

La médecine tibétaine contemporaine en Chine

Aline Mercan

Association "Jardins du Monde" *

INTRODUCTION

La médecine tibétaine a été soumise à de grands bouleversements historiques qui l'ont considérablement fait évoluer ces 50 dernières années. De part l'intégration du Tibet à la Chine, elle a été mise au contact de la biomédecine depuis la deuxième moitié du XX^e siècle, avec laquelle elle doit à présent cohabiter partout, à des degrés de pénétration divers selon les lieux.

Tous les systèmes médicaux traditionnels subissent d'importantes mutations. Nous allons voir les aspects généraux et particuliers de ces transformations à travers l'exemple de la médecine tibétaine. Nous allons décrire un mouvement de «modernisation»¹ en nous basant sur nos données d'observation de terrain, sur des entretiens avec des thérapeutes tibétains et sur des données bibliographiques. Elles permettront d'illustrer les changements survenus dans la pratique et l'enseignement d'une médecine traditionnelle qui est également pourvue d'une tradition savante.

La modernisation d'une médecine traditionnelle comporte trois volets : **standardisation**, **matérialisation** et **désocialisation** (Janes, 1995 : 25). Nous verrons donc, à travers divers exemples de terrain, comment aux prises avec la modernité, la médecine tibétaine se standardise et s'institutionnalise. Comment elle intègre et réinterprète des pratiques, des éléments de nosologie et de taxonomie biomédicaux bien que son discours soit souvent en opposition à celui de la biomédecine. Enfin nous verrons l'émergence et l'autonomisation d'une industrie de produits pharmaceutiques tibétains avec l'influence de l'ouverture d'un marché mondial pour les plantes himalayennes sur la société tibétaine et l'écologie locale.



Le plateau du Kham

DESCRIPTION DES TERRAINS

La zone de culture tibétaine en Chine est répartie entre plusieurs provinces : la région autonome du Tibet, le Yunnan, le Sichuan, le Gansu et le Qinghaï. Nos terrains se situent dans le Kham et l'Amdo à l'est du Tibet historique. Nous avons effectué deux séjours dans le district de Nangqian, sur un plateau d'altitude de 4 500 m entouré de montagnes culminant autour de 6 000 mètres, situé aux sources du Mékong. La ville la plus proche du plateau, Nangqian est située à 70 km, reliée par une piste souvent impraticable l'hiver. Elle compte environ 20 000 habitants. Sur place nous avons établi un bilan floristique et étudié le système de santé local. L'association Tharjay y fait fonctionner un dispensaire dans lequel s'exercent biomédecine et médecine tibétaine, ce lieu a permis d'observer de nombreuses pratiques de soin. Un séjour en Amdo chez le directeur de l'hôpital tibétain d'un district de 40 000 habitants a complété cette étude.



Le dispensaire Tharjay

1. Dans le sens d'une mise en relation avec le monde «moderne» sans aucun jugement de valeur.

* Médecin anthropologue

Nous travaillons régulièrement avec un médecin tibétain formé dans un monastère d'Amdo et résidant en France, avec Dawa, une étudiante en médecine tibétaine de l'école de Yushu en fin de cursus et avec des praticiens traditionnels ou institutionnels du Kham et de l'Amdo.

LA SOCIÉTÉ NOMADE

C'est une société pastorale élevant essentiellement des yacks, mais aussi des chèvres, des moutons et des chevaux. 95 % de la population du plateau est nomade, vivant à l'année sous la tente, ou semi-nomade, ce qui signifie qu'elle dispose en plus d'une habitation en dur pour l'hiver. Les revenus sont assurés par la vente des produits du pastoralisme pour pouvoir acheter des compléments d'alimentation et des produits manufacturés.

La condition des éleveurs est très disparate : des familles dotées de gros cheptels s'enrichissent cependant que des familles très pauvres sont contraintes à l'exode rural (vers Nangqian, voire Yushu ou Xining, les plus grandes villes de la province). En 2004 deux cent maisons ont été construites à Nangqian pour accueillir des familles nomades du plateau ayant choisi de se sédentariser. Leurs ressources en ville sont aléatoires, assurées entre

autres par la récolte de certaines plantes médicinales.



Des nomades devant leur tente

DESCRIPTION DU SYSTÈME DE SOIN

La médecine tibétaine est à la fois traditionnelle et savante fondée sur un corpus écrit, dispensée par des praticiens aux savoirs et aux pratiques très hétérogènes. Les uns étaient formés de façon académique au sein des monastères, les autres dans des lignages familiaux ou bien de maître à disciple. C. Leslie (1974 : 74) décrit la gamme des thérapeutes dans les systèmes de *grande tradition* médicale asiatique (c'est à dire également la médecine ayurvédique et chinoise), on y trouve donc :

«Des thérapeutes professionnels instruits, aux praticiens qui ont eu peu ou pas d'instruction formelle et qui pratiquent une version simpli-

fiée de la grande tradition médicale. D'autres soignants cohabitent avec ces praticiens, leur art appartient à des catégories tels que rebouteux, chirurgiens, sages-femmes et chamans. Les relations complexes entre praticiens instruits et non instruits et entre ceux qui sont généralistes ou spécialistes, à temps plein ou partiel, par vocation ou non, naturalistes ou en appelant au surnaturel, est clarifiée par la professionnalisation qui définit dans la grande tradition, les statuts des praticiens légitimes et les distinguent des autres.»

Nous allons voir comment cette cohabitation entre médecines institutionnelle et traditionnelle évolue au XXI^e siècle à l'avantage de la première du fait de divers facteurs, dont la confrontation à la biomédecine n'est pas le moindre.

Pour décrire les pratiques de la médecine tibétaine observées sur nos terrains, nous allons utiliser un concept d'anthropologie médicale, celui du *système de soins* (Kleinman). Il s'agit, dans toute société, de l'ensemble des recours possibles en cas de maladie. On les classe en trois *secteurs de soins* que l'on retrouve dans toutes les cultures : le secteur populaire, le secteur traditionnel et le secteur officiel. Leur ensemble permet de rendre compte de tous les types de soins et de praticiens. Nous allons voir maintenant comment se répartissent des acteurs du système de soin tel que nous avons pu l'observer dans le Kham.

1- Le secteur populaire

Tous ceux qui proposent des soins ou interviennent dans le soin sans en être spécialistes. Ce secteur correspond universellement à la pratique de l'automédication. Il est le lieu le plus important de tous les systèmes de santé puisque 70 à 80 % des soins se déroulent dans ce secteur. C'est un savoir généralement de transmission orale qu'on ne trouve pas dans les livres.

Sur notre terrain cela correspond aux pratiques et aux savoirs des nomades ou des tibétains sédentaires qui ramassent telle ou telle plante pour des soins prodigués avant de faire appel à un thérapeute.

Mais cela correspond aussi aux autoprescriptions de tous types de médicaments. En effet de nombreux médicaments non tibétains circulent librement sur le plateau : on peut ainsi

trouver différents produits pharmaceutiques dans la maison voisine du dispensaire, vendus par un commerçant qui distribue aussi des chaussures et divers produits de consommation courante. Ce sont des biomédicaments, tout particulièrement des antibiotiques sous forme orale ou injectable ainsi que divers médicaments de médecine chinoise dont beaucoup de vitamines et de produits phytothérapeutiques injectables. Il existe de nombreux circuits parallèles de distribution de médicaments sans aucun contrôle officiel qui distribue nombre de médicaments contrefaits.

Il faut également mentionner dans ce secteur les *injection doctors* qui dispensent des piqûres -généralement d'antibiotiques- contre rémunération. Ils se caractérisent par leur absence de formation et de connaissance spécialisée. Ainsi l'un d'entre eux, que nous avons rencontré, exécute des injections d'amoxicilline, un antibiotique de la famille de la pénicilline, pour toute sorte de pathologies ; depuis les vertiges jusqu'aux hémorroïdes, pour lesquelles il pose toujours un même diagnostic «d'infection». Ce phénomène est extrêmement répandu dans toute la Chine, nous l'avons récemment constaté en Mongolie, mais il existe dans de nombreux autres pays, d'Afrique, d'Asie ou d'Amérique latine.

Les plantes locales restent cependant très utilisées pour les pathologies de la vie courante, même si ce type de savoir tend à se perdre avec la sédentarisation.

2- Le secteur traditionnel

C'est un secteur très hétérogène avec des pratiques très variées, parfois très spécialisées. On y trouve les guérisseurs, les chamans, certains religieux, tous ceux qu'on appelle les tradipraticiens etc. Leur point commun est qu'ils ne sont pas issus d'un cursus de formation institutionnel. Leur légitimité n'est pas officielle mais basée sur d'autres critères tels la transmission d'un savoir familial (le plus fréquent avec des lignées de praticiens) la vocation, le don, l'aptitude à pratiquer des rituels, le statut social etc. Ils peuvent être praticiens à plein temps ou exercer leurs activités de soins en plus d'une autre activité principale.

Sur le plateau cinq tradipraticiens ont été formés dans la tradition familiale, tous ont dépassé les quarante ans, il n'y a pas de femme. Plusieurs moines pratiquent des saignées, d'autres pratiquent des rituels d'exorcisme

(une partie de la pathogénie tibétaine est attribuée à des démons qu'il faut chasser pour obtenir la guérison). Ceux-ci font appel à diverses plantes. Nous n'avons pas rencontré de chamans mais avons entendu parler d'un rebouteux exerçant ses talents à une vingtaine de kilomètres du monastère.

3- Le secteur officiel

La médecine tibétaine fait l'objet d'une transmission institutionnelle croissante et d'un exercice dans des structures reconnues par les autorités chinoises. Elle appartient donc à la fois au secteur traditionnel par ses tradipraticiens, et au secteur officiel par ses thérapeutes professionnels.

Sur notre terrain on trouve les praticiens ayant suivi des cursus en institution, qu'il s'agisse de biomédecine, de médecine tibétaine, voire de médecine chinoise ou de pharmacie. Ils exercent dans des structures officielles dévolues aux soins. Les lieux où exercent ces praticiens sont donc le dispensaire du plateau, les structures de la ville la plus proche : les pharmacies, l'hôpital de biomédecine et les dispensaires de médecine tibétaine et chinoise. A Yushu on trouve un hôpital de médecine tibétaine avec des lits d'hospitalisation ainsi qu'un hôpital de médecine chinoise et de biomédecine.

Le dispensaire, construit et animé par l'association Tharjay est emblématique de la rencontre entre divers systèmes médicaux : lors de son inauguration en 2002 n'y exerçaient que des biomédecins étrangers. Le leader de la communauté avait alors décrété que les tradipraticiens locaux étaient incompetents, ce qui illustre la problématique de la reconnaissance entre praticiens issus d'un parcours institutionnel et praticiens issus de lignages locaux. En 2003, on y retrouve toutefois l'un des tradipraticiens accompagné d'un médecin chinois dispensant des soins de médecine chinoise et de biomédecine. En 2005, ce dernier est remplacé par un autre thérapeute qui ne restera qu'une saison. Il est très difficile d'attirer des praticiens institutionnels sur ce plateau isolé. Comme dans tant d'autres régions du globe, les zones rurales font l'objet d'une désaffection de la part des praticiens qui préfèrent un exercice plus lucratif et plus confortable en ville. L'association a été contrainte de payer au thérapeute de biomédecine un salaire équivalent à celui d'un directeur d'hôpital, ainsi que de lui fournir une moto pour que celui-ci accepte d'exercer à plein temps au dispensaire.

Cueillette de plantes médicinales



© Jardins du Monde

LES PHÉNOMÈNES DE STANDARDISATION

1- Un système hétérogène

La médecine tibétaine ne peut se concevoir comme un ensemble homogène pour de nombreuses raisons :

L'aire culturelle tibétaine est immense : La médecine tibétaine est exercée au Tibet chinois, au Ladakh, au Bouthan, dans certaines provinces népalaises, indiennes, en Mongolie, en Bouriatie (ancienne URSS) etc. De fait, la variabilité botanique de cette aire est infinie. A cette hétérogénéité de biotope correspond donc logiquement une infinité de variations locales dans les pharmacopées.

Les pratiques médicales sont également hétérogènes : les praticiens locaux, formés dans des lignages familiaux connaissent souvent très bien la flore locale et moins la pharmacopée savante. Dans les institutions de formation, monastique ou laïque, il existe des traditions médicales distinctes. Le résultat est une grande hétérogénéité des connaissances et des pratiques selon la localisation géographique et la formation des praticiens.

2- Biomédicalisation

Le *Men-tsee-khang*² est emblématique de l'évolution de la médecine tibétaine au XX^e siècle : il a été fondé en 1916 pour former des thérapeutes et fabriquer des médicaments. Passé sous le contrôle du *bureau sanitaire* en 1959, il se «modernise» en 1961 et commence à intégrer des pratiques biomédicales. Après la révolution culturelle on y enseigne à nouveau la médecine tibétaine, mais sous une forme simplifiée.

Dans les années 80, la structure se développe avec une influence croissante de la biomédecine (en particulier certaines techniques diagnostiques telle radiographie et échographie sont intégrées), cependant que parallèlement, réapparaissent les traités fondamentaux et certains de leurs référents religieux. Elle compte actuellement douze services et deux «unités de recherche». Ces dernières testent les thérapeutiques selon des standards biomédicaux, et effectuent un travail de compilation des ouvrages classiques. Le niveau scientifique y reste «modeste» selon Janes (2001, 208).

Mais pour décrire le mouvement de rencontre entre biomédecine et médecine tibétaine il faut se placer dans un cadre historique plus

général en se situant dans le contexte particulier de la Chine. Dans le discours officiel la «médecine tibétaine, comme la médecine mongole et ouïgoure, fait partie de la Médecine traditionnelle chinoise³» (Yao, 2003). De fait, toutes ces médecines traditionnelles ont bénéficié d'une promotion continue en Chine, même durant la révolution culturelle, (Janes, 2001). Elles ont toutes été confrontées à la biomédecine selon une chronologie semblable depuis 1949. Celle-ci s'est implantée en Chine sur l'initiative du pouvoir colonial européen et américain entre le XIX^e et le début du XX^e siècle. Au début les missionnaires ont établi des hôpitaux et des cliniques en Chine dès 1835, dans un but évangélique. Puis les activités philanthropiques de la fondation Rockefeller «ont sponsorisé des projets médicaux et de santé publique comme une alternative aux missions et aux armées pour ouvrir de nouveaux marchés en Chine [...]. Avec l'expansion européenne [...] la biomédecine est venue supplanter en prestige et en influence, même les systèmes médicaux traditionnels professionnels» (Singer, 2003 : 333).

Les classes occidentalisées se sont progressivement tournées vers la biomédecine. Dès 1915, les thérapeutes traditionnels réagissent et s'organisent en un *Chineses doctor's comitte to save medicine*, puis dans un mouvement *Kuo I Kuan* qui défend l'idée d'une synthèse du meilleur des deux médecines dans les années 30 (Crozier, 1970 : 281). De nos jours, on retrouve ce courant dans l'initiative de l'hôpital tibétain de Pékin, d'adopter de nouveaux traitements combinant médecines tibétaine, chinoise et occidentale pour des «soins optimum» (Xinhua, juillet 2003). Après 1949 les communistes, pourtant plutôt anti-traditionalistes, promeuvent la Médecine traditionnelle chinoise qu'ils dotent de statuts et de fonds à l'égal de la biomédecine. Ils accusent cette dernière de véhiculer les valeurs bourgeoises et la Médecine traditionnelle chinoise devient lors du *grand bond en avant* l'expression de la fierté nationaliste. Mais la réalité actuelle est moins favorable à la médecine traditionnelle puisque «bien qu'en théorie, la biomédecine et la Médecine traditionnelle chinoise soient sur un pied d'égalité, en réalité, la première bénéficie d'un statut considérablement plus élevé et est bien mieux dotée que la deuxième. [...] (En Chine) 13% de ses hôpitaux en 1986, pratiquent la médecine traditionnelle chinoise» (Zheng 1995 : 1061).

En pratique chaque comté est censé disposer d'un hôpital de médecine traditionnelle, mais

2. Centre de médecine et d'astrologie de Lhasa, fondé par le XIII^eème Dalaï-Hama

3. Nous désignerons par Médecine traditionnelle chinoise, l'ensemble de ces médecines, telles que considérées par les autorités chinoises, dans la suite du texte

on y pratique souvent la biomédecine de façon complémentaire voire majoritaire (Haixa, 2004). A titre d'exemple, au cours de la visite d'un hôpital de médecine tibétaine, je découvrais à côté de la pharmacie traditionnelle et ses bocaux de pilules tibétaines, une autre pharmacie aux armoires remplies d'antibiotiques et autres biomédicaments. On me pria gentiment de photographier la première et d'ignorer la deuxième et je pus constater que la grande majorité des traitements tibétains étaient assortis de prescriptions biomédicales, majoritairement d'antibiotiques.

Une enquête réalisée par Médecins sans Frontières Suisse à Nangqian révèle que 60 % des tradipraticiens au moins pratiquent aussi la biomédecine, ce que nos observations sur le plateau on corroboré. Ainsi on peut voir deux armoires dans la salle de consultation du moine médecin qui exerce au dispensaire : l'une contient des poudres tibétaines qu'il fabrique encore lui-même, l'autre des biomédicaments tout particulièrement des antibiotiques prescrits *largamano*, y compris à usage vétérinaire. Au niveau des *townships*, les praticiens de médecine tibétaine et de biomédecine pratiquent souvent dans le même local ce qui favorise les échanges (Janes, 2000 : 200). Le dispensaire du plateau reproduit ce modèle que les biomédecins soient français ou chinois.

«La pression du marché» a conduit l'université de médecine traditionnelle chinoise à augmenter la proportion de cours de biomédecine de son enseignement à 40 %, sans quoi «*les étudiants ne trouvent pas de travail*» (Haixa, 2004). Cela s'applique à la médecine tibétaine : pour Dawa, la sixième année d'étude de son cursus de médecine tibétaine est consacrée à la biomédecine. Ainsi la médecine traditionnelle en Chine, occupe une place qui se fragilise dans les faits, il faut cependant nuancer entre monde urbain et monde rural, où elle reste souvent le premier recours, même si les biomédicaments circulent maintenant partout de façon plus ou moins organisée.

Malgré cette perte de terrain le discours identitaire reste fort. Croizier (1970) fait un parallèle entre les crises culturelles réactionnelles de la Chine et de l'Inde à l'impact de la science moderne occidentale : «*leurs médecines traditionnelles, qui disposent d'une base théorique solide, d'un corpus médical classique et dans lesquelles s'incarnent les conceptions cosmologiques, y fournissent un foyer de nationalisme moderne*». Le recul des médecines traditionnelles chinoises est une

préoccupation politique relayée par les médias (Haixa et Yang). Face aux développements de la biomédecine, la médecine traditionnelle chinoise s'est retrouvée -je cite- «*paniquée et confuse, depuis, le combat entre les deux médecines n'a jamais cessé*» (Yang, 2004).

La séduction mondiale opérée par la biomédecine s'explique en partie par le soulagement symptomatique rapide, l'efficacité immédiate parfois spectaculaire de certaines médications ainsi que par la simplicité d'acquisition de certaines de ses techniques. Les injections et les antibiotiques sont clairement dotés d'une très forte efficacité symbolique.

Mais sur le terrain l'hégémonie de la biomédecine n'est jamais réalisée, même dans les pays du Nord. La biomédecine suscite un double mouvement contradictoire : d'un côté, la mise en évidence de ses limites favorise la promotion des médecines alternatives en Occident et inversement ailleurs : «*Alors que l'acupuncture chinoise gagne en popularité dans les pays occidentaux pour ses capacités thérapeutiques, elle semble perdre du terrain en Chine*» où même les étudiants en médecine traditionnelle confessent recourir en premier lieu à la biomédecine en cas de maladie (Haixia, 2004). Charles Leslie au sujet de la médecine ayurvédique fait ce constat tout à fait applicable à notre contexte : «*Les thérapeutes (traditionnels) [...] sont parfois douloureusement conscients que la médecine cosmopolite (ou biomédecine) domine le système médical indien. Pourtant un marché substantiel existe pour les produits ayurvédiques et les consultations avec les praticiens. Les raisons structurelles pour lesquelles le pluralisme médical devient la figure dominante les soins dans le monde entier sont que la biomédecine, comme l'Ayurvédica et tout autre système thérapeutique, a échoué à aider de nombreux patients. Tout système par ses limitations génère du mécontentement et une recherche de thérapies alternatives*» (Leslie, 1992 : 205).

La dynamique pluraliste n'est cependant pas aussi homogène que Leslie le suggère. En particulier le mouvement n'est pas symétrique. Le contact avec la biomédecine modifie considérablement les pratiques et la théorisation des médecines qu'elle rencontre alors que l'inverse n'est pas toujours vrai. Le pluralisme ne



Consultation de TeuTok

signifie pas que chacune conserve son intégrité. La globalisation et la domination organisationnelle, politique et culturelle de la science occidentale conduisent à une recherche de rationalisation et de scientification des médecines alternatives et traditionnelles.

Pour la médecine tibétaine, cette «scientification» se manifeste diversement : citons la création d'unités de recherche, les partenariats avec des universités occidentales, les publications pharmacologiques, la polarisation croissante sur le somatique au détriment de la prise en compte du contexte affectivo-social, l'industrialisation de la production de médicaments, la simplification des traitements, l'intégration de techniques diagnostiques et thérapeutiques biomédicales, la modification de la taxonomie, de la nosologie.

On peut observer un mouvement simultané de légitimation par une scientification de la spiritualité. En fait, on peut qualifier la médecine tibétaine de non scientifique ou préscientifique [Croizier, 1970]. Cependant pour garder sa crédibilité et assurer son rôle identitaire, elle revendique une scientificité. Les mouvements de *native medicine* ne sont pas anti-modernes ou anti-scientifiques, ils tentent de trouver dans leurs sources, modernité et scientificité. La médecine tibétaine se veut être «science», en se décrivant comme un système explicatif et expérimental dont la technologie est en partie spirituelle à l'égal de la technologie mécaniste de la biomédecine. Khangkar [1998 : 10] souhaite que la médecine tibétaine soulage des «*millions de gens dans le monde entier*» et que les médecins tibétains allient leur savoir traditionnel à la *volonté scientifique moderne*, reproduisant le modèle d'intégration du modèle du meilleur des médecines, à l'image du *Kuo I Kuan*. Son discours résume parfaitement ce rapport complexe à la science : «*(la médecine tibétaine est) compliquée, mystérieuse et presque faussement scientifique sur le plan théorique, avec toutes ses références mythologiques et religieuses, mais sur le plan pratique elle est simple efficace et quasi-scientifique*» [ibid., 12].

Le dispensaire du plateau introduit plus profondément, au sens géographique du terme, la biomédecine dans la société tibétaine. Même si celle-ci ne s'exerce que quelques mois de l'année, elle est amenée, entre autres voies, par le leader spirituel de la communauté, également fondateur de l'as-

sociation, puissant facteur de légitimation. Elle laisse à son départ un lieu, des objets et des techniques réappropriées par les praticiens locaux. Elle participe donc, même à petite échelle, de ce mouvement de pénétration de la biomédecine avec les modifications des pratiques locales et globales qu'elle implique.

3- La réinterprétation de la nosologie et des instruments

Les catégories nosologiques traditionnelles correspondent au mode de dénomination et de classement des pathologies. On a vu que la médecine tibétaine est une médecine humorale qui classe les maladies selon les déséquilibres des humeurs en cause. Ces catégories subissent des modifications dans le sens d'une biomédicalisation. De nombreuses entités tibétaines sont traduites et réinterprétées en termes occidentaux cependant que des entités biomédicales sont également réinterprétées et intégrées dans la pratique tibétaine.

Nos traducteurs ne traduisaient pas seulement la langue mais aussi les nosologies : ils ne nous parlaient pas de déséquilibre du *rlung* mais de maladie de poumon ce qui représentait un réel saut sémantique. Beaucoup d'ouvrages de vulgarisation de la médecine tibétaine font de même. Par exemple les *déséquilibres de la bile* sont devenues des *maladies de la vésicule* [Janes, 1995 : 30]. L'humeur s'est transformée en organe. Dans d'autres cas *tr'ipa* devient hépatite.

A l'inverse, l'hypertension artérielle, entité biomédicale inexistante dans la nosologie tibétaine est maintenant recherchée par tous les praticiens rencontrés et interprétée comme un *excès de sang*, parfois comme un problème de *rlung* [ou vent]. Il en est de même pour la tuberculose, qui n'existait pas dans la nosologie classique mais dont la forte incidence au Tibet a facilité son émergence dans la médecine tibétaine sous diverses réinterprétations.

En Occident, on trouve des mélanges nosologiques faisant correspondre des entités pathologiques tibétaines à des entités pathologiques biomédicales : ainsi le laboratoire suisse Padma commercialise le produit Padma 28® proposé pour le traitement de toutes les inflammations chroniques dont en particulier l'athérosclérose. Celle-ci est assimilée à un excès de *tr'ipa* (bile) associé à un déficit de *rlung* (vent) que la formule tibétaine va traiter.

C'est très logiquement que des techniques diagnostiques ont été intégrées (utilisation du tensiomètre et hypertension, radiographies, échographies examens de laboratoires et tuberculose etc.). Ainsi tout les thérapeutes rencontrés, y compris les tradipraticiens, ont un tensiomètre ou veulent en acquérir un. Janes (1995) décrit la réinterprétation des données d'échographie, de l'examen au spéculum, de la microbiologie et autres techniques biomédicales en termes de nosologie classique. Les tradipraticiens du plateau qui n'avaient aucune formation ni pratique obstétricale ont activement cherché à obtenir du matériel et des conseils obstétricaux de la sage-femme française présente lors de la première mission.

J'ajouterai que le mouvement n'est pas unilatéral. J'ai pu observer un médecin français qui souhaitait utiliser des mantras pour sa pratique en France, mélangeant elle-même acupuncture, mésothérapie, magnétisme, biomédecine et autres. Il a fini par obtenir le texte d'un de ces mantras qu'il s'appropriait à utiliser hors de tout contexte bouddhiste. C'est un parfait exemple symétrique d'emprunt et de réadaptation d'une pratique hors de son contexte culturel.

4- La standardisation des taxonomies

La pharmacopée tibétaine n'est pas unifiée. Il existe non pas une, mais différentes taxonomies qui correspondent à des écoles et des traditions différentes, à des pratiques locales spécifiques, ainsi qu'à des territoires à la flore particulière. Nous avons vu l'immensité du territoire d'influence tibétaine pour la médecine ce qui sous-tend une multiplicité de biotopes depuis des plateaux d'altitude subissant la mousson à des montagnes semi-désertiques en passant par des forêts, des steppes ou même de la taïga pour la zone bouriate. Les Flores correspondantes sont de fait, infini-

Trousse médicale traditionnelle



ment variées. Cette variété géographique s'accompagne d'une multiplicité de dialectes et donc d'appellations vernaculaires populaires qui vient encore compliquer l'écheveau classificatoire.

Les différentes logiques descriptives, sont basées sur des critères non uniformes d'aspect extérieur de la plante (dont fréquemment la couleur d'une de ses parties, aérienne ou souterraine, mais aussi la taille), de biotope dans lequel elle pousse, du genre mâle ou femelle qui lui est attribué, de ses qualités et de ses propriétés. Il n'est donc pas étonnant qu'une même appellation tibétaine désigne des spécimens appartenant à des espèces, des genres, voire des familles latines différentes et inversement.

Il existe des appellations «collectives» qui désignent sous un même nom des plantes très différentes quand elles ne comprennent pas à la fois des plantes et des minéraux ou des éléments animaux. Il existe aussi des noms «secrets» qui résultent de travaux d'un praticien particulier ayant édité son propre traité. Les anciens ouvrages de pharmacopée représentent la matière médicale sur des *thangkas*⁴. Le graphisme utilisé ainsi que le mode descriptif textuel des plantes ne permet pas d'identification selon des critères botaniques. Généralement, la description de la plante est compatible avec de multiples espèces ou genres.

L'Inde édite de nombreux ouvrages de pharmacopée modernes. La Chine également, nourrissant l'ambitieux projet de refonte de l'ensemble de la pharmacopée tibétaine dans un corpus actualisé de référence de matière médicale. Les Russes bouriates ont beaucoup publié sur le sujet, mais ont été peu traduits. Quasiment tous les ouvrages contemporains de pharmacopée consultés (chinois et indiens) font appel à des photos et non plus aux dessins. Tous font correspondre un seul nom latin donc une seule plante à une appellation tibétaine. Le descriptif textuel n'a pas changé. Cette adéquation forcée des deux taxonomies a des vertus simplificatrices en établissant des «standards thérapeutiques». Elle permet une congruence entre deux systèmes dont les logiques classificatoires n'ont pourtant rien de commun. Le résultat se fait au prix de la perte de la richesse et de la complexité du savoir et de la disparition des spécificités locales.

5- Standardisation de l'enseignement

Outre les monastères dispensant un enseignement médical, des écoles laïques de médecine

4. Représentations graphiques d'images religieuses ou de médecine tant dans ses aspects diagnostiques que thérapeutiques

cine tibétaine se sont ouvertes en Chine. Dans le Quinghaï. La médecine tibétaine tend à être institutionnalisée et professionnalisée avec un enseignement sanctionné par des diplômes reconnus par les autorités. La Chine vante l'accès aux études médicales pour les enfants de milieu modeste qui n'y auraient pas eu accès à la période «féodale» [China daily information, 2003].

De jeunes tibétains interrogés, se plaignent de ce que les seules carrières qui leur soient ouvertes soient la médecine et l'enseignement et que le reste des formations universitaires leur soient inaccessibles. A l'inverse Dawa, issue d'une famille pauvre de nomades, reconnaît que sans l'opportunité de sa prise en charge par une association caritative dédiée aux orphelins, elle serait sans doute devenue servante dans une famille plus aisée. Elle étudie à l'école de la préfecture locale et fait partie de la première promotion terminant sa formation en 2006 après six années de cours dont une d'initiation à la biomédecine.

Cette école est en partie financée par une fondation étrangère créée par un Lama médecin exilé. Elle recueille et éduque des orphelins, et, chose nouvelle, forme autant de femmes que d'hommes. Les aléas historiques ont créé un vide dans la transmission du savoir médical que l'on retrouve dans le discours des étudiants : ainsi Dawa déplore la médiocre qualité de certains enseignements. «*Les professeurs ne sont pas de bons médecins tibétains. Leur savoir est limité. Ils connaissent mal les plantes et ne savent pas préparer les médicaments*». Elle n'a pas de formation clinique, son stage de fin d'étude se déroule dans une pharmacie et malgré son excellent classement dans les dix premiers de sa promotion, elle se considère comme non compétente pour soigner des patients. Elle aimerait continuer son cursus par six années de formation supplémentaire au *Men-Tsee-Kang*, mais elle est pratiquement assurée de ne pas y avoir accès pour des raisons administratives. Aussi elle envisage purement et simplement d'abandonner tout exercice médical si elle ne peut poursuivre sa formation.

Son principal manuel est un catalogue d'usage qui applique une transformation taxonomique réductrice de type un nom tibétain = un nom latin. Elle déplore également que sa seule formation sur les plantes et minéraux se soient limitée à quelques journées d'herborisation, et se dit être incapable de reconnaître *in situ* la plupart plantes qu'elle devra utiliser par la suite. Mais nous verrons que ce constat

est logique dans un contexte de séparation des activités de prescription et de préparation.

Citons la description des ouvrages utilisés pour la formation des étudiants du *Men-Tsee-Khang* après la révolution culturelle, qui explique en partie la baisse de niveau de l'enseignement : «*Des petits manuels au format moderne et expurgés de toute référence religieuse ou même traditionnelle, [...] orientés vers un usage empirique d'une gamme restreinte de remèdes simples, sur le modèle des «médecins aux pieds nus» alors vantés dans toute la Chine. Ces formations intégraient des rudiments d'anatomie, de physiologie et de thérapeutique biomédicale. Les qualifications ainsi obtenues par nombre de praticiens encore en activité aujourd'hui à tous les niveaux hiérarchiques restèrent d'un niveau très médiocre*» [Meyer, 2002 : 282].

Si certaines écoles, en particulier des monastères semblent dispenser des enseignements de meilleur qualité, la plupart des auteurs décrivent l'enseignement actuel de la médecine tibétaine en Chine comme un simple *herbalisme*, une herboristerie simplifiée dépouillée de ses aspects religieux et culturels.

Dawa formule le décalage entre son apprentissage livresque standardisé et ce qu'elle connaît des pratiques de terrain. Samuel (2001: 261), montre comment l'exercice de la médecine tibétaine dans la diaspora utilise des procédures pragmatiques qui le décalent considérablement de la théorie des *quatre tantras*, et de son corollaire présentés en Occident.

6- Standardisation des pratiques

La focalisation se fait de plus en plus sur les aspects somatiques de la maladie au détriment de ceux plus psychologiques ou sociaux. Nos observations locales convergent avec les descriptions de la littérature : les consultations de médecine tibétaine durent en moyenne 10 mn et sont très souvent purement centrées sur le symptôme. La prise des pouls reste assez constante mais l'examen de la langue et des urines est souvent absent alors que la prise de la tension artérielle est devenue systématique. De même l'interrogatoire est souvent extrêmement succinct, centré sur le symptôme. Samuel (2001) décrit la progression de procédures pragmatiques de plus en plus éloignées des enseignements traditionnels en Inde. Pordié (2004) montre que les traitements tibétains raccourcissent sous la pression des patients

qui sont demandeurs d'efficacité immédiate et dont l'observance est moins bonne pour les traitements longs et complexes utilisés traditionnellement.

De même, Dawa apprend des traitements beaucoup plus courts en durée et largement simplifiés, plus adaptés au patient contemporain. Elle déplore également que les conseils de comportements et de diététiques deviennent secondaires, la primauté revenant au traitement médicamenteux.

LAÏCISATION

La médecine tibétaine, comme toutes les médecines traditionnelles en Chine, y compris la Médecine traditionnelle chinoise, a été laïcisée, «purifiée de ses aspects religieux et de ses superstitions féodales» (Croizier, 1970). Cependant moins les praticiens dépendent du pouvoir et plus les pratiques religieuses persistent (Janes, 1995). Pordié (2004), au Ladakh, montre comment l'enseignement institutionnel délaisse le religieux au profit d'un discours scientifié, gage de modernité et de légitimité. Les associations brandissent la religion comme porte-drapeau identitaire, mais manipulent aussi bien le discours biomédical que l'histoire, à des fins de légitimation sociale et politique. On peut donc définir deux niveaux de pratique religieuse. L'un, interne-individuel, dont le rôle est d'améliorer la pratique médicale, qui reste relativement indépendant du contexte social. L'autre, collectif, externe, qui permet l'affirmation sociale et politique et porte l'identité du groupe. Dawa décrit fort bien l'absence totale de référence religieuse dans son enseignement et elle reconnaît qu'elle et ses camarades de promotion connaissent mal la religion et pratiquent peu.

Les tradipraticiens observés, dont un seul est moine reconnaissent avoir de moins en moins recours aux mantras et aux prières. Les séances de collecte de plantes auxquelles j'ai pu assister se font sans récitation de mantras. Seul les soins du lama qui pratique les rituels d'exorcisme sont encore profondément religieux.

Tous les praticiens rencontrés se disent cependant bouddhistes et pratiquants à divers degrés. Tous affirment l'importance au moins théorique de cette dimension dans leurs soins mettant bien en évidence la dimension identitaire du bouddhisme dans la médecine tibétaine malgré un mouvement de laïcisation hétérogène mais incontestable.

MÉDECINE TIBÉTAINE ET GLOBALISATION

1- La dissociation des rôles prescripteur/dispensateur et l'apparition des entreprises pharmaceutiques

On trouve dans le *Men-Tsee-Khang* la plus grande unité de production de médicaments tibétains au monde. Celle-ci utilise des procédés industriels et diffuse ses produits sur le marché chinois. Cela nous permet de décrire une autre des grandes transformations : «l'abandon de la préparation des médicaments par les praticiens au profit d'une production spécialisée par des entreprises pharmaceutiques» (Meyer, 2002 : 288).

Les perspectives économiques ouvertes par la popularité mondiale de la médecine tibétaine s'ajoutent à sa promotion sur un marché intérieur chinois et d'Asie du sud-est déjà considérable. Cela a entraîné des modifications récentes de la législation. La législation locale permet aux médecins tibétains de vendre les médicaments qu'ils fabriquent localement mais pas au-delà. Le prix de l'obtention d'une licence nationale pour un seul produit, coûte maintenant de 60 000 à 400 000 yuans (7 500 à 55 000 euros). De fait seuls les grands laboratoires peuvent les obtenir et commercialiser les préparations tibétaines (rryin-gyi-pho-nya, 2005). L'augmentation des coûts est prévisible. Ainsi le comprimé de *Rinchen-Tsotru-Dashel*, pilule précieuse, passe de 20 à 50 yuans en deux ans (*ibid.*).

Depuis le désengagement financier de l'état, c'est un authentique problème pour les petites structures qui subvenaient à leurs besoins à l'aide d'unités de production de médicaments plus ou moins artisanales. L'augmentation des coûts des thérapeutiques et la limitation des ventes de médicaments menace les structures de soins en mal de financement.

A l'échelon même du tradipraticien rural, le recours aux médicaments manufacturés est de plus en plus fréquent. Le tradipraticien du plateau ne fabrique plus que la moitié des poudres qu'il prescrit. Le reste doit être acheté à Nangqian. Il s'agit d'un immense mouvement d'industrialisation de la production et de la distribution des médicaments qui signe la fin d'un système traditionnel autosuffisant, explosant sous la pression de l'élargissement de la demande. «*Les aires tibétaines rurales où vivent la plupart des Tibétains, sont de plus en plus écartées dans le rush pour fournir des*

BIBLIOGRAPHIE

- CROIZIER R.C. (1970) Medicine, Modernity, and Cultural Crisis in China and India, *Comparative Studies in Societies and History* 12: 275-91.
- ESCOBAR A. (1995) *Encountering Development. The Making and unmaking of the Third World*. Princeton: Princeton University Press.
- JANES C.R. (1995) The Transformation of Tibetan Medicine, *Medical Anthropology Quarterly* 9: 6-39.
- JANES C.R. (2001) Tibetan Medicine at the Crossroads: radical Modernity and the Social Organization of Traditional Medicine in the Tibet Autonomous Region, China, In *Healing Powers and Modernity*, ed. G. Samuel, pp. 197-221. Westport: Bergin & Garvey.
- KLEINMAN A. (1983) Popular Health Care, Social Network and Cultural Meanings: The Orientation of Medical Anthropology, In *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*, ed. D. Mechanic, pp. 569-90. New York: New York Free Press
- MEYER F. (1988) *Le système médical tibétain : Gso-Ba-Rig-Pa*, Paris: CNRS Editions.
- MEYER F. (2002) Culture et éducation : question 74, In *Le Tibet est-il chinois*, ed. K. Buffetrille, pp. 280-9. Paris: Science des religions, Albin Michel.
- PORDIE L. (2004) *The expression of religion in Tibetan medicine, Ideal conceptions, contemporary practices and political use*, Pondichéry: French Institute of Pondichery.
- SAMUEL G. (2001) Tibetan Medicine in Contemporary India : Theory and Practice, In *Healing Powers and Modernity*, ed. G. Samuel, pp. 247-73. Westport: Bergin & Garvey.
- SINGER M. (2003) *Medical Anthropology and the World System*, Westport: Praeger.
- WAYLAND C. (2003) The failure of pharmaceuticals and the power of plants : medicinal discourse as a critique of modernity in the Amazon, *Social Science and Medicines*.
- ZHENG X. 1995. The reforms of the Chinese Health Care System : County Level Changes : The Jiangxi Study, *Social Science and Medicines* 41: 1057-64.

médicaments aux consommateurs plus fortunés» (Janes, 2001 : 206). La presse chinoise illustre ce mouvement : «*Le secteur pharmaceutique émerge comme un nouveau pilier industriel. La production de médicaments tibétains a atteint la valeur de 400 millions d'yuans en 2003. [...] Pour moderniser la médecine tibétaine, les autorités gouvernementales et de nombreuses compagnies privées ont construit des usines de production de médicaments tibétains [...] Cela va aider à développer et à populariser la médecine tibétaine.*».

Le laboratoire Cheezeng par exemple, basé dans le Gansu, va fournir Walmart, le numéro un américain de la grande distribution en médicaments tibétains, ainsi que le groupe Watson à Hong-Kong (Yi Tao, 2003).

Outre le secteur parapharmaceutique, les pathologies chroniques et dégénératives constituent une cible commerciale de choix et permettent de viser un marché mondial : «*(La médecine tibétaine) a des effets curatifs miraculeux sur les maladies cérébro-vasculaires, les rhumatismes, la polyarthrite rhumatoïde et les hépatites chroniques. Elle est aussi notablement efficace contre les tumeurs, le diabète, les maladies de sang et les autres maladies que la biomédecine ne sait pas traiter*» (propos tenus par le responsable de l'enseignement de médecine tibétaine de Harvard, Xinhua, 2002)

De même les épidémies nouvelles comme le SARS sont une énorme source de profits, ce dernier a fait exploser la vente en Chine d'un médicament tibétain, le *chiangjé* et d'un encens, comme stimulant du système immunitaire [AFP, mai 2003].

En Suisse, des préparations pharmaceutiques inspirées de la médecine tibétaine sont commercialisées dans des indications typiquement occidentales : antioxydants, antihypertenseurs, rééquilibrant nerveux etc.

Cependant «*la poursuite du profit a influencé le mode de production, et causé un déclin de la qualité des médicaments.*» (Yang, 2004).

L'industrialisation modifie profondément les conditions de sélection, de recueil, de stockage et de préparation des médications à base de plantes. Toutes les phytothérapies en font l'expérience.

DIFFUSION DE LA MÉDECINE TIBÉTAINE

Si la Chine voit dans la médecine tibétaine une industrie lucrative, la diaspora tibétaine a largement contribué, par sa promotion dans un but identitaire, à faire de sa pharmacopée un produit de consommation globalisé. Les deux mouvements, malgré des motivations différentes, finissent par fusionner, en particulier sur le point de la légitimation «scientifique». En Chine, comme en Occident sont organisés des «congrès internationaux de médecine tibétaine» : citons celui de Lhasa en 2000 ou celui de Washington en 2003. Le collège médical de Lhasa a établi un partenariat avec six grandes universités chinoises (Xinhua, 2003). De nombreux médecins expatriés collaborent avec des centres universitaires occidentaux tels que Berkeley, Harvard (où sont dispensés des cours de médecine tibétaine depuis 2003) Charlottesville (où des médicaments tibétains auraient été évalués selon des procédures scientifiques), Bologne, Amsterdam etc. Un centre écossais forme des Occidentaux à la médecine tibétaine. Le *Men-Tsee-khang* a établi un partenariat avec la faculté de pharmacie de Vienne. Des travaux de modernisation et de compilation des ouvrages classiques sont en cours. On dénombre 120 ouvrages et 330 articles parus en langue tibétaine ces vingt dernières années (Meyer, 2002 : 288). En 2005, ce chiffre a certainement explosé, si l'on y ajoute la multiplication des publications pharmacologiques récentes, la plupart issues de laboratoires chinois. Enfin, une abondante littérature de vulgarisation est publiée et diffusée par les centres bouddhistes tibétains ou les librairies grand public.

La mondialisation de l'accès aux consultations se met en place. Ainsi, une clinique de médecine tibétaine pour étrangers s'est ouverte à Pékin en 1991. Il est possible, par ailleurs, de consulter dans toutes les grandes villes de Chine (300 hôpitaux de médecine tibétaine d'après l'agence Xinhua, 2004) et dans les centres de la diaspora. Des centres ont ouvert en Occident, comme par exemple celui du Wisconsin, première branche de *l'institut médical et astrologique du Dalai-lama* (Ingersoll, 2001) ou le *New Yuthok institute* de Milan.

CONSÉQUENCES SUR LA FLORE MÉDICINALE

Le passage d'une exploitation locale pour des besoins limités à une exploitation industrielle

pour un marché mondial n'est pas sans conséquence pour la flore médicinale tibétaine.

Une partie de cette flore himalayenne est très spécialisée. Elle est menacée d'extinction rapide du fait de la surexploitation. Les quantités ramassées ont en certains lieux été multipliées par dix en dix ans. Sans mise en culture, on estime que dans dix à vingt ans la plupart des plantes médicinales himalayennes auront disparu, voire dans les trois à quatre ans pour certaines espèces évoluant dans des biotopes de haute altitude.

Un médecin tibétain originaire de l'Amdo constate que de nombreuses espèces identifiées dans le Kham, dont je lui présente les photos, ont disparu en dans sa région. Par ailleurs, la culture est techniquement difficile. Seules quelques espèces en font l'objet en Chine, sur les 400 couramment utilisées. Elle se heurte à des obstacles techniques, économiques et sociaux qui la rendent hypothétique. De plus, la qualité des plantes cultivées est considérée comme inférieure à celle des plantes sauvages par la plupart des praticiens. A l'échelle plus large de la Chine «*la qualité de la ressource médicinale est le plus gros problème auquel ait à faire face la médecine traditionnelle de nos jours, jusqu'à présent aucune solution n'a été trouvée*» (Haixia, 2004).

La pression commerciale modifie les habitudes traditionnelles de cueillette : ainsi ces *Saussurea medusa*, dont est très friand le marché chinois, sont ramassés avec leurs racines avant la dispersion des graines. Le rhizome de *Rhodiola crenulata*, qui fait l'objet d'une diffusion internationale, est également ramassé avant la phase de fructification de la plante. Non seulement les pratiques de récolte changent, mais la disparition de certaines espèces entraîne la modification de pratiques thérapeutiques. Dawa, à laquelle je demande comment font les praticiens lorsqu'une plante n'est plus disponible, m'explique qu'il y a deux solutions : soit la faire purement et simplement disparaître de la composition de la préparation médicinale, soit la remplacer par une autre, pratique de plus en plus commune.

Envisageons maintenant les cas particuliers de *Rhodiola crenulata* et de *Cordyceps sinensis* : chacun est commercialisé à une échelle mondiale avec un quasi statut de panacées. La première accroîtrait la résistance aux stress de toutes natures. Le deuxième (une chenille parasitée par un champignon), outre

des propriétés aphrodisiaques -au point qu'on l'appelle le Viagra® de l'Himalaya- aurait des propriétés multiples dont antitumorales. Tous deux font l'objet d'un commerce intense et fournissent des revenus à toute une partie de la population du plateau. Pour certains anthropologues le marché global permet de renforcer le tissu social local en fournissant des ressources et en renforçant des pratiques identitaires (Escobar, 1995). Dans le cas des plantes tibétaines, la fragilité de la matière première, rend particulièrement précaire ce renforcement du local. A Nanqian, de nombreuses familles vivent en grande partie, ou totalement, de la collecte de *Cordyceps sinensis*, ce qui a encouragé le mouvement d'exode rural, les familles sédentarisées comptant sur cette ressource pour assurer leur subsistance.

Mais sa mise en culture, en cours de généralisation, menace à moyen terme toute la réorganisation sociale qui s'est mise en place. Dans le cas de *Rhodiola*, qui fournit aussi des revenus non négligeables à certaines familles, la précarité de la ressource du fait de sa raréfaction rapide ne peut garantir un développement durable. Que les plantes s'éteignent où qu'elles soient cultivées, dans tous les cas l'économie actuelle liée à leurs collectes est une économie instable.

CONCLUSION : UNE MÉDECINE IDENTITAIRE

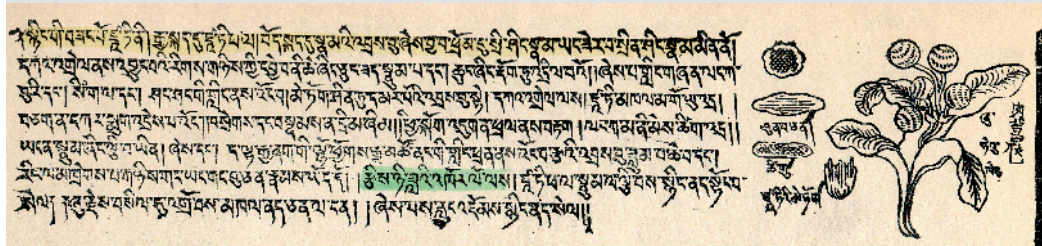
Sur le plan pratique les Tibétains interrogés sur le plateau défendent unanimement la qualité de leur médecine, ce qui n'empêche pas la biomédecine d'être un premier recours fréquent de ceux qui viennent d'en vanter les mérites. Ce phénomène est décrit dans bien d'autres régions du monde où cohabitent plusieurs systèmes médicaux (Wayland, 2003). Il y a une dissociation entre la recherche d'efficacité et l'affirmation identitaire à la source de contradictions entre discours et pratiques.

La médecine tibétaine n'est jamais apparue comme politiquement menaçante pour le gouvernement chinois. Elle a pu s'ancrer dans la politique de soins primaires, et malgré les transformations subies, perdurer. Elle est une sorte de survivante de 50 ans d'hégémonie culturelle et politique chinoise. Elle incarne le «génie tibétain» et représente le dernier espace public d'expression des idées sur les rapports entre le corps et l'esprit, l'éthique sociale et les conséquences de la modernité (Janes, 2001 : 204). Elle permet d'affirmer une «*identité culturelle de manière privilégiée à*

BIBLIOGRAPHIE DOCUMENTAIRE

- AFP (2003) *SARS fears boost sales of traditional Tibetan medicine*, In Agence France-Presse, Paris.
- HAI XIA P. (2004) *Scepticism to cure*, In Shanghai Star, Shanghai.
- KHANGAR L.D. (1998) *Initiation à la Médecine tibétaine*, Paris : Dewatshang
- XINHUA Ac. (2002) *Tibetan medicine to be taught at Harvard University*, In Xinhua's China Economic Information Service, Pékin
- XINHUA Ac. (2003) *College of Tibetan medicine gets aid from inland medical universities*, In Xinhua's China Economic Information Service
- XINHUA Ac. (2003) *Joint medical center to provide diversified treatments*, In Xinhua's China Economic Information Service, Pékin.
- XINHUA Ac. (2004) *Tibetan surgical claims earlier history than Western counterpart*, In Xinhua News Agency.
- YANG Y. (2004) *Puzzling prescription*, In Shanghai Star, Shanghai.
- YAO Y. (2003) *Modern medicines to make use of Tibetan Traditions*, In China Daily.
- YI L. (2004) *Tibetan industry outgrows agriculture in 2003*, In Business Daily Update.

Folio d'une pharmacopée tibéto-mongole du début du XIX^e siècle. Le texte et ses illustrations, imprimées par le procédé de la xylogravure, se rapportent à *Myristica fragrans*



travers son idiome les tensions et les frustrations sociopolitiques d'une manière qui n'expose pas [...] à la répression politique» (ibid., 288).

«La médecine tibétaine apparaît donc comme l'un des éléments du patrimoine culturel qui ont le mieux survécu aux profonds bouleversements ayant affecté le Tibet au cours des cinquante dernières années. Elle le doit sans doute à plusieurs facteurs : la place reconnue à la médecine traditionnelle en Chine même, sa disponibilité locale à un faible coût, son orientation pragmatique d'allure rationnelle susceptible d'être encouragée aux dépens de ses aspects religieux, et son aptitude, aisément contrôlable, à servir d'image emblématique d'une politique chinoise voulant se montrer soucieuse de promouvoir à la fois le bien-être et l'héritage culturel des tibétains» [Meyer, 2002 : 288].

La diaspora utilise également la médecine tibétaine à des fins identitaires, mais à l'inverse elle en promeut les aspects spirituels. Il existe un mouvement de reconstruction de l'historicité de la médecine tibétaine. Elle

revendique une chirurgie très performante, (en comparaison des pratiques occidentales de l'époque) dès le 7^e siècle du fait d'une excellente connaissance anatomique liée aux *funérailles célestes* ⁵ (Xinhua, juillet 2004). Elle aurait organisé des «congrès internationaux médicaux» à la même époque (Khangkar, 1998 :10). Un Tibétain lettré expatrié aux USA nous expliquait que l'on vient de découvrir un texte relatant la guérison d'une reine de la Grèce archaïque par un médecin tibétain, là où les thérapeutes helléniques avaient échoué. Après quoi celui-ci aurait enseigné son art aux grecs. Ces discours illustrent une représentation de la médecine tibétaine comme un art médical ayant nourri les autres grandes traditions médicales, plutôt que s'en étant nourri. Ils lui confèrent une pureté originelle loin des ses origine syncrétiques et contribuent à renforcer les sentiments de fierté identitaire.

La médecine tibétaine se modernise et cherche à obtenir une légitimité scientifique. Elle avance aussi sa légitimité historique et spirituelle. Elle est un espace identitaire qui permet l'expression de tensions politiques aussi bien à l'extérieur, qu'à l'intérieur du Tibet.

5. Pratique funéraire consistant à démembrer le corps du défunt pour l'offrir aux oiseaux charognards. A moins que la technique ait évoluée, ce que j'ai pu en observer dans l'Amdo n'a pas grand-chose à voir avec une dissection anatomique



Saussurea medusa

© Jardins du Monteb