dans le domaine du yoga, puis dans celui de l'ayurveda, tout en distillant, dans ses publications et conférences publiques, une idéologie humaniste véhiculée par Sri Aurobindo et La Mère au sujet de l'éducation et de la santé.

À ces quelques personnes aux profils particuliers s'ajoutent quelques commerçants, installés dans le quartier de La Chapelle ou du passage Brady, qui vendent des produits prisés par les non-migrants (encens, thés et tisanes, bijoux, artisanat) et proposent des massages ayurvédiques. Nous sommes là loin des circuits médicaux de l'ayurveda ou de mouvements de reviviscence, mais plutôt dans l'exploitation d'opportunités commerciales dans le cadre d'un entrepreneuriat ethnique.

Il ne faut cependant pas croire que la présence de personnes originaires du sous-continent indien dans le domaine de l'ayurveda se résume à ces quelques exemples. Il est souvent fait appel à des médecins qui exercent en Inde pour donner des cours, animer des séminaires ou encore dispenser des soins sans pour autant envisager leur installation en France. Les modalités d'implantation de l'ayurveda reposent en grande partie sur les liens tissés entre praticiens installés en Inde et praticiens français allant se former en Inde. Il est également fait appel à des personnes installées ailleurs en Europe¹⁵. Au total, ces médecines circulent et s'inscrivent dans différentes formes de mobilités observées à l'échelle internationale : mobilités de personnes, de produits, de savoirs, de normes (Sakoyan *et al.*, 2011).

Réinventions, adaptations et bricolages de l'ayurveda

Mais quelles sont les raisons de la sous-représentation des praticiens et des patients originaires du sous-continent indien dans les milieux de l'ayurveda ? Ces migrants sont-ils lésés, comme nous l'ont avancé certaines de nos interviewées, en raison de (supposées) difficultés à communiquer imputables à des différences linguistiques et/ou qualifiées de « culturelles »¹⁶ ? Ou bien faut-il y voir les conséquences des difficiles conditions d'exercice en contexte français, dissuasives pour beaucoup de personnes et non pas uniquement les migrants ? À moins qu'il ne s'agisse là d'un reflet des difficultés vécues par une grande partie des migrants du sous-continent à accéder aux soins dans leur ensemble.

Entraves, contraintes et stratégies de contournement

Les praticiennes de l'ayurveda rencontrées ont toutes signalé les contraintes organisationnelles et institutionnelles qui pèsent sur la pratique de l'ayurveda. Celle-ci est contrôlée, au même titre que les autres médecines non-conventionnelles, et les actes appa-

14 La biographie qui lui est consacrée rapporte qu'il aurait été proche d'André Malraux et professeur particulier de yoga pour Pierre Nora (Ramassamy, 2004).

15 Ces personnes viennent le plus souvent d'Allemagne ou de Roumanie, deux pays qui font figure d'exemple pour la place des soins alternatifs et complémentaires au sein des institutions médicales.

16 Le recours à l'adjectif « culturel » ou à la notion de « culture » n'est à aucun moment utilisé de façon péjorative par les personnes rencontrées, la « culture » indienne (et surtout hindoue) étant au contraire très valorisée dans les discours recueillis.

rentés à un exercice illégal de la médecine sont passibles de poursuites. Ainsi prescrire des médicaments, même s'il s'agit de plantes, est considéré comme hors cadre légal. Dès lors, les praticiens ont recours à des « stratagèmes » pour contourner les dispositifs légaux :

« C'est très simple, [les patientes] prennent un cahier, elles prennent des notes. Et oui, il y a aussi toute une histoire légale autour de l'ayurveda. [...] J'ai mis au point un système où les gens écrivent, pas moi. Ça c'était indispensable. Les gens écrivent dans leur cahier. Et puis c'est pas plus mal. Elles te posent des questions. On fait des échanges et, petit à petit, on construit, on sème » (Entretien avec Chantal, praticienne en ayurveda depuis dix ans, Paris, juin 2011).

« Je suis censée conseiller des plantes et ne pas leur prescrire. Bon, j'en prescris, hein ! C'est une question de terminologie. Par contre [...] quand le patient ne peut pas avoir directement les plantes dont j'ai besoin, bon, et bien c'est moi qui vais les acheter et je les lui revends. Mais ça, c'est le côté illégal de l'information. C'est toujours le patient qui va acheter les plantes, il fait ses propres mélanges » (Entretien avec Julie, praticienne en ayurveda depuis trois ans, Paris, mai 2011).

Cette nécessaire adaptation et les tactiques mises en place pour se mettre à l'abri, ne va pas sans influencer sur le déroulement des consultations et conduit à « bricoler » les pratiques de l'ayurveda relativement à ce qui est enseigné et toléré en théorie. C'est le rapport-même entre le praticien et le patient qui s'en trouve modifié.

« [...] en Inde, un praticien, qu'on appelle un vaidya, [...] fait ses produits sur la base d'un formulaire qui a été repris des savoirs ancestraux et validés. [...] Les massages vont être faits par des employés. Tandis qu'ici ce n'est pas ainsi. Parce qu'en fait, en France, aujourd'hui, il est impossible d'avoir de la main-d'œuvre. Purement et simplement. De même, [en Inde] quand le vaidya est en consultation de bilan, il écrit, si possible mal, pour que les gens ne comprennent pas exactement de quelle formule il s'agit sinon ils pourraient aller la chercher auprès de quelqu'un d'autre ; et le vaidya indien vend ses médecines et donne ses conseils gratuitement. On lui donne des petits pourboires, mais c'est tout. Ici, ce genre de choses est impossible. Parce qu'en fait les gens n'accordent de la valeur qu'à ce qui coûte cher. Il faut qu'ils payent » (Entretien avec Chantal, praticienne en ayurveda depuis dix ans, Paris, juin 2011).

Les contraintes réglementaires conduisent à limiter les pratiques ayurvédiques au massage, et à bien souvent éviter la médication ou la remplacer par un régime alimentaire « inspiré » des principes de l'ayurveda. Et, au-delà de cela, les conditions d'exercice en France sont bien plus couteuses : il est difficile d'y vivre de son art et plus encore d'envisager de recruter du personnel. Fait de contraintes et de stratégies de contournement, le métier de praticien dans le domaine de l'ayurveda s'avère peu attractif, et ce pour quiconque envisage de l'exercer.

Mais en dehors de ces constats sur la pratique ayurvédique en France, les entretiens révèlent des discours que l'on peut qualifier de réifiant sur ce que serait l'ayurveda en Inde aujourd'hui. La médecine ayurvédique est souvent présentée comme « ancrée dans les traditions ». Ces propos récurrents sont représentatifs d'une vision exotique de l'Inde et de ses supposées pratiques médicales traditionnelles.

« L'ayurveda, c'est pour les Français » : représentations différenciées d'une même médecine

Comme le souligne Pordié (2011b), ces représentations ne tiennent pas compte des adaptations et ajustements de la pratique de l'ayurveda en Inde qui, au contact de la biomédecine, de la science et de la technologie, s'est profondément transformée. Elles opposent une Inde immuable, « traditionnelle » et désintéressée à une Europe mouvante, « moderne » et dominée par l'argent. Loin d'avoir une visée dépréciative, ces représentations tendent cependant à confiner la médecine ayurvédique « traditionnelle » au sous-continent. Pourtant ces discours ne correspondent pas aux dynamiques de l'ayurveda en Inde telles qu'on peut les observer aujourd'hui, ils nous renseignent plutôt sur les démarches personnelles de nos interlocutrices. Toutes nous parlent de la distance parcourue pour rencontrer des personnes qui incarnent une tradition et une altérité recherchées. Chantal est allée à la recherche d'un vaidya « dans un trou perdu » à « Malabar ». Elle nous dit la difficulté de cette quête d'un vaidya, dont elle avait entendu parler par une connaissance, et reconnaît bien volontiers qu'elle cherchait aussi « une part de folklore ». Julie explique que, dans sa recherche d'un « maître » elle a tout fait pour trouver « quelqu'un qui n'est pas trop connu », qui « fait ses propres produits » et « n'achète pas dans les fabriques ». Valérie s'est rendue « dans un village du Kerala » et Nathalie en Allemagne et aux Pays-Bas pour suivre des séminaires et ensuite « du côté de Bénarès » pour se former. Les choix de formation en Inde sont, pour nos interlocutrices, justifiés par la volonté de se démarquer des réseaux classiques que sont les grandes marques pharmaceutiques et les labels gouvernementaux.

Cependant, lorsque l'on en vient à les interroger sur leurs liens avec les migrants installés en France, le propos est moins valorisant. Ainsi, les praticiennes ont-elles décrié leurs confrères originaires du sous-continent, au motif qu'ils n'étaient pas inscrits dans une association française ou qu'ils ne pouvaient justifier de liens avec une « tradition » ou une « lignée » indienne de vaidya. Certaines nous ont signalé la présence de praticiens venus d'Inde, qui pratiqueraient dans l'illégalité, à destination de migrants. Un phénomène souvent désigné comme « pratique communautaire ». Un « communautarisme » qui renvoie surtout à une représentation négative, tendant à discréditer la figure du praticien migrant indien, non francophone, détenteur de diplômes obscurs dans des écoles mal identifiées :

« J'ai rencontré des personnes [d'origine indienne] qui ont un médecin qui pratique l'ayurveda qui ne parle même pas français. Il y avait [un médecin] à Paris, il n'avait que des personnes de sa nationalité, il ne parle pas un mot de français, et je crois qu'il y a beaucoup de choses comme ça, c'est-à-dire de médecins ou pseudo-médecins qui ne connaissent que leur langue et qui ont des groupes. [...] J'ai rencontré quelqu'un qui est d'Inde je crois, qui pratique l'ayurveda, qui n'est pas médecin¹⁷. Il ne parle pas français hein. Il vient de s'installer avec sa femme et ses enfants... Et ça surtout en France, où on est un pays où il faut parler la langue quoi ! Bon bah il va aller auprès de la communauté de chez lui ! Il n'avait pas de carte [de visite] d'ailleurs » (Entretien avec Julie, praticienne en ayurveda depuis trois ans, Paris, mai 2011).

17 Par « qui n'est pas médecin » la personne interrogée entendait dénoncer l'absence de diplôme dans tout domaine médical (ayurveda compris).

Cet extrait d'entretien reflète des représentations communément mentionnées par nos interlocutrices : les praticiens originaires du sous-continent, plus souvent anglophones que francophones, ne sauraient communiquer suffisamment pour mener une consultation auprès de patients français et seuls leurs compatriotes feraient appel à eux.

Les recherches que nous avons entreprises auprès de migrants installés à Paris n'ont pas permis de confirmer l'existence de pratiques « de groupe » comme nous l'ont signalé Julie et d'autres de ses consœurs. Bien au contraire, les personnes que nous avons rencontrées ont, sans exception, significé leur distance et leurs doutes sur le bienfondé de l'utilisation de l'ayurveda pour leur santé :

« L'ayurveda, c'est pour les Français [...]. Ici, il y a la petite médecine traditionnelle, genre la confiture et le miel pour la gorge, les petites décoctions banales, basiques, l'ail, le tamarin. On mélange, on voit si ça passe [...]. Les médecins qui pratiquent l'ayurveda ici en France sont dans un milieu confiné et pour des occidentaux un petit peu fortunés » (Entretien avec Ramesh, migrant d'origine indienne installé depuis douze ans en France, Paris, mars 2011).

Les migrants indiens ou sri lankais interviewés ont mis en doute l'« indianité » de la pratique – allant parfois jusqu'à considérer l'ayurveda comme « irrationnelle », « arriérée » ou « faite pour les Français » – tandis que d'autres ne voyaient pas l'intérêt d'y avoir recours puisqu'ils bénéficient d'une assurance maladie pour leurs dépenses de santé. Mais ne pas faire appel aux médicaments de l'ayurveda ne signifie pas uniquement le rejet de cette médecine, il nous rappelle qu'une fraction de cette population vivant dans des conditions socioéconomiques difficiles, n'a pas les moyens de se soigner. Les observations et les entretiens conduits au sein des cabinets de médecins généralistes tamoulophones révèlent l'urgence de certaines situations et l'importance du nombre de patients atteints de pathologies graves parmi les migrants les plus marginalisés. Ces médecins drainent une importante patientèle sri lankaise pour laquelle le recours au système de santé est très faible, soit en raison de problèmes administratifs (situation irrégulière ; difficultés à obtenir l'ouverture des droits à l'assurance maladie), soit en raison d'une trop grande marginalisation synonyme de non-recours et de prévalence de maladies chroniques telles la tuberculose¹⁸.

Mais au-delà des contraintes imposées par le contexte français et des concurrence qui animent le milieu des praticiens ayurvédiques, il convient de revenir aux conditions dans lesquelles l'ayurveda s'est développé récemment en Inde et dans d'autres pays. La principale explication de la sous-représentation des migrants d'origine indienne dans l'ayurveda réside dans le mode d'élaboration de cette médecine, qui s'est profondément modifiée au contact de différents systèmes de santé et de différentes sociétés. Ce phénomène n'est pas lié uniquement à sa transformation hors de l'Inde, mais aussi à

¹⁸ Ce fait est signalé par ailleurs dans les rapports du COMEDE où sont documentés, outre l'importance des patients originaires du sous-continent indien (et principalement de Sri Lanka), le faible taux de recours aux soins, les difficultés d'accès aux soins en raison de problèmes administratifs et l'extrême fragilité sur le plan psychologique. Voir notamment les rapports 2009 et 2010 qui font état des particularités des patients sri lankais (<http://www.comede.org/Rapports-du-Comede-2010-2003>).

des changements intervenus en Inde, lesquels ont conduit à ce que l'ayurveda ne soit pas aujourd'hui un savoir commun aux migrants originaires du sous-continent.

DYNAMIQUES TRANSNATIONALES DES MÉDECINES ET MIGRATIONS INTERNATIONALES

L'ayurveda en Inde entre reviviscence et institutionnalisation

Comme toute médecine et tout système médical, l'ayurveda ne peut s'étudier et se comprendre qu'à la lumière du contexte où elle est née, et qu'au regard de ses évolutions, surtout au siècle dernier, lesquelles ont joué un rôle majeur dans son appropriation, ou non, par les populations.

L'ayurveda est le produit d'une longue histoire marquée par de profonds changements sociétaux. Elle doit être analysée au prisme des tensions sociales et politiques qui ont joué un rôle important dans la place qu'elle occupe aujourd'hui en Inde (Leslie, 1992) ou à Sri Lanka (Nordstrom, 1988). De plus, elle s'inscrit dans un ensemble de pratiques relevant du pluralisme médical¹⁹ et, s'il est difficile d'établir précisément les logiques qui conduisent à utiliser l'une ou l'autre de ces médecines, il n'en reste pas moins que la multiplicité des recours et l'emprunt alterné est un fait avéré (Bourdier, 1996).

Marquée par des échanges, aux débuts de la colonisation, puis par des rapports de domination avec la médecine coloniale, la médecine ayurvédique a dû se construire comme dissidente ou comme alliée de la biomédecine. Elle n'a donc jamais réellement cessé d'exister bien que, du temps de l'Empire britannique, les populations aient été dissuadées de pratiquer l'ayurveda (comme patient ou comme praticien) et orientées vers la biomédecine (Patterson, 1987). Ce n'est qu'au XVIIIe siècle, avec les Lumières, puis au XIXe siècle avec le mouvement de l'orientalisme, que l'intérêt pour l'histoire et la culture indienne a conduit à traduire des savoirs relatifs à l'astronomie, la médecine ou aux mathématiques, jusque-là uniquement disponibles en sanskrit. Mais cette curiosité pour les sciences médicales indiennes est restée cantonnée à des cercles restreints de colons ou d'Indiens érudits. En conséquence, d'un côté, la médecine ayurvédique a été comprise et traduite en référence à la biomédecine, lui offrant ainsi un mode de légitimation favorisant sa réémergence aux côtés de la médecine coloniale, dominante. D'un autre côté, elle a été englobée dans le vaste mouvement du nationalisme indien qui, à partir des années 1890, a revendiqué l'antériorité, la supériorité et la légitimité des savoirs locaux, notamment médicaux (Hoyez et Schmitz, 2007). La médecine ayurvédique n'est pas seulement devenue une simple alternative médicale, mais aussi une alternative politique et, bien avant l'indépendance de l'Inde, elle était en permanente réinvention, reconstruction, ajustements et adaptations. Durant la première moitié du XXe siècle, elle est entrée en résonance avec les préoccupations d'une classe moyenne émergente qui, suivant un « modèle bourgeois », a commencé à mettre en place un monde social articulé autour de

¹⁹ En Inde coexistent cinq systèmes de santé, reconnus et institutionnalisés par l'État. Il s'agit de l'ayurveda, du yoga, de l'unani, de la médecine siddha et de l'homéopathie (réunis dans le dispositif AYUSH – acronyme tiré du nom des pratiques concernées).

certaines idéologies, pratiques et codes incluant le retour ou la promotion des médecines indiennes (Berger, 2008).

La reviviscence de l'ayurveda en Inde a ensuite été favorisée par son institutionnalisation, dès l'indépendance en 1947, par l'État indien, et du fait de sa contribution au projet nationaliste indien, puis hindou. Au cours des années 1970, et plus encore à partir des années 1990, la modernisation de sa pratique est devenue un enjeu central. L'institutionnalisation a contribué à une transformation en profondeur du champ de l'ayurveda en Inde : multiplication des cures ayurvédiques dans des institutions « labellisées » par le gouvernement indien ; émergence d'un milieu de professionnels de l'ayurveda, reconnus par l'État qui, en compétition avec les médecins de la biomédecine, ont fondé des collèges, des hôpitaux et des associations professionnelles ; standardisation du cursus, basé sur des livres et manuels scientifiques ; et standardisation de la médication et de la pharmacopée, confiée à des firmes pharmaceutiques spécialisées (Harilal, 2009). En somme, les récents développements de l'ayurveda tendent à montrer son intégration au modèle biomédical et son institutionnalisation au sein des structures de l'État. Cependant, si cette tendance peut être perçue comme une forme de reconnaissance légitimant sa pratique aujourd'hui en Inde et dans le monde, elle est aussi très largement critiquée. Car cette place institutionnelle est aussi vue comme une entrave à son évolution, dans la mesure où elle fige l'ayurveda en une sous-branche de la médecine, sous dotée financièrement, et au statut plus proche du « paramédical » que du médical (Reddy, 2002). Cette critique est très souvent reprise par les milieux des patients ou des praticiens de l'ayurveda qui réfutent ou se tiennent à distance des points de contact avec la biomédecine et qui cherchent à tout prix à rester dans le domaine de la santé « alternative » non régulée et « résistante » à toute forme d'institutionnalisation et de normalisation.

Enfin, malgré les efforts de communication du gouvernement central et des États fédéraux pour présenter l'ayurveda comme facilement accessible à la population en raison de la disponibilité immédiate de matières premières bon marché, ce discours reste plus idéologique (l'Inde serait capable de soigner sa population par ses savoirs et les produits de ses terroirs) que pragmatique (Dejouhanet, 2009). En effet, l'idée d'une médecine ayurvédique qui toucherait toutes les couches de la population, y compris la population rurale, est erronée : peu de patients déclarent y recourir et la connaissance de l'ayurveda par la population indienne est finalement peu généralisée. La diffusion et l'utilisation de la médecine ayurvédique, dans et hors du sous-continent indien, dépendent donc à la fois des modalités de mobilisation de ce savoir, de son appropriation par les populations, puis de ses circulations locales et transnationales qui ne passent pas forcément par des migrants.

Des dynamiques transnationales laissant de côté les migrants indiens

Suivant une sorte d'intuition, plusieurs interviewés (praticiens ou patients, migrants ou non) supposent que si des praticiens ayurvédiques venus d'Inde exerçaient au sein de leurs communautés, ce serait principalement dans les pays anglophones où la population originaire de cette région est plus présente. L'exercice de l'ayurveda par des originaires du sous-continent y serait facilité grâce à une organisation sociale mieux structurée (car plus nombreuse et implantée depuis plus longtemps qu'en France) et à un contexte sociopolitique (le multiculturalisme) plus propice au développement de

savoirs et de pratiques importées des pays d'origine par les migrants. Le Royaume-Uni, le Canada, les États-Unis sont souvent cités comme des pays où pourraient s'établir de telles pratiques. Il s'agit là d'une représentation plus que d'une réalité, qui en côtoie une autre : les pays dont les systèmes de santé nationaux tolèrent la présence de médecines alternatives et complémentaires (comme l'Allemagne) pourraient constituer un terreau favorable au développement de l'ayurveda parmi les populations migrantes. Mais est-il vraiment possible d'identifier un lien entre paysage migratoire, paysages institutionnels de la santé et développement de pratiques propres à un groupe de migrants ?

La littérature scientifique sur la médecine ayurvédique telle qu'elle est pratiquée en dehors de l'Inde, s'accorde sur un point : l'originalité de l'introduction, de la diffusion, et de la pratique de l'ayurveda réside tout d'abord dans le fait qu'il s'agit d'une médecine qui est principalement reproduite et transférée par et pour des publics non-indiens, et plus largement non-asiatiques, plus « clients » que « patients ». Et ce dans tous les pays où l'ayurveda est représenté, indépendamment de la présence de migrants ou d'ouvertures aux médecines non-conventionnelles permises par les systèmes de santé nationaux.

Aux États-Unis, la transplantation de l'ayurveda a été stimulée par un mouvement visant à toucher des audiences internationales (Reddy, 2002). Zysk estime même qu'une nouvelle période de l'histoire de la médecine ayurvédique a commencé avec la contribution des mouvements New Age à son implantation en Amérique du Nord et en Europe. Comme d'autres observateurs des processus de transfert de l'ayurveda, il souligne que, pour l'essentiel, cette médecine a été importée directement par des personnalités non-indiennes, même si certaines personnalités du sous-continent ont été conviées à se déplacer en tant que figures emblématiques, « authentiques » (Zysk, 2001 : 11). La médecine ayurvédique y occupe une place d'importance, au cœur des pratiques médicales alternatives ou complémentaires, et on la retrouve dans nombre d'instituts tenus par des non migrants (qui prennent parfois un nom indien). Elle y est diffusée au point de toucher différents publics fréquentant les lieux de soins alternatifs (ceux qui font la promotion du bien-être) ou des individus aux demandes spécifiques (perte ou contrôle du poids, gestion du stress, etc.). En résultent un inévitable éclectisme et des bricolages inédits où l'on voit des soins ou cures ayurvédiques proposés aux côtés de cours de yoga, de méditation, de tai chi ou de séances de prière. Le positionnement de l'ayurveda dans le champ de la santé dite alternative n'y est en rien connecté avec des pratiques de populations originaires du sous-continent indien. Au contraire, la place de l'ayurveda révèle plutôt les transformations de la santé et du soin propre à la société américaine caractérisées par une tendance à l'exotisation des médecines d'Asie pour répondre à une demande locale. Selon Reddy (2002), l'ayurveda serait même aujourd'hui un « élément américain » (« *An american composite* ») dans le champ de la santé, et, pour Albanese (cité par Reddy, 2002), il s'agirait de « l'expression directe d'une ethnicité américaine » dans laquelle viendraient se mêler plusieurs emprunts aux systèmes médicaux asiatiques en général, sans que n'y soient impliqués les patients ou praticiens originaires du sous-continent. De même, au Canada, malgré l'importance des populations originaires de cette région dans certaines métropoles, les praticiens migrants sont sous-représentés. En dehors des quartiers à grande concentration ethnique, comme l'India Town de Toronto où exerce une poignée de vaidya dans quelques officines de Gerrard Street (Svoboda, 2008), le lien entre médecines indiennes et migrants originaires du sous-continent est très lâche et souvent inexistant.

Dans un pays comme le Royaume-Uni, où les populations originaires du sous-continent indien sont nombreuses, la situation est similaire. L'augmentation des flux d'immigration en provenance de cette région dans les années 1960 n'a pas été accompagnée d'une arrivée de médecins ayurvédiques²⁰. Là aussi, l'introduction de l'ayurveda auprès d'un public élargi dans les années 1990, s'est effectuée principalement auprès et par des personnes d'origine britannique et non indienne (Newcombe, 2008). Cependant, les études sur les recours aux médecines indiennes par les migrants soulignent l'étendue des pratiques de santé répondant aux grands systèmes de représentation de la santé, du soin et de la maladie propre au sous-continent indien (Pieroni *et al.*, 2008) : les migrants indiens, dans l'espace domestique font appel à l'automédication, modifient leur régime alimentaire en fonction de leurs épisodes de maladie, ou pratiquent des rituels religieux en lien avec la santé. Mais il s'agit là d'un champ élargi des pratiques de santé, qui ne s'apparentent que de loin au système de santé de l'ayurveda.

En Allemagne, la pratique de l'ayurveda a été introduite par des importations de savoirs, et non de personnes, venus d'Inde et, de même qu'aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Uni ou en France, elle répond à une demande de la patientèle locale. Cependant, le système de santé national permet ponctuellement, et sous contrôle de l'institution médicale, l'introduction de pratiques exogènes. Cela autorise parfois l'utilisation de l'ayurveda en complément dans certains services hospitaliers (d'oncologie ou de psychiatrie, par exemple) aux côtés d'autres pratiques médicales dites alternatives, afin de prendre en charge les effets psychologiques de la maladie ou les effets indésirables des traitements administrés aux patients. De même, certaines ayurvedik klinik ont pu être créées, proposant des traitements ayurvédiques à part entière, inspirés d'une « tradition » portée par des médecins indiens, formés en Inde, conviés ponctuellement à former le personnel ou à exercer auprès des patients (Chopra, 2008 : 244).

Mais ces migrants d'origine indienne, qui pratiquent l'ayurveda en dehors de leur pays, ont tous un profil atypique par rapport aux autres ressortissants de leurs communautés. Ces personnes sont souvent issues de milieux érudits (brahmanes), riches, hautement diplômées, anglophones et parfois politiquement engagées.

La diffusion de l'ayurveda en dehors de l'Inde s'est accompagnée de variations notables dans sa pratique. Depuis les débuts de l'introduction de l'ayurveda en milieu américain ou européen, les textes et la pharmacopée, même s'ils sont connus, traduits et convoqués dans les discours des praticiens, sont finalement peu utilisés. Dans ses formes transplantées, la pratique de l'ayurveda révèle un ensemble de choix sélectifs : la thérapeutique, par exemple, est principalement axée sur la diététique, le massage, les cures (principalement celle du panchakarma) et éventuellement les médications. Ceci est aussi lié en partie aux contextes légaux qui limitent sa pratique à quelques actes qui ne doivent pas empiéter sur le domaine régulé par les autorités médicales, comme nous l'avons vu plus haut.

Enfin, l'ayurveda a très rapidement constitué un enjeu marchand, non seulement sur le marché des soins, mais plus largement comme objet commercial et culturel, marqué

20 A contrario, une partie de ces migrants est venue agrandir les rangs des professionnels de la biomédecine (généralistes, infirmières, aides-soignantes).

comme « ethnique » et principalement conçu pour des audiences américaines ou européennes (Reddy, 2002 ; Bode, 2006). Hormis l'important marché des produits dérivés de l'ayurveda, cette médecine a une place d'honneur dans les médias, qui lui assure un contact permanent avec les « clients » : l'ayurveda est toujours citée dans les revues de type néo-orientaliste, faisant l'apologie des rencontres entre l'Orient et l'Occident et prônant les méthodes holistes de santé. La promotion de l'ayurveda est l'enjeu de différentes stratégies utilisant les arguments de la purification, du ressourcement et de la transformation personnelle. Ainsi, l'ayurveda, dans ses formes récentes, s'est surtout construite suivant des modèles de représentation de la santé, propres à certains milieux euro-américains, entrant dans les « cultures médicales alternatives voire syncrétiques » (Laplantine et Rabeyron, 1987). Au total, loin d'être monolithique, l'ayurveda, ayant subi de nombreuses transformations, présente une vaste pluralité de sous-pratiques marquées par des emprunts multiples.

Les logiques de recours pluriels chez les migrants : entre mythes et réalités

La pluralité des recours aux soins renvoie à l'idée que les patients effectuent des choix raisonnés en matière de soins, alternant ou utilisant conjointement plusieurs systèmes de santé (Benoist, 1996). Ceux-ci vont de l'offre biomédicale aux pratiques liées à d'autres grands systèmes de représentation de la santé, en passant par un ensemble de comportements, au quotidien, de prévention ou de guérison, qui répondent à des codes, des normes ou des croyances puisés dans différents savoirs. Cependant, une tendance générale se dessine à l'analyse de cette littérature : les migrants font plus souvent l'objet que la population locale d'attention dans le domaine du pluralisme médical. Il en ressort en premier lieu que l'altérité de la figure du migrant autorise que l'on questionne celle-ci, en matière de santé et de soins, comme si les migrants avaient plus que les autres besoin ou accès à des recours pluriels (Cognet, 2007). Il y a là un risque de surinterprétation qui appelle à questionner les présupposés sur les « traditions » ou « cultures » censées expliquer des comportements de santé et des logiques de recours aux soins. Un premier écueil relève de l'utilisation de l'idée ambiguë de « tradition ». Dans ce que les individus transfèreraient au cours de leur parcours migratoire, figureraient en particulier toutes ces pratiques de santé que l'on désigne comme « traditionnelles » et associées à des pratiques anciennes. Or, ces supposées « traditions médicales » sont surtout issues de (re)constructions de savoirs très contemporains, formés au contact de différents systèmes médicaux et revalorisés récemment en raison de priorités établies à la fois dans les pays où ces savoirs ont été élaborés et à la fois dans les pays où ils ont été transférés²¹. Un deuxième écueil réside dans l'usage de la notion de « culture », convoquée lorsqu'il s'agit de justifier le recours à des pratiques non conventionnelles par des migrants, ou lorsqu'il s'agit de trouver des justifications à des phénomènes inhabituels ou considérés comme illogiques. De nombreuses critiques ont été formulées à ce sujet (Fassin et Dozon, 2001 ; Fassin, 2001 ; Vidal, 2004 ; Cognet, 2007) et, à l'examen de l'exemple que nous avons développé plus haut sur les utilisations d'une des médecines indiennes, nous ne pouvons

21 Notons également que ces médecines sont en partie normées et régulées, au niveau international, par l'Organisation Mondiale de la Santé (2002), qui a fixé leur définition, leur liste et élaboré des stratégies pour favoriser leur développement, en particulier dans les pays du Sud.

qu'y souscrire. Recourir à une explication par le « culturel » ou « la culture » fait courir un risque d'ethnicisation des patients et de mise en cause de leurs comportements. Pourtant, les malades ne sont pas coupés du monde social : la maladie prend toujours place dans un contexte dans lequel elle prend sens (Fassin et Dozon, 2001) et se soigner n'exclut pas un accompagnement par des recours à des pratiques de santé non biomédicales. La tendance à raisonner par « le culturel » fixe et réifie les comportements, et occulte la question politique et sociale des conditions de vie et des expériences délétères auxquelles sont confrontés certains groupes de migrants. Il est donc nécessaire d'envisager ensemble les expériences migratoires et les dynamiques politiques, sociales et spatiales concourant à la présence de recours pluriels au sein des populations migrantes.

Cette approche permet de souligner que les systèmes de santé, les représentations de la santé et les pratiques de soins n'engendrent pas des recours mécaniquement liés, mais se déclinent sous la forme de démarches hétérogènes, changeantes et différenciées au sein des populations. Ainsi, les recours aux soins doivent être vus comme les effets de l'expérience migratoire dans son ensemble (Green *et al.*, 2006 ; Dyck et Dossa, 2007 ; Guillou, 2009). Cette posture remet au centre de la recherche l'expérience migratoire comme outil de compréhension des logiques de recours aux soins. C'est par la prise en compte conjointe des parcours migratoires individuels, des dimensions collectives de la migration et des contextes politiques et sociaux des différents pays que les logiques de recours peuvent faire sens. Analyser le pluralisme médical à l'aune de l'expérience migratoire invite à rappeler que tous les membres d'un même groupe n'ont pas le même accès et le même rapport à des médecines transférées du pays d'origine et que le recours à différentes pratiques de santé dépend du milieu socioéconomique, conjugué aux valeurs associées par les individus aux différents systèmes médicaux. De plus, cette posture implique que soient prises en compte les variations entre groupes de migrants quant à l'utilisation d'autres pratiques médicales qui dépend à la fois de leur existence et/ou de leur institutionnalisation dans le pays d'origine et à la fois des conditions de leur éventuel transfert dans d'autres pays.

Les parcours et les expériences migratoires peuvent être vus comme des leviers pour la mise en œuvre de démarches de santé particulières. Mais celles-ci sont en partie liées aux politiques migratoires qui, en assignant des individus à des catégories juridico-administratives, déterminent les modalités d'accès (ou non) à une couverture santé et induisent des processus de stigmatisation et de discriminations dans l'accès aux soins²² (Fassin, 1998 ; The Franco-British Working Group on Migration, Health and Wellbeing, 2009 ; Cagnet *et al.*, 2010 ; Krieger, 2009). Si les effets de la catégorisation politique peuvent en partie expliquer le recours (ou le non-recours) à tel ou tel type de soins, ils n'épuisent cependant pas cette question qui nécessite d'être examinée à différentes échelles.

Les logiques de recours aux soins s'inscrivent alors dans des circulations de savoirs, de personnes (praticiens, patients), de produits, de normes qui produisent des mobilités observables à plusieurs échelles et qui ont des répercussions en termes de pratiques sociales et d'ancrages dans l'espace (Dureau et Hily, 2009). Ces circulations et mobilités prennent forme via l'existence et le recours à des ressources sociales et spatiales

²² Voir également les articles de Cagnet *et al.* et celui de Gabarro dans ce numéro.

qui permettent d'élargir les possibilités d'accès à différents types de traitements, de multiplier les façons de consommer les soins (Thomas, 2010). Elles prennent également forme dans des lieux multiples, connectés, ou « branchés », pour reprendre l'expression de Amselle (2001), localement (famille, quartier) et à distance (praticiens, firmes pharmaceutiques, supports du savoir disponibles dans le pays d'origine). De plus, elles font sens dans le parcours migratoire individuel, dans l'histoire migratoire du groupe dont le migrant se sent le plus proche et à la lumière des transformations des pratiques de santé dans le pays d'origine et des conditions de leur transfert. Mais que le propos soit clair : les logiques de recours aux soins sont loin d'être homogènes et systématiques. Cependant, leur analyse dans différents contextes migratoires incite à multiplier et à renouveler les travaux sur les implications et les enjeux sociaux de la santé. Parfois contestable, du fait des tendances essentialisantes ou culturalisantes qui sous-tendent certaines analyses, ce domaine de recherche n'en reste pas moins primordial, à condition qu'il reste critique.

CONCLUSION

En partant de réflexions sur les logiques plurielles entrant dans les recours aux soins parmi les populations migrantes et en analysant en particulier les pratiques de santé qui puisent dans les savoirs ou les grands systèmes de représentation de la santé issus des pays d'origine, cet article a plus généralement interrogé les modalités de transfert et de circulation des pratiques de santé ne relevant pas de la biomédecine. Nous avons souligné le fait que migrer n'est pas en soi un facteur favorisant l'importation ou la reconstruction de pratiques de santé et, en cela, l'hypothèse d'un lien direct, mécanique, entre la présence d'un système de santé, plus ou moins institutionnalisé, dans le pays d'origine et son utilisation en migration n'est pas valide. Il convient donc de déconstruire l'essentialisme contenu dans cette assertion et d'y apporter des nuances importantes. Ce sont à la fois l'expérience migratoire, les contextes politiques et sociaux dans lesquels elle prend forme et sens, et l'histoire des pratiques et systèmes de santé dans la mondialisation qu'il faut étudier conjointement.

En même temps, la sous-représentation des migrants originaires du sous-continent dans les usages ou les pratiques de l'ayurveda, est en soi un élément important pour l'analyse des dynamiques des systèmes de santé. Une partie du corpus de la médecine ayurvédique a été transformée, réinterprétée, et projetée sur un marché mondial de la santé et des soins, à destination d'une audience attirée par les « alternatives » proposées. L'étude d'une et/ou des deux facettes de ce phénomène, par ailleurs bien documenté chez les anthropologues et les sociologues, ouvre un champ de recherche sur les dynamiques du domaine de la santé vu au prisme de la circulation, des mobilités et des migrations internationales. Les circulations et les mobilités engendrées concernent alors les personnes, mais aussi les savoirs, les pratiques, les produits, avec toutes leurs implications sur les pratiques sociales et leurs ancrages dans l'espace (Dureau et Hily, 2009).

Mais la sous-représentation des migrants dans l'utilisation et la pratique de médecines avec lesquelles ils auraient pu être en contact dans leur pays d'origine nous invite également à redire, avec Benoist (1996) ou Pordié (2011a), que ce qui peut être « ré-enchanté » dans nos sociétés (ici des savoirs de santé), ne l'est pas forcément pour

les populations qui sont censées y trouver des proximités « culturelles ». Les recherches menées au sein de la population originaire du sous-continent indien n'ont pas fait ressortir de recours régulier ou facilité à l'ayurveda. Mais, en constatant la sous-représentation de ces migrants dans le domaine de l'ayurveda en France, cet article plaide aussi pour que soient levées les zones d'ombre qui encadrent l'accès aux soins primaires des populations migrantes les plus marginalisées. Car si absence de recours à l'ayurveda il y a, c'est aussi que persistent d'importantes difficultés d'accès aux ressources médicales, quelles qu'elles soient, des populations les plus marginalisées et les plus en difficultés sociales et économiques.

.....

Références bibliographiques

- ALTER Joseph S. (2005) *Asian medicine and globalization*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 200 p.
- AMSELLE Jean-Loup (2001) *Branchements. Anthropologie de l'universalité des cultures*, Paris, Flammarion, 265 p.
- BENOIST Jean (1996) *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 520 p.
- BERGER Rachel (2008) Ayurveda and the making of the urban middle class in North India, in Dagmar Wujastyk and Frederick Smith Eds., *Modern and global ayurveda. Pluralism and paradigms*, Albany, State University of New York Press, pp. 101-115.
- BODE Marteen (2006) Taking Traditional knowledge to the market: the commoditization of Indian medicine, *Anthropology and medicine*, 13 (3), pp. 225-263.
- BOURDIER Frédéric (1996) Rencontres thérapeutiques dans l'Inde méridionale ou l'art d'élaborer une médecine masala dans les stratégies de soin, in Jean Benoist, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, pp. 425-460.
- CHATTOPADHYAYA Debiprasad (1978) *Science and society in Ancient India*, Amsterdam, BB Gruner BV, 441 p.
- CHOPRA Ananda Samir (2008) Practicing ayurveda in the Western world: a case study from Germany, in Dagmar Wujastyk and Frederick Smith Eds., *Modern and global ayurveda. Pluralism and paradigms*, Albany, State University of New York Press, pp. 243-256.
- COGNET Marguerite (2007) Au nom de la culture : Réflexion sur un usage inflationniste de la notion de culture dans la santé et les services sociaux, in Marguerite Cagnet et Catherine Montgomery Éd., *Éthique de l'Altérité. Culture, santé et intervention sociale*, Québec, Presses de l'Université de Laval, pp. 39-63.
- COGNET Marguerite, GABARRO Céline et ADAM-VÉZINA Émilie (2010) Entre droit aux soins et qualité des soins, *Hommes et Migrations*, 1282, pp. 54-65.
- DEJOUHANET Lucie (2009) L'ayurveda. Mondialisation d'une médecine traditionnelle indienne, *EchoGéo*, 10, [en ligne]. URL : <http://echogeo.revues.org/11349>
- DUREAU Françoise et HILY Marie-Antoinette (2009) *Les mondes de la mobilité*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 189 p.
- DYCK Isabelle and DOSSA Parin (2007) Place, health and home: gender and migration in the constitution of healthy space, *Health and place*, 13, pp. 691-701.
- ÉTIEMBLE Angéline (2001) Les ressorts de la diaspora tamoule en France : associations, médias, politique, *Cahiers de recherche de la MiRe*, pp. 105-111.
- FASSIN Didier (2001) L'altérité de l'épidémie. Les politiques du SIDA à l'épreuve de l'immigration, *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 17 (2), pp. 139-151.
- FASSIN Didier (1998) Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ?, *Plein Droit*, 38, pp. 29-35, [en ligne]. URL : <http://www.gisti.org/doc/plein-droit/38/sante.html>

- FASSIN Didier et DOZON Jean-Pierre (2001) L'universalisme bien tempéré de la santé publique, in Didier Fassin et Jean-Pierre Dozon Eds., *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Voix et Regards, Paris, Baland, pp. 7-19.
- FAVRET-SAADA Jeanne (1977) *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le bocage*, Paris, Gallimard, 427 p.
- FILLIOZAT Jean (1975) *La doctrine classique de la médecine indienne : Ses origines et ses parallèles grecs*, Paris, École française d'Extrême-Orient, 230 p.
- GAUDILLIÈRE Jean-Paul (2002) *L'Invention de la biomédecine : La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant après 1945*, Paris, La Découverte, 391 p.
- GOREAU-PONCEAUD Anthony (2011) L'immigration sri lankaise. Regards croisés, *Hommes et Migrations*, 1291, pp. 26-39.
- GOREAU-PONCEAUD Anthony (2008) *La diaspora tamoule en France, trajectoires spatio-temporelles et inscriptions territoriales en Île-de-France*, Thèse de Géographie, Bordeaux III, 427 p.
- GREEN Gill, BRADBYP Hannah, CHAN Anita and LEE Maggie (2006) "We are not completely Westernised": Dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant women in England, *Social Science & Medicine*, 62, pp. 1498-1509.
- GRONSETH Anne Siegfried and OAKLEY Robin (2007) Ethnographic humanism – Migrants experiences in the quest for well-being, *Anthropology in action*, 14 (1-2), pp. 1-11.
- GUILLOU Anne Yvonne (2009) Immigration thérapeutique, immigration pathogène. Abandonner le « parcours thérapeutique » pour « l'expérience migratoire », *Sciences sociales et santé*, 27 (1), pp. 63-72.
- HARILAL Madhavan S. (2009) "Commercialising traditional medicine": ayurvedic manufacturing in Kerala, *Economic and Political Weekly*, XLIV (16), pp. 44-51.
- HOYEZ Anne-Cécile (2012) *L'espace-monde du yoga : De la santé aux paysages thérapeutiques mondialisés*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 153 p.
- HOYEZ Anne-Cécile (2007) Globalised Therapeutic Landscapes: Production and Reproduction of spaces and places. Examples in the " world of yoga", *Social Science & Medicine*, 65, pp. 112-124.
- HOYEZ Anne-Cécile et SCHMITZ Olivier (2007) Les voies indiennes de l'homéopathie. Diffusion et ajustements d'une médecine alternative européenne en Asie, *Transcontinentales*, 5, pp. 97-112, [en ligne]. URL : <http://transcontinentales.revues.org/724>
- JONES Graham (2003) Le trésor caché du Quartier indien : esquisse ethnographique d'une centralité minoritaire parisienne, *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 19 (1), pp. 233-243.
- KRIEGER Nancy (2009) Les discriminations, un point aveugle des inégalités, *Problèmes politiques et sociaux*, 960, pp. 116-119.
- LANGFORD Jean (2004) *Fluent bodies. Ayurvedic remedies for post colonial imbalance*, New Delhi, Oxford University Press, 311 p.
- LAPLANTINE François et RABEYRON Paul-Louis (1987) *Les médecines parallèles*, Paris, PUF, 127 p.
- LESLIE Charles (1992) Interpretations of illness: syncretism in modern India, in Charles Leslie and Allan Young Eds., *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, pp. 177-208.
- MADAVAN Delon, DEQUIREZ Gaëlle et MEYER Éric (2011) *Les communautés tamoules et le conflit sri lankais*, Paris, L'Harmattan, 241 p.
- MEYER Éric (2011) Migrations sri lankaises. Origines et étapes, *Hommes et Migrations*, 1291, pp. 12-21.
- MOLINER Christine (2009) *Invisible et modèle ? Première approche de l'immigration Sud-asiatique en France*, Rapport d'étude pour la Direction de l'Accueil, de l'Intégration et de la Citoyenneté, Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement solidaire, 97 p., [en ligne]. URL : http://www.immigration.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_immigrationsudasiatique_2009.pdf
- NEWCOMBE Suzanne (2008) Ayurvedic medicine in Britain and the epistemology of practicing medicine in "good faith", in Dagmar Wujastyk and Frederick Smith Eds., *Modern and global ayurveda. Pluralism and paradigms*, Albany, State University of New York Press, pp. 257-284.

- NORDSTROM Carolyn (1988) Exploring pluralism – The many faces of ayurveda, *Social Science & Medicine*, 27 (5), pp. 479-489.
- OBADIA Lionel (2009) The internationalisation and hybridisation of medicines in perspective? Some reflections and comparisons between East and West, *Transtext(e)s Transcultures*, 5, [en ligne]. URL : <http://transtexts.revues.org/276>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002) *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*, Genève, 74 p.
- PATTERSON T.J.S. (1987) Indian and European practitioners of medicine from the 16th century, in T.J.S. Patterson Ed., *Studies on Indian medical history*, Groningen, pp. 111-120.
- PIERONI Andrea, SHEIKH Qiasser-Zain, ALI Wajid and TORRY Bren (2008) Traditional medicines used by pakistani migrants from Mirpur living in Bradford, Northern England, *Complementary Therapies in Medicine*, 16, pp. 81-86.
- PORDIÉ Laurent (2011a) Accentuation et pragmatisme. Le savoir médical tibétain à destination des étrangers, *Revue d'Anthropologie des Connaissances*, 5 (1), pp. 99-130.
- PORDIÉ Laurent (2011b) Se démarquer dans l'industrie du bien-être. Transnationalisme, innovation et indianité, *Anthropologie et santé*, 3, [en ligne]. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/805>
- PORDIÉ Laurent (2008) *Tibetan medicine in contemporary world. Global politics of medical knowledge and practice*, London and New York, Routledge, 271 p.
- RAMASSAMY Dominique (2004) *Un souffle venu de l'Inde : Kiran Vyas, inspiré par Gandhi, Sri Aurobindo et l'ayurvêda*, Nantes, 242 p.
- REDDY Sita (2002) Asian medicine in America: the ayurvedic case, *Annals AAPSS*, 583, pp. 97-121.
- SAKOYAN Juliette, MUSSO Sandrine et MULOT Stéphanie (2011) Quand la santé et les médecines circulent, *Anthropologie et santé*, 3, [en ligne]. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/819>
- SCHMITZ Olivier (2006a) *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours au soin en Occident*, Paris, Karthala, 278 p.
- SCHMITZ Olivier (2006b) *Soigner par l'invisible. Enquête sur les guérisseurs aujourd'hui*, Paris, IMAGO, 250 p.
- SERVAN-SCHREIBER Catherine et VUDDAMALAY Vasoodeven (2007) Diasporas indiennes dans la ville, *Hommes et Migrations*, 1268-1269, pp. 4-194.
- SVOBODA Robert (2008) The ayurvedic diaspora: a personal account, in Dagmar Wujastyk and Frederick Smith Eds., *Modern and global ayurveda. Pluralism and paradigms*, Albany, State University of New York Press, pp. 117-129.
- THE FRANCO-BRITISH WORKING GROUP ON MIGRATION, HEALTH AND WELLBEING (2009) Health, Well-being and Immigrant Populations in France and Britain, *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 5 (4), pp. 4-19.
- THOMAS Felicity (2010) Transnational health and treatment networks: Meaning, value and place in health seeking amongst southern African migrants in London, *Health & Place*, 16 (3), pp. 606-612.
- VIDAL Laurent (2004) Migrants et VIH. Les pièges du culturalisme, *Transcriptases*, 114, [en ligne]. URL : http://www.pistes.fr/transcriptases/114_338.htm
- VUDDAMALAY Vasoodeven (1989) Présence indienne en France. Les facettes multiformes d'une immigration invisible, *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 5 (3), pp. 65-77.
- WUJASTYK Dagmar and Smith Frederick (2008) *Modern and global ayurveda. Pluralism and paradigms*, New York, S.U.N.Y. Press, 349 p.
- ZIMMERMANN Francis (1992) Gentle purge: the flower power of ayurveda, in Charles Leslie and Allan Young Eds., *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, University of California Press, pp. 209-223.
- ZIMMERMANN Francis (1989) *Le discours des remèdes au pays des épices*, Paris, Payot, 310 p.
- ZYSK Kenneth (2001) New Age ayurveda or what happens to Indian medicine when it comes to America, *Traditional South Asian Medicine*, 6, pp. 10-20.

« L'ayurveda, c'est pour les Français ». Interroger recours aux soins, systèmes de santé et expérience migratoire

Anne-Cécile Hoyez

Cet article interroge les logiques de recours à des soins autres que biomédicaux, pour proposer une réflexion sur les dynamiques des systèmes de santé et l'expérience migratoire. L'article se base sur une recherche de terrain qui a révélé la sous-représentation des migrants originaires du sous-continent indien parmi les utilisateurs et pourvoyeurs de soins ayurvédiques, et ce malgré l'intérêt croissant pour cette médecine au sein du reste de la population. Ainsi, l'article déconstruit l'idée (culturalisante) selon laquelle les migrants importeraient et utiliseraient de façon quasi systématique des pratiques de santé de leur pays d'origine.

“Ayurveda, this is for the French”. Questioning Health Care, Health Systems and Migratory Experience

Anne-Cécile Hoyez

This article questions the rationale underlying non-biomedical healthcare use, and discusses the links between health systems and migratory experience. This article steps on a fieldwork that revealed the under-representation of migrants originating from the Indian sub-continent among the users and practitioners, in spite of the growing interest for this medicine in the midst of the general population. Overall, this article deconstructs the (culturalist) idea stating that migrants quite often import and use healthcare practices coming from their country of origin.

«Ayurveda, esto es para los Franceses». Salud, sistema de salud y experiencia migratoria

Anne-Cécile Hoyez

En este artículo se trata del uso de prácticas de salud no-biomédicas y se examinan los vínculos entre sistemas de salud y experiencia migratoria. El artículo se basa en una investigación que pone de manifiesto la ausencia de los migrantes originarios del subcontinente indio entre los usuarios y los profesionales de la medicina ayurvédica, a pesar del interés creciente por esta medicina en el resto de la población. En total, este artículo quiere deconstruir la idea (culturalista) según la cual los migrantes importarían y utilizarían sistemáticamente prácticas de salud de su país de origen.