Réciprocité et relations soignants-soignés

Biomédecine et pratiques de soin aux Philippines

Antoine LAUGRAND(1), Philippe BONNEELS(2)

(1) PhD, chercheur Postdoctoral et chercheur Associé, Université d'Ottawa et UCLouvain
(2) M.A. PhD student,chargé de Mission CAMG et Coordinateur UCAMS, centre Académique de Médecine générale, Uclouvain

1 Introduction

Les montagnes des Philippines abritent de nombreux autochtones qui affirment en être les premiers habitants. Ces groupes emploient une diversité de pratiques médicales, de médecines, pour guérir les malades, prévenir la maladie et être en santé. Annonçons tout de suite notre emploi du concept de *médecines* au pluriel pour nommer ces pratiques de soin et souligner que chaque pratique médicale est liée à un milieu spécifique et à un contexte culturel, social, politique, économique, biologique et psychologique. Cette définition ne fait toutefois pas l'unanimité chez les anthropologues et les médecins qui préfèrent souvent différencier la médecine (ou biomédecine), telle qu'elle est pratiquée dans les systèmes de santé modernes (WONCA, 2023), et l'ethnomédecine (ou médecine dite traditionnelle) qui regroupe les systèmes de croyances et de pratiques médicales spécifiques à chaque société (Pourchez, 2021). En accord avec L. Pourchez (2024), nous proposons de nous intéresser à l'ethnomédecine en tant qu'approche pluridisciplinaire pour étudier les points de vue multiples des pratiques de médecines. Nous y reviendrons.

Les Blaan constituent l'un des peuples autochtones les plus nombreux de l'archipel. Cette population de 12 à 15 000 individus s'est installée dans les hautes-terres inhabitées du sud-est de l'île de Mindanao au cours des quatre-vingts dernières années, fuyant les basses terres et les crimes qu'ils y avaient commis[1]. Les Blaan pratiquent la *sbanù*, vendetta ou dette de sang. Ces conflits sont interminables, et la meilleure solution est souvent de fuir. Les Blaan emploient des *imò* — des formules secrètes utilisées

[1] Entre 2015 et 2022, Antoine Laugrand a séjourné treize mois parmi eux.

pour tuer. Ces poisons peuvent être lancés à l'aide d'une sarbacane, ou mélangés à du café ou à de la nourriture. Cette façon presque invisible d'attaquer l'autre garantit l'anonymat du fabricant et permet de tuer sans mettre en danger sa propre famille. Une mort inattendue ou une maladie est donc toujours suspecte et peut donner lieu à des accusations. Et comme « la parole c'est la guerre » (Favret-Saada, 1977 : 27), de simples mots peuvent déclencher de grands conflits.

2 La maladie et le soin : des conceptions locales et culturelles multiples

Chez les Blaan, la mort n'est jamais considérée comme « naturelle ». Elle est la conséquence du comportement humain. Elle survient lorsque ceux-ci ne respectent pas des règles sociales ou entrent en conflit.

Les troubles que nous appelons habituellement « maladie » ou « maux », que ce soit du point de vue du praticien ou de celui du patient, sont d'une nature différente. Les Blaan désignent généralement la maladie par le terme *tamduk*, littéralement « ça fait mal », en mettant l'accent sur les symptômes ressentis par le patient (douleur) ou perçus par les autres (transformation physique externe ou comportementale). Les *tamduk* sont différenciées selon leur degré de douleur, *tukay* « légères » ou *kamdis* « fortes », et sont nommées en fonction de l'organe ou de la partie du corps affectée. De nombreuses expressions sont utilisées pour décrire ces *tamduk* : elles font référence à la vitalité, au souffle, à la vue, à l'ouïe, à l'odorat, au goût, aux sens du corps et au *nawa*, le souffle vivant ou l'âme qui réside dans le corps humain et en sort pendant les rêves. *Tamduk tien*, « ça fait mal à l'estomac », *gal mità*, « vomissements à répétitions », *mlima i nawa* (« souffle difficile »). Le mal-être est principalement physique et concerne la douleur ou son absence. La guérison est appelée *gulê*, soit un « retour » à l'état normal.

Les *tamduk* plus fortes et qui ne guérissent pas soulèvent la question de la sorcellerie et d'un possible empoisonnement. Dans ce cas, on considère que la *tamduk* est provoquée par la présence d'un *busaw*, un monstre envoyé par un ennemi pour occuper le corps de sa victime. Pour vaincre cet esprit et guérir le patient, il faut employer le *datah sdè*. Ce rituel permet de ruser l'esprit, en transférant la maladie à un cochon[2]. Notons seulement ici que le rituel permet d'unir la famille, mais également toute la communauté qui se rassemble pour manger un cochon et par ce partage de nourriture s'immuniser collectivement contre le mal identifié dans les entrailles du porc.

Les Blaan ont différents experts du soin, en fonction de la *tamduk* et de son origine. Les *mulung*, littéralement les soignants, emploient des *bulung*, des onguents ou potions

[2]Ce rituel est décrit et analysé en détail ailleurs (*cf.* Laugrand, 2024). Il consiste à tromper le *busaw* pour qu'il quitte le corps human et s'approprie celui d'un cochon – corps analogique équivalent à celui d'un être humain (Laugrand et Laugrand, 2021). Un *mloos* construit d'abord une maison miniature à celle du patient et l'assoie dedans, comme s'il l'habitait. Puis, au son d'une musique cliquetante et d'une danse rythmée, un assistant fait danser un cochon servant d'appât. Le *mloos* brandit une lance représentant le *busaw* et, au terme d'un combat théâtral, il transperce le cochon avec son arme, signifiant que le *busaw* (et la maladie) a été transférée au cochon. Le *mloos* ouvre ensuite le cadavre et identifie l'organe affecté qu'il jette en direction du soleil couchant. Enfin, tous les participants au rituel consomment le porc de manière à s'immuniser contre la maladie.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017



Fig. 1 : Rosita, soignante *mloos* blaan. Photo de Antoine Laugrand, 2018

préparées à base de plantes[3]. Dans cette pharmacopée, on retrouve des feuilles, champignons ou écorces bouillies dans l'eau et consommées, servant à guérir nausées, maux de tête, de ventre, ou encore pour avorter. On emploie aussi des plantes à appliquer sur la peau pour désinfecter, guérir des blessures, des piqûres et des allergies. Le goût, l'odeur, l'aspect ou la couleur des plantes sont associés à des propriétés médicinales spécifiques. À titre d'exemple, le *malyangu* qui est un champignon contenant de la quinine et au goût très amer, est employé comme antiparasitaire. Cette connaissance des plantes et de leurs propriétés est acquise au cours d'expérimentations et transmise de génération en génération. Certains médicaments et la plupart des poisons sont des secrets de famille.

Ces poisons sont fabriqués avec des plantes sauvages cueillies localement. Les maladies locales ou culturelles, comme les empoisonnements, sont ainsi indissociables du milieu de vie où elles sont produites et vécues. On peut qualifier pareillement le *burnout* (Syndrome d'épuisement professionnel) ou le diabète qui sont associés à des modes de vie spécifiques, comme l'alimentation, l'habitat et la sédentarité, mais également à la perception culturelle de ce qu'est le bonheur (ou son absence), le corps « sain » ou « malade », etc[4]. La maladie est donc un phénomène complexe qui englobe des dimensions biologiques, sociales, culturelles et psychologiques.

[3]Selon une équipe de biologistes philippins (Plang *et al.* 2024), les plantes médicinales employées par les autochtones des Philippines traitent, par ordre décroissant d'importance, des maux de la peau, des troubles du système nerveux, respiratoire, excréteur, des problèmes immunitaires, musculosquelettiques, circulatoires, oraux, des agents cancérigènes, infectieux, parasitiques, des morsures d'animaux, d'insectes, des troubles oculaires, endocriniens, d'ouïe, cardiovasculaires, lymphatiques, antioxydants, antiseptiques…

[4]Pour un autre exemple en milieu inuit (Nord canadien) et basé sur la linguistique et la conception du corps et de la maladie, voir les travaux de M. Therrien (1995).

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Les *mloos* s'apparentent à des chamanes, des personnes capables d'entrer en relation avec des non humains (voir image 1). Ils sont choisis par des esprits *loos* qui leur octroient des savoirs de guérison (quelles plantes, gestes et formules employer) pour les aider à préparer les médicaments *bulung*, mais également les poisons *imò*. Ainsi les guérisseurs sont parfois aussi empoisonneurs. Les *mloos* ne le deviennent pas par choix, mais à la suite d'une expérience de mort imminente (Laugrand, 2021 : 195-196). Ils ne guérissent que les membres de leur propre famille ; leur rôle est gardé secrètement. On accorde également aux *mloos* le pouvoir de connaître l'auteur d'un meurtre. Capables de guérir et de tuer, les *mloos* sont respectés autant qu'ils sont craints.

Les soins se font toujours dans la maison du patient. À l'issue du soin, on donne un objet ou un animal (souvent une poule) et parfois un petit montant d'argent au soignant pour le remercier de son aide. L'argent doit être déposé sur la table et jamais remis dans les mains du soignant. Soigner n'est pas considéré comme une profession, mais plutôt comme un devoir envers les membres de sa propre famille. Ces personnes qui peuvent être homme ou femme vivent une vie comme les autres, cultivent leurs champs, fondent une famille. On fait simplement appel à eux lorsqu'un membre de la famille tombe malade.

Lorsqu'il faut prendre soin du malade, la famille (*gakèd*) s'unit. Chacun contribue aux dépenses, et la famille va jusqu'à se ruiner pour payer les frais. Si un malade doit être transporté, frères, oncles, cousins, amis se précipitent pour accompagner et aider. Les Blaan ont des obligations envers les autres membres de leur famille, et peuvent également être aidés lorsqu'ils sont dans le besoin. Il s'agit d'une sorte d'assurance collective contre le risque. Pour un Blaan, être en bonne santé signifie être marié, avoir des enfants et une famille sur laquelle compter en temps de besoin. Ici, la santé est directement associée au collectif et à une cohésion sociale forte. Rien à voir avec le développement personnel, ou l'hygiène alimentaire et physique qui caractérisent le bien être dans nos sociétés.

Observons ici une distinction majeure entre la médecine générale (ou biomédecine) et les systèmes de soins dits traditionnels comme celui des Blaan. Au sein de la biomédecine, la maladie est principalement conçue comme un phénomène biologique, et attribuée à des agents pathogènes tels que des bactéries ou des virus, tandis que le corps est considéré comme une machine complexe où l'identification des causes organiques est primordiale. Ce système cartésien marque la dissociation du corps et de l'esprit. La prise en compte d'éléments psychologiques ou encore de santé environnementale marquent de nouveaux courants en médecine et en politiques de santé publique, bien que ceux-ci soient encore loin de faire l'unanimité.

À l'inverse, chez les Blaan, la maladie est souvent liée à un déséquilibre social, ou encore à des esprits ou à des phénomènes météorologiques. Dans cette vision holistique du monde, le corps, l'esprit et l'environnement sont interconnectés. La santé résulte d'un équilibre entre l'individu et son environnement social. Les traitements traditionnels, comme les rituels, vont ainsi au-delà du simple soulagement des symptômes physiques, et comprennent parfois des relations et échanges avec des esprits

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

qui permettent d'avoir une action sur l'environnement, sur des éléments et d'autres entités que le patient et ses symptômes.

3 Les Blaan à la rencontre de la biomédecine

Depuis une dizaine d'années, des sœurs laïques autochtones offrent des soins de base gratuits aux Blaan. Ces cliniques (voir image 2) sont basées sur des dons de médicaments, de vêtements, d'argent et de nourriture de bénéficiaires étrangers. Les Blaan viennent se faire soigner, désinfecter et recoudre leurs blessures ouvertes, après des accidents de moto par exemple. Ils profitent aussi pour la première fois de l'accès à des médicaments fabriqués en laboratoire.

La clinique est constituée d'une petite salle d'opération en bois avec un lit, une table, et un patio pour les consultations. On compte aussi deux chambres pour les patients et leur famille ; les patients ne voyagent jamais seuls. Remarquons l'importance d'être en groupe, surtout quand ça va mal.



Fig. 2 : La clinique centrale des Blaan, à Little Baguio. Photo de Antoine Laugrand, 2018

Sur le terrain, Antoine Laugrand a pu observer l'arrivée d'un médecin étranger, et ainsi la rencontre des Blaan avec la biomédecine, telle qu'elle est pratiquée à l'hôpital. Formé en Allemagne, et ayant pratiqué au Danemark et au Groenland, ce médecin à la retraite offre ses services à la population locale dès son arrivée. Sous l'invitation des sœurs infirmières, il s'installe dans la clinique du village central, et recrute le seul traducteur qu'il peut trouver : l'anthropologue. Les premières opérations du médecin, aussi surprenantes qu'innovantes pour les Blaan qui ont une aversion pour le sang et refusent d'ouvrir le corps humain, intriguent la population locale. Dès l'ouverture de la clinique, les Blaan se précipitent pour « tester » les pouvoirs du médecin…

L'extrait suivant est tiré du carnet de terrain d'Antoine Laugrand et permet de contextualiser d'une manière intime la rencontre des médecines :

> Et me voilà devenu assistant docteur ! Ou traducteur, ou plutôt assistant docteur, je ne sais plus […]. Mais qui dit traducteur, dit aussi assistant mé-

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

decin, et qui dit assistant médecin traducteur, dit finalement pseudo docteur […]. En deux jours, trois ou quatre opérations « majeures ». D'abord, une jeune fille qui présente un abcès sur l'œil gauche. Il faut le percer pour faire sortir le pus. Le docteur utilise une aiguille pour insérer un anesthésiant ; il utilise un anesthésiant de dentiste, faute d'autre matériel. Puis, il ouvre, ou plutôt perce… La pauvre petite crie et pleure, le tout va très vite. Je dois la calmer, car elle bouge trop et ouvre constamment les yeux. Un autre patient nous arrive, un jeune de vingt-deux ans souffrant de nanisme et d'un kyste sur le poignet. Le docteur tranche, découpe et ouvre la chair ; une opération dangereuse, car très proche de la veine radiale. Le pauvre gémit et se tortille, et empêche notre docteur d'opérer. Moi je traduis et aide comme je peux. Le docteur a fini par enlever le kyste, mais ça n'a pas été simple. Ensuite, un jeune garçon de neuf ans arrive, les jambes couvertes d'eczéma. Le docteur applique de la bétadine. Il lui faudra trouver un moyen de garder ses jambes hydratées avec une matière grasse. Pas facile, il faut inventer des médicaments ici ! Il faut trouver une plante à lui appliquer dessus. Affaire à suivre, car notre cuisinière a exactement le même problème. Suivent quelques patients avec des maux de ventre, de tête, puis le boulanger qui a la nausée, une aînée qui a une cataracte et ne voit plus grand-chose. Et puis une autre opération pour enlever un kyste […]. J'ouvre les paquets d'aiguilles, les stérilisants de dentiste, les compresses stériles et aide le docteur tant bien que mal. Il fait avec les moyens du bord. Il est équipé avec son propre matériel acheté en Chine : une machine à ultrasons, une boîte de stérilisation pour ses scalpels, lampes, ciseaux et autres instruments. Il est difficile d'opérer ici. Les maisons sont ouvertes. C'est le soir. Les moustiques et insectes rentrent de partout. Il faut isoler la « salle d'opération ». Je positionne une énorme moustiquaire autour de nous et prépare la table d'opération, et puis le docteur opère : il découpe un morceau de cou. Un morceau de cou ! Qu'il enlève avec le kyste ! Après avoir stérilisé le cou avec une aiguille trop petite bien sûr, faute d'aiguille suffisamment longue. Le docteur recoud tant bien que mal la plaie, mais malheur, l'aiguille casse. Une fois, deux fois, trois fois, il faut changer d'aiguille. Un matériel des années 50, me raconte-t-il. En même temps, il utilisait ça pendant ses premières années. Le fil est trop fragile. L'aiguille n'est pas assez aiguisée, la peau du cou est trop épaisse, il doit forcer pour transpercer la peau. Le sang coule de partout, j'éponge avec du papier hygiénique le sang qui dégouline sur le patient. Le cou est recousu, le patient est tout content. Il ne part pas sans avoir récupéré dans un mouchoir le gros morceau de son cou que le docteur a découpé. Je lui explique que la peau va repousser, mais il semble assez satisfait d'avoir son trophée. […] Blessures ouvertes, accidentés de moto (ils viennent d'eux-mêmes et repartent ensuite en moto), « fiki » faux patients qui viennent juste pour voir le docteur et avoir un ragot à raconter aux voisins en revenant au village, beaucoup de patients avec de l'hypertension artérielle, d'autres avec un mal de dos, de ventre, de tête, ou oculaire. Ce matin nous avions un jeune homme qui porte quatre-vingts kilos de maïs tous les jours ; selon le

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

> docteur, son dos n'est pas assez musclé pour supporter une telle charge, j'ai donc dû lui montrer comment faire des pompes ! […] Pareil pour les médicaments, comme pour l'hypertension artérielle, il faudrait que les patients continuent toujours de prendre le même médicament, et reviennent régulièrement pour faire un suivi avec le nom du médicament qu'ils ont pris et pendant combien de temps. Seulement, pour eux, une fois la douleur passée, ou dès qu'ils n'ont plus d'argent, ils arrêtent le traitement et ne reviennent pas. Ils reviennent quand il y a une crise et de la douleur, mais ils sont incapables de dire quel médicament ils prenaient avant. Le docteur a le sentiment de repartir à zéro. C'est ce qui le frustre le plus, je pense, et c'est ce qui sera son plus gros défi ici.



Fig. 3 : Le docteur en train d'opérer une patiente d'un cancer du sein. Photo de Antoine Laugrand, 2018

Le docteur obtient rapidement une réputation pour sa capacité à ouvrir les corps et à y enlever le mal (cancer, tumeurs, infections, etc.) des *tamduk* que les soignants blaan ne traitent pas. De ce point de vue, la médecine du docteur apporte quelque chose de nouveau.

Après plusieurs mois, les Blaan de toute la région connaissent le médecin et le visitent lorsque c'est nécessaire. Ils intègrent vite les avantages de cette nouvelle médecine qui ne remplace pas pour autant leur rapport au corps, à la maladie, et au soin. L'itinéraire clinique typique des Blaan passe d'abord par une visite chez le soigneur *mulung*. Si le problème n'est pas résolu, le patient va chez le docteur pour être opéré, et avec un peu de chance obtenir des médicaments. Ils ne cachent pas leur déception lorsque le médecin ne leur en prescrit aucun ! Pour les Blaan, ces « pilules » sont très efficaces et ont quelque chose de presque « magique ». De simples comprimés multivitaminés ou antalgiques ont ainsi des effets impressionnants sur des individus qui ne sont pas habitués à prendre des médicaments fabriqués en laboratoire. Si la douleur ou les symptômes persistent, c'est le temps des rituels et de la visite chez le *mloos*, expert des poisons et des esprits. Le médecin affirme parfois qu'il est incapable de guérir ses patients atteints de poisons cutanés, reconnaissant la limite de ses compétences.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Pour le médecin, les choses ne se passent pas très bien. Au sein d'un environnement et d'une culture dont il ne connaît rien, le docteur essaie rapidement de recréer la structure de l'hôpital, cherchant ici la familiarité et ce qu'il pense être le meilleur système de santé. Diplômé et expert, il prend la plus haute position hiérarchique de la clinique, et demande aux infirmières autochtones de créer une base de données avec des fichiers sur tous les patients qui se présentent. Le processus est compliqué, car la plupart des Blaan ne savent pas écrire leur nom et n'ont pas de papiers d'identité ; ils signent avec leur empreinte digitale. Les infirmières ne parlent pas bien anglais et écrivent les notes de leur consultation en blaan et en bisaya, des langues que le médecin ne connaît pas.

Du point de vue du médecin, les contacts avec ses patients sont frustrants. Les Blaan ne respectent pas ses recommandations, oublient le nom des médicaments qui leur ont été prescrits, et arrêtent le traitement qu'il leur a prescrit dès que la douleur est partie. Il a l'impression de recommencer à zéro à chaque consultation.

Le docteur critique la médecine blaan qu'il considère comme inefficace et même dangereuse puisqu'elle peut affecter son traitement. Il juge que les médicaments *bulung* des Blaan peuvent empirer les troubles des patients, puisqu'ils n'ont pas été fabriqués ni testés en laboratoire.

Retraité et offrant ses services volontairement et gratuitement, le docteur incarne un nouveau rôle. Il ne fait partie d'aucune famille locale et refuse tout don. Pour contrecarrer cette stratégie, nombreux sont les patients qui lui offrent une poule en cadeau après avoir été soignés par lui. Le docteur est surpris, esquisse un sourire pour la photo et semble assez heureux de recevoir la gratitude de ses patients (voir image 5).



Fig. 4 : Le docteur, sa poule et ses patientes. Photo de Antoine Laugrand, 2018

4 Discussion

L'arrivée du docteur ouvre de nouvelles opportunités de soin pour les Blaan. Le médecin « ouvre » le corps et apporte ainsi un élément nouveau à la médecine blaan.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Ceux-ci peuvent obtenir de nouveaux médicaments pharmaceutiques efficaces qui ne remplacent pas toujours leurs propres médicaments (*bulung*), mais s'y ajoutent souvent. Ils combinent ici les médecines, parfois en suivant simultanément les traitements recommandés par ces différents experts. Pour les Blaan, le retour à l'état de santé est possible dès que douleur et symptômes disparaissent. Cette conception de la maladie, des maux et de l'anormalité se retrouve dans l'étymologie du mot *tamduk*, soit « ce qui fait mal ». Inversement, l'état de santé, ou l'absence de trouble, de douleur, est vécu à travers la famille, les enfants, le fait de posséder une maison, des champs, bref du sentiment d'être un membre de la société, de faire partie d'un collectif, et d'être en relation avec les autres.

Si le docteur est capable de soigner certains maux, il reste cependant incapable d'éliminer les *busaw* et les esprits qui occupent le corps des Blaan. Pour s'en débarrasser, ces derniers doivent impérativement faire le rituel du *datah sdè* servant à attirer l'esprit hors du corps humain en le transférant à celui d'un cochon. Au-delà de l'efficacité symbolique d'un tel rituel, l'espace-temps qu'il crée permet le rassemblement et l'unité d'une famille et de toute la communauté. Le partage d'une même chair immunise le collectif. Notons que le rituel permet non pas seulement de guérir l'individu, mais également l'ensemble du groupe. Le médecin considère ces rituels inutiles et inefficaces. Pire, ils ralentissent le processus pour amener le patient à la clinique.

Pour le docteur, la cohabitation de ces deux médecines est un échec. Il voudrait que ses patients ne pratiquent qu'une seule médecine — la sienne. Pour les Blaan, les deux médecines se combinent sans compétition.

4.1 Des médecines complémentaires

Ces éléments permettent une réflexion plus générale sur les médecine(s). L'emploi du terme de médecine au singulier est particulièrement problématique. Au sein des sociétés qui tiennent la nature à l'écart de l'humain, comme en Europe, différentes formes de médecines coexistent, souvent en tension. Le regard d'un spécialiste en médecine générale n'est pas le même que celui d'un spécialiste oto-rhino-laryngologiste ou d'un algologue par exemple. Différentes spécialités, mais également différentes manières de concevoir le corps humain, la maladie et l'état de santé. Chez les Blaan aussi on observe différents spécialistes du corps et de la maladie. Les Blaan combinent les traitements traditionnels avec la biomédecine, profitant des avancées médicales tout en maintenant des pratiques enracinées dans leur culture. Cette coexistence illustre la pluralité des systèmes médicaux et leur capacité à s'enrichir mutuellement, tout en soulignant l'importance d'appréhender la santé et la maladie à travers un prisme culturel qui prenne en compte les croyances et les valeurs des patients.

En nous inspirant ici les travaux de L. Pourchez (2021, 2024), nous proposons de privilégier le terme d'ethnomédecine dans sa définition comme une pratique ouverte et pluridisciplinaire qui englobe toutes les formes de médecine. Il s'agit bien ici d'observer, de décrire et de comparer des ethnomédecines, et non une forme de médecine *versus* une forme d'ethnomédecine. Cette dernière distinction présente néanmoins le risque de distinguer des médecines — *ethno* qui appartiendraient à un registre principalement culturel, de médecines qui seraient non culturelles, et donc plus ou moins

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

réelles ou efficaces que d'autres. Nous pensons au contraire que toutes les médecines sont culturelles, même si elles sont aussi en partie biologiques, politiques, économiques, et psychologiques, et demeurent liées à des imaginaires, des représentations du monde, des conceptions du corps, de la santé et de l'anormalité, d'agents pathogènes, de microbes, d'esprits invisibles et de souillures (Douglas, 1971 ; Laugrand et Laugrand, 2023). Ce point de vue ouvert sur les médecines permet de souligner la spécificité de chaque pratique qui est indissociable de son milieu et environnement naturel et culturel qui conditionnent son utilisation et son efficacité perçue et avérée, chaque patient et chaque soignant devant ici être compris en relation avec ses expériences, parfois multiples. Précisons que nous ne diminuons pas l'importance des avancées de la biomédecine un peu partout sur la planète. La biologie est liée à l'humain qui se développe singulièrement, notamment en fonction de son milieu. Ajoutons que de notre point de vue, la biomédecine gagnera à être complémentaire d'autres formes de médecines et à accepter son appartenance aux ethnomédecines. Et pour les anthropologues et les médecins, on s'aperçoit justement de l'utilité d'étudier les spécificités de chaque médecine, de prendre en compte leurs points forts et leurs limites, et les possibles croisements de médecines pour mieux prendre soin.

4.2 Du don, de la reconnaissance et de la relation dans les pratiques de soin

Une autre thématique essentielle des médecines, bien connue des anthropologues, est le don. Chez les Blaan, les soignants ne prennent soin que des membres de leur propre famille. Ces derniers ne demandent jamais une compensation monétaire, le soin n'étant pas fait dans l'optique du profit. Soigner n'est donc ici pas un gagne-pain. Les Blaan voient d'un mauvais œil ceux qui demandent une rémunération pour leurs soins, désignant ces personnes de *fiki*, « fake, faux », charlatans. Les personnes qui savent soigner (*mulung*) ou qui ont été choisies par les esprits (*mloos*), doivent soigner les autres, comme s'il s'agissait d'un devoir, au même titre que l'éducation et la transmission des connaissances au sein d'une famille. Cet échange configure une dynamique où le soin est avant tout une relation, insérant l'action de soigner dans une conception plus large d'unité collective, et reléguant la transaction économique à un aspect secondaire.

Dans le modèle de santé européen, l'échange économique et profitable est un élément de tout service de soin et donc de toute relation entre soignants et soignés. Même si médecins, infirmières et autres spécialistes ne soignent pas que pour l'argent, leur pratique est professionnelle — salariée. Une pratique *gratuite* serait même considérée comme douteuse, voire illégale. Nombreux sont les patients et les professionnels qui considèrent qu'il est même préférable de ne pas se faire soigner par un membre de leur famille, comme si l'intimité individuelle de la santé ou du trouble devait être séparée de la médecine. La notion de médecin de famille (médecine générale), soit d'avoir une personne que l'on apprend à connaître sur le long terme, apparaît comme un entre-deux révélateur : ni trop près ni trop loin du patient.

Les soignants se plaignent souvent du manque de reconnaissance de la part de la société et donc indirectement des personnes qu'ils soignent, en sous-entendant qu'ils aimeraient être remerciés d'une autre manière que par l'argent (Bonneels, 2022). Cette problématique n'est pas surprenante si on réduit le soin à sa dimension économique et transactionnelle (un soin contre de l'argent). C'est d'ailleurs l'un des paradoxes

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

de la revendication des soignants lorsqu'elle est réappropriée dans un discours de revendication syndicale et politique. Les soignants réclament de la reconnaissance de la part de l'État et de la population, c'est-à-dire une forme de réciprocité, et se traduit souvent par une revendication salariale, une norme salariale ou un plan de pension, soit un contre-don monétaire, alors que ce qui est demandé est avant tout de l'ordre du social, par exemple du temps passé avec le patient ou la famille, ou encore une reconnaissance sociale pour leur contribution au bien-être collectif. La relation de soin ne se limite pas à un échange économique. Elle inclut également des dimensions humaines, culturelles et collectives qui influencent toutes l'expérience du soin, mais qui semblent difficiles à implanter dans le système de santé publique qui fonctionne en termes économiques.

À la lumière de ces réflexions, on réalise que, tout comme chez les Blaan, le soin gagnerait à ne pas être perçu que comme un acte transactionnel, mais davantage comme un devoir imposant une responsabilité collective. Les soignants et les patients partagent un espace où l'empathie et la compréhension mutuelle favorisent un meilleur accompagnement. Dans le cas de l'hôpital ou de la clinique où le patient et le soignant ne se connaissent pas, et donc où aucune relation ne précède ou ne suit le soin, qui doit remercier l'autre ?

Pour soigner, le praticien offre un soin qui ne requiert pas de réciprocité immédiate de la part du patient. Le don de soin permet au patient de se réinsérer dans la société en ayant à son tour un don à lui offrir, afin de continuer le cercle d'échange. Cette dynamique souligne l'importance des relations interpersonnelles et des échanges sociaux qui transcendent la simple transaction économique. Le soin peut ainsi devenir un acte qui favorise la cohésion sociale et renforce les liens communautaires.

À cet égard Cynthia Fleury (2019), philosophe et spécialiste de la bioéthique, propose une réflexion essentielle sur l'humanisme dans les soins. Ses travaux nous incitent à reconsidérer la relation entre soignants et soignés, tout en redéfinissant les enjeux de l'accompagnement des personnes malades. Fleury met en avant que le soin doit être perçu comme une relation humaine, bien plus qu'un simple acte technique. Cela implique de reconnaître la vulnérabilité de l'autre, de l'accompagner dans sa souffrance et de préserver sa dignité. L'empathie, au cœur de cette dynamique, permet aux soignants de comprendre les émotions et les besoins des patients. Fleury défend également l'idée d'une éthique du *care* (prendre soin), axée sur la bienveillance, la compassion et la solidarité, qui devrait guider les pratiques de soin et les décisions médicales. Elle souligne que la vulnérabilité est une condition humaine fondamentale, et que le soin doit faciliter la dignité de chacun face à ses fragilités.

En somme, Fleury nous exhorte à repenser le modèle médical traditionnel, centré sur la maladie et la technique, en favorisant une approche plus humaine et globale du patient. Il est crucial de redonner du sens au soin, le rendant porteur de valeurs humaines, et de former des soignants plus humanistes en intégrant des dimensions culturelles, éthiques et philosophiques dans leur apprentissage. À une époque où les soins se complexifient et où les enjeux éthiques liés aux nouvelles technologies sont prégnants, ses réflexions sont d'une pertinence particulière. Elles mettent en lumière

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

l'importance de ne jamais perdre de vue la personne derrière la maladie, plaçant l'humain au cœur de nos pratiques de soin.

Remerciements

Nous remercions le Fonds de recherche du Québec Société et culture (FRQSC) et le Fonds national de la recherche scientifique (FNRS) pour avoir financé les recherches d'Antoine Laugrand.

Bibliographie

Bonneels, P. (sous presse). *Que se passe-t-il derrière les portes d'une unité de soins intensifs Covid-19 ? D'une unité de soins intensifs à la santé publique*. Paris : Karthala.

Bonneels, P. (2022). Cosmologies infirmières des mécanismes aux conséquences sociopolitiques de la fabrique des catégories. *ActuSoin*, 1, p. 1-21.

Douglas, M. (1971). *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris : Éditions Maspero.

Favret-Saada, J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts*. Paris : Gallimard.

Fleury, C. (2019). *Le soin est un humanisme*. Paris : Gallimard.

Laugrand, A. (2024). How To Prevent Social Disaster : The Use Of Pig In Blaan Rituals (Mindanao). Dans O. Servais et L. Simon (dirs), *Disasters, indigenous Knowledge, and Resilience. Paris : Karthala, pp. 74-96.*

Laugrand, A. (2021). *Des nomades à l'arrêt. Corps, lieux et cosmologie des Blaan de Malbulen, Philippines*. Academia.

Laugrand, F., et Laugrand A. (2023). *Des voies de l'ombre. Quand les chauves-souris sèment le trouble*. Paris : Muséum national d'Histoire naturelle.

Laugrand, F., et Laugrand A. (2021). « Sacrifice du cochon ou mise en relation ? Du sang, des signes et des sons dans trois contextex rituels chez les Alangan, les Blaan et les Ibaloy des Philippines ». *Anthropozoologica*, 56(12), p. 181-196.

Plang, Y. A., Tanalgo, K. C., Dela Cruz, K.C. *et al.* (2024). Herbolario v. 1 : building database for medicinal plants used by ethnolinguistic groups in the Philippines to support indigenous knowledge conservation. *Discov. Plants*, 1(38).

Pourchez, L. (2021). Ethnomédecine. Dictionnaire *Anthropen* : https://doi.org/10.47854/anthropen.v1i1.51288.

Pourchez, L. (2024). « Introduction » in *Faire de l'ethnomédecine au XXIème siècle : enjeux et perpsectives*, Laurence Pourchez (éd.), Paris : Editions des Archives Contemporaines, p. 1-16.

Therrien, M. (1995). Corps sain, corps malade chez les Inuit, une tension entre l'intérieur et l'extérieur, entretiens avec Taamusi Qumaq. *Recherches amérindiennes au Québec*, XXV(1), p. 71-84.

WONCA EU. (2023). The European Definition of General Practice / Family Medicine.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017