La relation soignant-soigné dans les domaines traditionnels malgache et chinois

Qiansheng HUANG
Doctorant en anthropologie, Inalco, Paris, laboratoire PLIDAM.

1 La relation soignant-soigné dans le cadre de la biomédecine

À l'heure actuelle, les discussions sur la relation soignant-soigné dans le monde universitaire sont toutes développées à partir du modèle médecin-patient déséquilibré et asymétrique tel qu'il est présent dans la biomédecine et dans les hôpitaux. Évidemment, l'enjeu entre soignant et soigné réside dans le contrôle du corps de ce dernier. Le seuil élevé et le professionnalisme (Freidson, 1988) des acteurs médicaux donnent théoriquement au médecin une autorité absolue sur le patient et son corps (Parsons, 1978). Quant au patient, du fait de son manque, voire de son absence de connaissance de la biomédecine, il est souvent considéré comme perturbé et privé par des maladies (notamment quand celles-ci sont graves) de sa capacité d'intégration dans la société, de sorte qu'il ne peut que rester patient et obéissant devant l'intervention du médecin (Linda, 1982).

Les chercheurs ont commencé à analyser spécifiquement le niveau d'autorité professionnelle du médecin en fonction du degré de gravité de la maladie. Quand sa vie est en jeu, le patient est dans une absolue passivité en raison de son état. À part cela, il existe deux autres relations médecin-patient dans le comportement médical (Cockerham, 2017) : la guidance-coopération et la participation mutuelle. Dans le premier type, le médecin et le patient sont tous les deux actifs. L'avis du médecin est respecté, mais le patient peut poser des questions et demander des explications. Ce mode convient au patient atteint de maladies aiguës et infectieuses. Dans le deuxième type de relation, le médecin et le patient ont la même latitude pour décider et mettre en œuvre conjointement le traitement. Lorsqu'un patient souffre d'une maladie chronique, l'avis du médecin porte principalement sur les habitudes de vie du patient et

sur l'adaptation des relations interpersonnelles. Le patient émet souvent à priori des jugements sur la maladie en fonction de ses antécédents médicaux (Fainzang, 2012).

Outre la perspective de l'autorité professionnelle que nous venons d'aborder, la communauté internationale des sciences sociales a également proposé deux autres perspectives pour analyser la relation soignant-soigné : la perspective économique (Kerr et Siu, 1993 ; Haug et Lavin, 1979) et celle associée à la communication (Roter, Hall, et Katz, 1987). C'est plutôt dans ces deux perspectives, qui ne se caractérisent pas forcément par l'autorité absolue du médecin, que le médecin et le patient sont respectivement mus en *soignant* et en *soigné*.

Dans la première, les intérêts sont au cœur de la relation soignant-soigné qui est alors contractuelle. Le but du soigné est de maximiser sa santé. Le soignant et le soigné sont des *homo-economicus*, à la recherche d'un profit personnel. L'intérêt du soigné réside dans la minimisation des frais médicaux et dans l'optimisation des services médicaux. Celui du soignant dans la préservation de ses avantages par une rémunération idéale et un repos adéquat.

La perspective de la communication adopte une approche centrée sur le soigné pour formuler la relation entre le soignant et le soigné. Elle a pour objectif d'améliorer l'efficacité du traitement et certains problèmes de santé en poursuivant la qualité du dialogue (Richard et Lussier, 2016). Si le soignant sait faire preuve de bienveillance envers le soigné, adhérer à un plan de traitement raisonnable, expliquer la situation d'une manière compréhensible et acceptable pour le soigné et adopter une attitude aimable, l'objectif de faire coopérer le soigné aboutira sans doute naturellement. De plus, la relation soignant-soigné sera harmonieuse et se caractérisera par la coopération. Elle n'aura pas besoin de se placer dans une relation dominant-dominé. Il sera également possible d'éviter le piège de l'intérêt et des relations contractuelles.

2 La relation soignant-soigné traditionnelle du point de vue du soigné

Dans le milieu académique, la relation soignant-soigné traditionnelle n'a pas reçu beaucoup d'attention, peut-être parce qu'elle n'est pas aussi pleine de tensions que la relation soignant-soigné biomédicale, ou peut-être aussi parce que les enjeux sont moins financiers qu'analysables en termes de service rendu, de dette morale. Les recherches sur le soignant traditionnel lui-même sont pourtant nombreuses et ont principalement deux perspectives : culturelle et pragmatique. La première met l'accent sur le rôle culturel du soignant dans l'univers local. Elle est souvent liée aux croyances religieuses (Legrip-Randriambelo, 2014), à la conception locale de la maladie, ou aux savoirs locaux plus généralement (Chemillier *et al.*, 2007). La deuxième va toujours de pair avec les politiques de santé publique (Burguet, 2014b) et reconnaît, après les années 80, que le soignant traditionnel peut jouer un rôle positif dans la lutte contre certaines maladies infectieuses et dans la promotion de mesures de santé (Hamid Salim *et al.*, 2006). Il existe également de nombreuses études sur les soignés, mais leurs perspectives sont similaires à celles conduites sur les soignants, c'est-à-dire qu'à travers des perspectives naturelles, culturelles et sociales on analyse l'environnement

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

naturel local, la culture et le système social. Ces différents facteurs façonnent la vision de la maladie, sont à l'origine des politiques de santé.

En fait, les deux concepts de *tradition* et de *modernité* ont été déconstruits par de nombreux chercheurs dont la plupart pensent que les deux ne sont pas opposés ou incompatibles. Cependant, afin de distinguer la relation soignant-soigné traditionnelle (plutôt rurale) de celle présente dans la biomédecine (plutôt urbaine), je continue ici à utiliser la dichotomie tradition rurale et modernité citadine pour désigner comme traditionnelles la plupart des relations soignant-soigné présentes dans la sphère traditionnelle. En même temps, je continuerai à utiliser les termes *relation soignant-soigné*, car ceux-ci peuvent résumer de nombreux types différents d'interactions entre personnes demandeuses de soins et professionnels dispensant une pratique médicale présents dans les zones rurales traditionnelles, comme chaman, sorcier, guérisseur, acupuncteur, rebouteux, sage-femme, et même praticien de la biomédecine dûment diplômé.

La relation traditionnelle soignant-soigné n'est essentiellement qu'une extension de celle qui existe initialement entre les membres de la communauté. En d'autres termes, ils ont été placés dans le réseau interpersonnel local avant l'établissement formel de la relation soignant-soigné. L'établissement d'une connexion à l'avance, qu'elle soit directe (les deux se connaissent déjà) ou indirecte (le soigné est introduit par un tiers), est à la base de la relation soignant-soigné. Les relations lors et hors du traitement sont donc intimement liées. Les vies personnelles du soignant et du soigné sont interdépendantes. Ainsi, la relation soignant-soigné en campagne est relativement simple et il existe une certaine confiance naturelle entre les deux parties.

Ce type de relation soignant-soigné interactive ne peut pas être analysée en utilisant les deux perspectives d'autorité professionnelle et d'économie dont nous avons parlé précédemment. Tout d'abord, le soignant est membre de la communauté, puis thérapeute. Bien qu'il ait plus de connaissances médicales professionnelles - traditionnelles ou modernes – que le soigné, s'il se comporte avec trop d'autorité dans le processus de diagnostic et de traitement, il donnera au soigné une impression de condescendance, et il perdra des clients réguliers. Par conséquent, ici, la relation asymétrique, qui caractérise la relation soignant-soigné biomédicale, est absente. Il n'y a ni relation évidente de domination ni même domination entre le soignant et le soigné rural.

En outre, même si le soignant de la communauté traditionnelle considère la maximisation des revenus et des avantages comme un objectif à atteindre, la concurrence entre pairs et l'opinion publique de la communauté locale ne permettent pas de réaliser la maximisation des avantages. Sachant qu'il existe aussi des sociétés dites traditionnelles où, soit les échanges monétaires n'existent pas encore, soit le secteur économique n'est pas encore devenu le principal pilier de la société… Si le soignant facture arbitrairement des frais élevés, cela entachera sa réputation. Cela aura également pour conséquence le fait que le soigné ayant le statut de client se tourne vers d'autres soignants. Il sera donc difficile, pour le soignant, de maximiser son revenu comme condition préalable à la pratique médicale.

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

Cette relation soignant-soigné, centrée sur ce dernier, fait qu'il est malaisé pour le premier d'établir une autorité paternaliste comme le font ses homologues, thérapeutes biomédicaux dans les hôpitaux formels citadins. Dans la relation biomédicale, cette autorité est similaire à celle qui lie un parent à un enfant en bas âge (Hellín 2002). Lors de cette relation inégale, les bébés dépendent entièrement de leurs parents pour prendre des décisions. Le rôle du soignant consiste alors à agir dans l'intérêt médical du soigné et le soignant considère qu'un *bon soigné* doit accepter docilement le rôle passif d'un bébé. Dans les domaines traditionnels, la relation soignant-soigné est plus similaire à la relation entre parents et enfants aimants dans laquelle les premiers, sans autorité absolue, doivent faire de leur mieux pour répondre aux besoins des derniers. La raison du manque d'autorité ne tient pas seulement à ce que le soignant lui-même est membre de la communauté, mais il y a aussi que le nombre de clients potentiels dans la communauté est relativement fixe, ce qui fait que le soignant fait face à une concurrence de la part d'autres membres de la communauté. Dans les zones rurales traditionnelles, le nombre de clients que le soignant veut (et peut) entretenir dépend de sa popularité et de sa réputation auprès de ses voisins et connaissances. Une mauvaise réputation du soignant rural suffit à bloquer le flux de soignés. On peut dire que le choix d'un nombre limité de soignés détermine directement le niveau des revenus, la réputation, le statut même d'un soignant.

Il arrive que les soignants se regroupent en équipes ou en associations, ce qui limite les luttes internes individuelles (Graeber 2007 :157). En revanche, les hôpitaux des grandes villes sont généralement surpeuplés et les soignants n'ont pas besoin de prêter beaucoup d'attention à la manière dont leur attitude ou leur comportement affecte l'intérêt des consommateurs de services médicaux, car l'anonymat suffit à garantir le nombre de clients de ces soignants. Lors de la fourniture de services médicaux, le rôle du soignant champêtre est celui du gardien du soigné paysan. Cependant, pour s'intégrer dans la communauté et stabiliser la source de clientèle, le soignant rural est obligé d'être reconnu par le soigné, c'est pourquoi il est à la fois le protecteur et l'objet protégé par le soigné.

De manière complémentaire au fait de répondre aux besoins d'échange de médicaments et de services médicaux et de promouvoir les besoins sociaux des villageois, la relation soignant-soigné dans les zones traditionnelles doit souvent se conformer à l'ordre culturel local et promouvoir le cycle culturel et social. Pour le soigné, l'observation de l'ordre culturel signifie qu'il intègre la maladie et la recherche de l'aide médicale dans les relations familiales et le monde moral. Pour le soignant, cela signifie qu'il doit être intégré dans la structure socio-culturelle locale, et même si nécessaire, doit se tourner vers l'autorité morale locale pour obtenir une source stable de clients.

Tout d'abord, la maladie affecte le corps de l'individu, mais aussi la stabilité interne de toute la famille. À l'inverse, l'harmonie interne de la famille affecte également la santé physique de l'individu. Dans la société traditionnelle, la personnalité individuelle est souvent façonnée par le collectif. Lorsqu'un villageois tombe malade, ce n'est pas seulement sa propre affaire, mais c'est aussi celle de toute la famille[1] ; le processus

[1] De nombreuses sociétés traditionnelles considèrent la famille comme une unité de soins naturelle, de sorte que le phénomène de désolidarisation familiale est tenu comme une variation anormale du courant dominant, dont la rareté la place souvent dans une position secondaire de la recherche. Ces dernières années,

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 traitement individuel de la maladie s'accompagne généralement de l'intervention et de la participation de toute la parenté. La bataille collective de la famille contre l'envahisseur qu'est la maladie expose souvent la distribution profonde du pouvoir familial, les différences entre les sexes, les attitudes de la communauté envers les choses anormales représentées par la maladie, et la structure socio-culturelle que la communauté doit maintenir.

Prenons un exemple : dans l'archipel des Comores, il est d'usage de dire qu'une femme qui accouche crie, ou pas, selon la présence ou l'absence de sa belle-mère. Si la belle-mère est présente, il est interdit de montrer quelque douleur que ce soit sous peine d'être considérée, par la suite comme quelqu'un de faible. L'intériorisation de la douleur permet de se concentrer pour rester en contact avec Allah qui donne la naissance au nouveau-né, tandis que l'expression de la douleur est considérée comme honteuse et immorale. Les femmes font de leur mieux pour maîtriser la douleur devant leur belle-mère qui représente l'autorité de la famille, ceci afin de gagner leur respect et d'obtenir un capital social pour leur future vie de famille. Tout cela repose sur l'ordre culturel local et n'a pas grand-chose à voir avec le système médical social.

Il existe une situation similaire au Mali (Lianne 2013). En tant que sage-femme et anthropologue, Holden Lianne a mené des travaux de terrain sur plusieurs périodes de plus de trois ans dans le nord-ouest du Mali et y a effectué ses recherches doctorales. Elle a observé que les femmes extrêmement pauvres de la région n'étaient pas disposées à demander de l'aide aux soignants locaux, même si les maladies qui les affectaient étaient mortelles. Lianne a souligné que ce genre de honte dont font preuve les femmes lorsqu'elles consultent un soignant est en fait un moyen de gérer leur statut et leur réputation dans une société dominée par les hommes.

Tournons-nous à présent vers le soignant. Dans la relation soignant-soigné des régions traditionnelles, le plus important pour le soignant est d'être socialement et culturellement *local*. En plus de participer aux interactions sociales au sein de la communauté, il est nécessaire pour lui de légitimer son statut de soignant pour être distingué des autres résidents ordinaires du village. La légitimation ici se situe plutôt dans le sens de l'étiquette locale (comme le devin-guérisseur), mais parfois elle est également liée aux lois nationales modernes (comme le sage-femme officiellement formée). Pour le soignant non biomédical, sa « certification » est souvent délivrée par des entités non humaines.

En Sibérie, un chaman doit former une alliance de mariage avec l'esprit d'un chasseur pour obtenir l'approbation du public. Dans une cérémonie collective, le chaman devient le mari et l'esprit du chasseur l'épouse. Ce dernier fournira de la nourriture au premier et aux habitants de la communauté à laquelle le chaman appartient, et réduira ou reportera les décès humains (Hamayon 2015 :105). Le premier et les habitants de la communauté sont aussi tenus d'observer le principe établi de l'échange, à savoir la protection de l'environnement et des forêts du second. De même, à Madagascar, la plupart des guérisseurs traditionnels doivent être approuvés par les ancêtres ou les esprits.

---

en Chine, de nombreuses études d'anthropologie médicale ont mis cette variation au premier plan (Jing 2021).

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

3 A Madagascar

Le soignant traditionnel est généralement né et enraciné dans la région dans laquelle il vit et pratique et il adhère naturellement à la vision régionale de la maladie. Tout ce qu'il a à faire est d'étendre ses relations locales et de développer la relation qui s'établit avec des clients réguliers. Lorsque cela est nécessaire, il s'allie également à l'autorité morale pour accroître sa légitimité culturelle. L'autorité morale peut être constituée de doyens de la communauté ou d'autres êtres spirituels considérés comme se situant au-dessus du monde humain.

Dans le premier cas, les anciens et le soignant traditionnel peuvent parvenir à une situation gagnant-gagnant. Les premiers peuvent consolider leur statut politique au sein de la communauté en contrôlant les ressources médicales (y compris parfois les ressources religieuses), tandis que le second acquiert naturellement un statut juridique et un large éventail de clients. Dans la partie extrême-sud du pays Betsileo (Evers, 2002 : 184-85) de Madagascar, les habitants considèrent certaines maladies comme surnaturelles et les attribuent à l'énergie maléfique (*hery*) dans les charmes traditionnels (*fanafody gasy*). Le soigné souffrant de cette maladie surnaturelle ne peut que demander l'aide du devin-guérisseur local (*ombiasy*), car lui seul peut fabriquer des médicaments contenant de l'énergie de bénédiction (*hasina*) pour neutraliser l'énergie maléfique (*hery*). Une chose curieuse est que seul le devin-guérisseur peut confectionner les charmes traditionnels, ce qui signifie que les familles au sein desquelles il y a des devin-guérisseurs peuvent contrôler le pouvoir de la sorcellerie et établir une autorité tant religieuse que politique en contrôlant et en définissant les maladies au sein de la communauté. En fait, c'est aussi la situation réelle de cette région, c'est-à-dire que le devin-guérisseur est souvent sous la supervision des doyens. Le premier alloue même une partie de ses revenus aux seconds.

Une autre chose à mentionner est que cette région est extrêmement pauvre. La plupart des résidents ordinaires, en particulier les descendants d'esclaves libérés, ne peuvent pas se permettre les coûts de traitements relativement élevés décidés par les anciens, de sorte qu'ils ne peuvent que continuer à être inféodés à la classe supérieure en tant que débiteurs. Bien que nous ayons dit précédemment que l'existence du soignant est déterminée par les résidents, si les villageois (surtout les descendants d'esclaves sans terre) eux-mêmes ne peuvent ni influencer ni participer aux affaires politiques du village en créant l'opinion publique, ils ne peuvent qu'être en position passive dans la relation soignant-soigné déterminée par leurs maîtres. Le soignant et le soigné, eux, ne peuvent jouer que le rôle qui leur est confié par l'ordre social.

Bien sûr, cela n'est qu'un cas de figure parmi d'autres à Madagascar. Dans la plupart des zones rurales, l'extrême inégalité dans la répartition des ressources foncières n'est pas aussi criante que dans la contrée que nous venons de décrire, de sorte que la relation de dépendance au sein de la communauté n'est pas évidente et que tous les villageois malgaches peuvent partager les ressources médicales. Dans cette situation, si le soignant traditionnel veut se distinguer des autres villageois et établir la légitimité culturelle de son statut de soignant, il ne lui suffit pas de s'appuyer sur l'autorité des anciens de la communauté qui partagent le même monde humain avec les villageois ordinaires ; il s'aligne également avec les créatures spirituelles qui surplombent 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

monde humain, tels que les ancêtres, ou les esprits censés posséder des connaissances galéniques et médicales (Burguet, 2012, 2014a).

Avec la diffusion de la biomédecine à l'échelle mondiale, son influence (ainsi que celle des soignants formés à cette médecine) est de plus en plus forte dans les régions traditionnelles. Bien que dans certains pays comme la Chine (Li, 2016), la médecine traditionnelle fusionne progressivement avec la biomédecine moderne, dans la plupart des régions d'Afrique, les deux types de médecine sont encore très distinctes. En pays Merina, la région malgache la plus influencée par l'Occident, les maladies sont même dédoublées en *aretina vazaha* (maladie des Occidentaux) et *aretina gasy* (maladie des Malgaches), qui correspondent respectivement à des maladies naturelles guérissables par la biomédecine et à des maladies surnaturelles qui ne peuvent être soignées que par la médecine traditionnelle de la Grande Île. En termes de traitement, pour le moment, les deux médecines n'ont pas non plus tendance à s'amalgamer : lorsque les Malgaches consultent un soignant traditionnel, ils supposent qu'il n'utilisera que des herbes médicinales traditionnelles ou fabriquera des amulettes (Didier, 2019 : 27) ; en outre, l'injection intraveineuse, une méthode typique de la biomédecine, est considérée comme extrêmement dangereuse pour les personnes souffrant de maladies surnaturelles (Didier, 2019 : 21).

Afin de simplifier notre analyse, nous n'examinons ici que les situations dans lesquelles des médecins ayant une formation biomédicale sont impliqués. Leur arrivée brutale dans les zones traditionnelles est souvent provoquée par la promotion des politiques de santé du gouvernement central. La légitimité de ces médecins a souvent été approuvée par l'État (également en termes de légalité), mais cela ne signifie pas pour autant qu'ils peuvent établir une bonne relation soignant-soigné avec les résidents des villages dans lesquels ils exercent. Bien que les médecins puissent obtenir un certain nombre de clients grâce au soutien du gouvernement central et à la coopération des anciens des villages, pour ensuite renforcer le caractère local des relations interpersonnelles, leur vision de la maladie est complètement différente des représentations locales et traditionnelles du mal. Ceci génère souvent, entre les médecins formés à la biomédecine et les soignants locaux, un désaccord sérieux sur le concept de maladie ainsi que divers problèmes de communication.

Dans la médecine traditionnelle de Mayotte (Humblot, 2024), les habitants diagnostiquent les maladies en fonction des symptômes qui sont, à eux seuls, significatifs de la représentation des maladies. Tandis qu'en biomédecine, la maladie n'est pas seulement un symptôme, mais constitue un indicateur unique de l'existence ou de l'absence d'une pathologie particulière. Lors de leurs diagnostics, les médecins doivent ausculter le corps des patients et faire appel à leurs connaissances cliniques et anatomiques professionnelles pour le confirmer. Cependant, les populations locales qui n'ont pas de connaissances biomédicales ont du mal à comprendre ce que font les médecins. Cela crée méfiance et même hostilité envers eux. Ce type de relation médecin-soigné est extrêmement compliqué, car il plonge subitement la localité dans la mondialisation, bien qu'elle n'y soit pas préparée.

Pour les médecins, il est facile d'interpréter la non-coopération des soignés comme une incompatibilité de la biomédecine avec une culture locale où existent la sorcellerie ou la

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

stigmatisation des malades. Bien qu'en certains lieux (à Haïti par exemple – Drobac *et al.*, 2013 : 151-56) la vision locale de la maladie puisse, dans des cas extrêmes, parfois conduire à l'échec du traitement biomédical, nous constatons que cette relation causale est discutable à Madagascar.

4 Coopération ?

En Haïti, le personnel médical a initialement supposé que la croyance en la sorcellerie entraînerait une faible coopération des habitants. Il a donc passé un certain temps à enquêter sur ce problème pour chaque soigné. Bien que peu de gens considèrent que la sorcellerie soit la cause de leur tuberculose, il n'y a pas de relation évidente entre le fait d'insister ouvertement sur cette croyance en la sorcellerie et l'adhésion des soignés aux thérapies biomédicales. En outre, le personnel médical a utilisé l'aide internationale pour mettre en œuvre une série de subventions financières, telles que l'octroi de subventions au transport des soignés, la gratuité des soins, la fourniture de suppléments nutritionnels aux familles et même l'aide aux patients afin de résoudre les problèmes de scolarité de leurs enfants. Après l'amélioration des barrières structurelles aux soins, la plupart des habitants des villages enquêtés ont été prêts à accepter un traitement antituberculeux d'une année complète. Ce cas montre que lorsque de nombreuses personnes expliquent pourquoi l'état de santé publique dans de nombreuses régions économiquement sous-développées est médiocre, elles l'attribuent souvent à des facteurs culturels forts, tout en ignorant l'inégalité profonde causée par la violence des structures sociales (Galtung, 1969). La culture peut expliquer la maladie, mais elle n'en est pas la cause première. Les véritables causes profondes en sont aussi souvent la pauvreté et les inégalités structurelles.

Les traditions et la culture ne sont pas statiques. Lorsque les gens voient la possibilité de prévenir et de traiter la maladie, la stigmatisation associée à la maladie sera moins importante. En d'autres termes, la stigmatisation est une réaction d'autoprotection au stress de la culture face à des phénomènes sociaux incorrigibles à certains moments. Un autre exemple, celui du SIDA en Haïti (Drobac *et al.*, 2013 : 156), nous confirme une fois de plus que même si les facteurs culturels peuvent devenir un obstacle à la santé, ils ne sont pas insurmontables.

Quoique la culture ne soit pas la cause première des maladies, nous avons toujours souligné que la culture peut également être un obstacle à la relation soignant-soigné. Dans les régions où la médecine traditionnelle existe, le comportement de recherche médicale des personnes se produit dans un environnement médical diversifié, et leur compréhension et interprétation des maladies et de la santé reposent souvent sur des mots, des idées, des vues corporelles, la cosmologie, la classification des maladies et l'étiologie qui se trouvent dans le système de connaissances de la médecine traditionnelle. Revenons à l'exemple comorien : les habitants ont une interprétation des maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle et le diabète différente de celle qui est présente dans la biomédecine. Ce n'est que lorsque les symptômes sont présents qu'ils reconnaissent l'existence de la maladie. Ce phénomène peut présenter à la fois des avantages et des inconvénients. L'inconvénient est qu'il rendra les soignés peu disposés à accepter un traitement stable à long terme ; mais l'avantage est que,

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

puisque la maladie chronique est un phénomène qui ne peut être couvert par une vision traditionnelle, il y a une opportunité pour, s'appuyant, sur la culture, introduire la biomédecine.

La classification des maladies par les Merina à Madagascar nous a appris que le développement de la médecine moderne ne conduit pas nécessairement à l'affaiblissement de la médecine traditionnelle. Une personne peut avoir deux points de vue à la fois sur les maladies, mais cela prend un certain temps pour que ces deux visions de la médecine entrent en contact et forment une nouvelle représentation des maladies.

Nous soulignons toujours que cette relation soignant-soigné est susceptible d'être le lieu à la fois de l'inconciliabilité des deux systèmes pathologiques et de l'antagonisme des deux cultures. Pour cette raison, il est important que les médecins comprennent la culture des personnes soignées, mais aussi que le secteur public ou les institutions vulgarisent les connaissances de base en santé. Mais avant tout, il convient aussi de reconnaître le réel écart présent entre le vœu pieu d'égalité médicale et l'inégalité structurelle de la société. Et avant de pouvoir discuter de la méfiance et même de l'hostilité des gens à l'égard de la biomédecine, nous devons d'abord laisser au soigné le temps et la capacité de venir à la clinique et d'entrer en contact avec le médecin avec qui il peut établir une relation médecin-patient.

En fait, les variations présentes dans les relations soignant-soigné dans le champ de la médecine traditionnelle dépendent aussi du type de soignant. Pour le soignant traditionnel, lui et les habitants des villes ou des villages partagent la même langue et le même environnement communautaire, ce qui fait de la relation soignant-soigné une extension de la relation communautaire. Les deux parties doivent respecter l'ordre culturel et social au sein de la communauté. Pour le médecin biomédical, il est le représentant local de la politique de santé publique, communiquant avec le public et les autorités, la tradition et la modernité, la localité et la mondialisation, ce qui fait que l'établissement et l'harmonie de la relation soignant-soigné dépendent du fait que les deux parties et les forces culturelles et politiques qui les soutiennent peuvent parvenir à un compromis. Ici, le compromis n'est pas seulement géographique et économique, caractères offrant aux deux parties la possibilité de se rencontrer, mais aussi culturel, caractère assurant la fréquence et la qualité de la communication entre les deux parties.

Dans toutes les sociétés, le soignant est le candidat idéal pour combler le fossé entre le monde médical et les besoins personnels des soignés ainsi que leur expérience. Ces besoins ne sont pas seulement sociaux, mais aussi culturels. Dans la société moderne, le monde médical a tendance à devenir indépendant de la société et froid, au sens où il ignore l'expérience personnelle et les besoins réels du soigné, et reflète la technicisation à outrance du soignant. Dans les régions traditionnelles, le monde médical régional est intégré dans une séquence culturelle plus large. Bien qu'il reflète l'expérience et les besoins personnels du soignant, il lui fait aussi perdre une autorité professionnelle naturelle. Afin de conserver sa clientèle, le soignant doit alors se rapprocher du soigné, ce qui lui demande de minimiser l'utilisation d'un langage médical professionnel dans le processus de traitement centré sur le soigné. Il a donc tendance à faire écho aux demandes d'automédication du soigné, à satisfaire le soigné pour la prescription de

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

certains médicaments (notamment antibiotiques), finalement à engendrer la pharmaceuticalisation (Petryna, Lakoff, et Kleinman, 2006).

5 L'introduction d'un tiers avec autorité absolue chez les guérisseurs malgaches

La relation soignant-soigné traditionnelle, si elle est centrée sur le soigné, oblige le soignant à rechercher d'autres moyens de renforcer son autorité. Cependant, à Madagascar, les vivants ne possèdent pas une autorité absolue. Même le roi d'antan qui semblait être aimé de ses sujets était susceptible d'être destitué par son peuple. Dans le Sud-Est malgache où les guerres étaient fréquentes du XVI^{e} au XVIII^{e} siècle, le pouvoir royal était étroitement lié au pouvoir militaire ; après le XVIII^{e} siècle, l'autorité du roi vient du fait qu'il était porteur du *hasina*, pouvoir de bénédiction divine (Tsaboto, 2021 : 160-63). Le caractère sacré est dû à l'isolement et à la pureté, ce qui signifie que le roi doit toujours répondre aux exigences du pouvoir sacré, c'est-à-dire se distinguer des gens ordinaires et se construire une image propre et sacrée. Les pieds du roi ne peuvent pas toucher le sol souillé ; il ne peut pas non plus exprimer ses émotions en pleurant, se plaindre ou s'affoler comme les gens ordinaires. En plus de construire le caractère sacré de la royauté, le roi doit également le montrer dans diverses occasions et cérémonies. La manifestation peut être réalisée en ajoutant des éléments sacrés à l'événement, tels que le chiffre 7 (Bloch, 1971 :183), la couleur rouge (Beaujard, 1988), ainsi que la fameuse direction malgache nord-est représentant les ancêtres. Ceux-ci ont donné naissance à leurs descendants et sont donc considérés comme ayant le pouvoir créatif sacré et une autorité absolue.

La nature de cette sacralité est religieuse, mais, dans une certaine mesure, sa manifestation est matérialiste. L'affichage du caractère sacré du roi s'accompagne souvent de l'expropriation et de la concentration des richesses, qui, à leur tour, deviennent la preuve du caractère sacré du roi. Par conséquent, le roi est considéré comme ayant le pouvoir de créer et de produire des richesses, et le peuple peut obtenir la bénédiction de ce pouvoir en fournissant un don au roi. Le caractère sacré et l'autorité du roi sont construits par son peuple. Cela nous rappelle la manière dont les adeptes du bouddhisme tibétain considèrent les produits de luxe qu'ils donnent aux moines. Cette fortune est interprétée par les donateurs comme une preuve physique du pouvoir cosmique et de l'efficacité des moines (Osburg, 2020 : 82). Au final, nous obtenons le sens culturel donné au pouvoir sacré appelé *hasina* par le peuple malgache : il s'agit d'une capacité qui peut affecter le monde réel, ouvrant le lien immatériel entre l'esprit et la matière (Délivré, 1974 : 144-45), ce qui signifie qu'elle peut créer à partir du néant. Elle est donc particulièrement liée à la production agricole et à la fertilité humaine (Bloch, 1983 : 280).

Comme le roi, pour gagner en autorité, les devins-guérisseurs malgaches doivent également être approuvés par le pouvoir de bénédiction en construisant, puis en affichant un caractère sacré. La première étape est principalement terminée lorsqu'il y a eu création d'alliances avec des entités surnaturelles, en particulier des ancêtres. Dans les régions Betsileo (Legrip-Randriambelo, 2015 : 128), les devins-guérisseurs sentent la présence des esprits depuis leur enfance et font les rêves dans lesquels leurs ancêtres

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

leur accordent un leg de connaissances des plantes ; il en est de même en pays Merina (Burguet, 2014a) ainsi que chez les Sakalava (Decary, 1970 : 5).

L'initiation à la science de la géomancie nécessite des rites spéciaux durant lesquels l'apprenti-devin conclut une alliance avec l'esprit des graines dévolues à la pratique de la géomancie. De plus, les guérisseurs sont également obligés de suivre les principes de pureté prescrits par leurs alliés d'esprits, comme ne pas manger de porc ou de poulet selon la nature des esprits intéressés, et se baigner régulièrement dans un bain d'eau spécifique. Lors du rite de traitement, lorsqu'ils boivent du rhum, l'ivresse est contrôlée et palliée afin de les distinguer des autres habitants du village qui ont tendance à s'adonner à l'alcool (Burguet, 2017).

L'affichage du caractère sacré est directement lié au soigné. Que le soignant soit efficace ou non, ce caractère sacré détermine si le soigné choisira le thérapeute et lui fera confiance. L'affichage peut être passif ou actif. La forme passive réside dans la réputation du guérisseur, celle active consistant à montrer des éléments afférents au sacré en cours de guérison, comme le chiffre 7, la direction nord-est dont nous avons parlé plus haut, une incantation qui invoque les ancêtres et non de mauvais esprits ensorceleurs, un miroir hérité des ancêtres (Legrip-Randriambelo, 2014 : 73), le kaolin symbolisant la pureté, le rhum que les ancêtres aimaient boire, ou une pièce d'argent de l'époque ancestrale (Lambek, 2001). Ces manifestations actives sont fixées et programmées pour former ce que nous appelons des rituels. Le but du rite est de faire plaisir aux ancêtres en reproduisant leur vie et volonté. De cette façon, le guérisseur acquiert temporairement le pouvoir sacré de ses ancêtres. Quant au soigné, il offre des cadeaux aux ancêtres par l'intermédiaire du guérisseur, afin d'obtenir les bénédictions ancestrales, de demander la guérison de la maladie. Chaque répétition du rituel réaffirme et renouvelle l'autorité des ancêtres, et souligne également que le guérisseur n'est que le messager et le serviteur de ceux-ci. De même, l'autorité du roi n'est pas omnipotente, et elle doit être constamment mise à jour et reconnue par le peuple à travers des rituels. Dans l'extrême nord malgache, le mât du royaume d'Antankarana symbolise non seulement le territoire du roi et le pouvoir royal, mais aussi l'autorité du roi lui-même. Les habitants utilisent délibérément du bois plus tendre pour fabriquer le mât afin d'organiser des cérémonies de remplacement plus fréquemment. Chaque changement du mât rappelle au roi qu'il n'est pas omnipotent et que son propre statut est attribué à la volonté des ancêtres et du peuple (Lambek et Walsh, 1997 : 323).

Dans la zone Sud-Ouest de l'Océan indien, la frontière entre les domaines religieux et thérapeutique est difficile à déceler (Pourchez, 2005). La religion permet au guérisseur d'acquérir les connaissances, les outils, les qualifications et la confiance que le soigné lui confie. Des incantations, des outils sacrés et une ivresse maîtrisée du guérisseur font ressentir au soigné la suprématie des ancêtres. Par ces rites, le guérisseur certifie son statut auprès du soigné. Cette scène de traitement traditionnel est, par défaut, la présence simultanée de la religion et du traitement, et du guérisseur et du soigné. Pourtant, ces deux combinaisons sont menacées et amputées par la modernité, d'où la labilité de l'autorité du guérisseur et de la confiance qu'il reçoit du soigné. Lors des consultations téléphoniques, l'efficacité symbolique du devin-guérisseur doit être

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

encore plus forte et plus puissante pour réduire la distance géographique entre lui et le malade, mais aussi pour donner au soigné la conviction qu'il n'est pas en présence d'un sorcier (Legrip-Randriambelo, 2020). En plus de l'affaiblissement de la relation soignant-soigné dû aux nouvelles technologies de communication, la fabrication des médicaments galéniques est également altérée par la rupture entre la religion et le traitement. Les plantes ne peuvent en effet obtenir leur efficacité que grâce à une série de rituels qui leur octroient la bénédiction des ancêtres (Ramamonjisoa, 2009). Dans cette optique, le procédé de préemballage utilisé par le guérisseur du cabinet moderne dénature les plantes sèches (Pierlovisi et Pourchez, 2014 : 24).

6 L'autorité chez les sorciers chinois

Les sorciers chinois[2], comme les guérisseurs malgaches, ont besoin de se placer sous l'égide des autorités religieuses pour construire leur caractère sacré. En Chine, il existe deux façons de devenir sorcier : l'apprentissage ou l'hérédité. Ces deux méthodes mettent l'accent sur la limitation de la diffusion de la connaissance ésotérique de la sorcellerie vis-à-vis du reste de la société. Cette limitation permet au sorcier d'acquérir une part de sacré. De plus, de nombreux sorciers chinois affirment avoir subi divers affres issus du Ciel, telles que des maladies graves et la cécité (Li, 2007 :15) avant de devenir sorcier. Ils utilisent certaines méthodes imaginatives et stratégies narratives pour obtenir le pouvoir de posséder, d'utiliser et d'interpréter les ressources médiumniques dans la construction d'expériences de vie différentes de celles des gens ordinaires. Ainsi, ils sont liés au pouvoir sacré avec les caractéristiques du mysticisme, éliminant la possibilité d'intervention d'autrui, et formant finalement la base imaginée par les gens pour obtenir l'identité déifiée. Le récit sacré formé par ce genre d'expérience ardue fournit un certificat d'identité sacré pour que les sorciers acquièrent la capacité de communiquer avec les dieux.

En conséquence, ils peuvent devenir des sorciers à plein temps de la société civile, servir les croyants avec leurs pouvoirs psychiques et former un culte privé dans le cercle des croyants, ainsi qu'une confiance sociale correspondante. Même ainsi, la croyance en la sorcellerie n'est pas une « religion » systématique, ce qui fait que les sorciers chinois n'ont pas l'autorité naturelle comme leurs homologues malgaches qui sont naturellement approuvés par les croyances ancestrales collectives. L'autorité du sorcier chinois doit être construite et renforcée dans l'interaction avec le peuple, autrement-dit « ce sorcier doit être efficace » selon les mots des Chinois. À cet égard, l'acquisition de la capacité et de l'identité sacrées du sorcier provient de la capacité magique que lui confère son récit sacré et de la forme d'interaction et même de collusion entre le sorcier et le croyant. Le pouvoir sacré acquis par les sorciers est le résultat de la foi sorcière et du culte privé des adeptes sorciers.

Steven Sangren (2000) nous offre de nouvelles perspectives sur « l'efficacité » (*líng*) de la sorcellerie et des relations interpersonnelles entre sorciers et croyants (soignés).

[2]Bien que le terme « sorcier » soit souvent péjoratif dans le contexte de l'anthropologie, dans les universités chinoises, ce terme est neutre et est utilisé pour désigner tous les soignants qui utilisent le symbolisme « superstitieux » lors du processus de guérison. De plus, les « tradithérapeutes » et les « guérisseurs » se réfèrent généralement aux soignants de médecine chinoise traditionnelle qui utilisent la phytothérapie et les massages ; les « médecins » aux soignants de médecine chinoise moderne et de médecine occidentale.

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

En tant qu'effet de sorcellerie (*líng*) ajouté à diverses entités surnaturelles (dieux, fantômes, ancêtres, etc.), *líng* doit être basé sur certains miracles et histoires des sorciers, et doit posséder une imagination mystique privée des soignés afin de fournir une base pour son jeu. L'efficacité d'un dieu dans le cœur des gens dépend de sa capacité à répondre aux souhaits des gens. Sangren croit que dans tout rituel ou image spécifique de dieux qui relie le chaos et l'ordre, le yin et le yang, le corps en tant que médium sera toujours censé avoir socialement de l'efficacité (*ling*), mais il a aussi les caractéristiques de la mystification privée. Dans les mots de Ji (2008), le charisme, dû au fait que le sorcier a de l'efficacité, peut être considéré comme une structure de relation de don. Ce charisme est le don de Dieu, ou bien de la société. En raison d'une série de mécanismes socio-psychologiques, l'interaction de don entre les dirigeants (sorciers) et les adeptes, les individus et les groupes produit un effet mystère et sacré sur des personnages et des événements spécifiques.

Derrière la capacité sacrée des sorciers, la principale considération des croyants est de savoir si cette capacité leur permettra de réaliser leurs souhaits. Cela détermine si les sorciers ont le prestige de l'efficacité. Celle-ci est souvent exprimée à travers les comportements votifs des croyants. Lorsque les gens prient, ils utilisent des cadeaux montrant temporairement leur déférence pour invoquer des dieux sur des sorciers ; lorsque les souhaits des gens sont exaucés, ils ont l'obligation de leur donner l'offrande votive en reconnaissant définitivement l'efficacité du sorcier et du dieu. La succession de cadeaux (le premier cadeau offert par les gens, la réalisation d'un souhait, le don votif) est constamment tournée vers le futur. De fait, le don votif renforcera davantage le pouvoir du sorcier et des dieux au-dessus de lui, leur permettant de donner davantage de cadeaux au peuple. Différent de l'échange utilitaire qui présente une relation réversible et qui se termine définitivement à la réalisation de la transaction, l'échange de cadeaux présente une relation irréversible. Une fois initié, il impliquera le donateur et le destinataire dans une chaîne continue d'échanges. Les deux parties doivent apporter des réponses appropriées l'une après l'autre en fonction de la situation interactive. Il est donc difficile de terminer ce processus d'échange de cadeaux (Ji, 2009). Dans l'alliance et la collaboration, les hommes et les dieux développent une relation de don qui part du présent et pointe toujours vers l'avenir. De cette manière, l'avenir n'est plus illusoire, car il a fusionné avec l'équilibre actuel dont les gens dépendent pour vivre.

7 Conclusion : l'autorité absolue du tiers et l'équilibre de la relation soignant-soigné

Lorsque le soignant et le soigné sont placés conjointement sous l'autorité religieuse, ils doivent faire preuve de respect pour cette dernière. Le soignant s'y applique en mettant cette autorité au premier plan pendant le rite, et le soigné en lui offrant le don (votif). Seuls les ancêtres et les dieux conservent le droit final d'expliquer la maladie. Ils fournissent au soignant des connaissances médicales, des outils de diagnostic, des récits sacrés, et indiquent par son truchement l'origine de la maladie. Le succès du traitement est attribué à leur grâce, l'échec au non-respect par le soigné des tabous prescrits par eux. Dans le cas le plus extrême, le soignant juge que la maladie est

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

envoyée par les ancêtres ou les dieux et est incurable du fait que le soigné a commis un crime grave en violant l'ordre culturel qu'ils ont établi.

La maladie et son évolution sont absolues dans l'interprétation de la religion. Lorsque la relativité qui conduit à des opinions différentes n'existe pas, le soigné n'a pas le droit d'influencer ou de contester le diagnostic du soignant par sa propre compréhension de la maladie et du résultat du traitement. Le soignant possède donc une garantie, et peut dégager sa responsabilité en cas d'échec du traitement. L'intervention d'un tiers disposant d'une autorité absolue permet finalement l'équilibre de la relation soignant-soigné centrée sur ce dernier.

Lorsque l'autorité d'un tiers n'existe pas, l'équilibre de la relation soignant-soigné reviendra au soigné, qui peut diviniser ou marginaliser le soignant, celui-ci n'étant plus protégé par les dieux. A ce stade de la thèse en cours et en raison du manque de recherches liées au médecin moderne malgache, nous ne discutons ici que du médecin chinois divinisé par le soigné.

Bien qu'êtres humains aux capacités limitées, les médecins chinois doivent assumer la responsabilité des dieux. Sur le plan de la société, cela est dû au fait que les gens sont « superstitieux » à propos de la médecine moderne, tout en n'étant pas conscients de ses carences et de ses défauts. En termes de culture, les Chinois soulignent habituellement leurs souhaits devant les dieux en reconnaissant leur suprématie et faisant le sacrifice de soi (comme paiement des frais médicaux et même par envoi de cadeaux), pour pouvoir recevoir les contre-dons correspondants (effet thérapeutique significatif). Lorsque le contre-don existe, le médecin est considéré comme un dieu efficace à qui les gens donneront des fanions et du respect ; sinon, il est un menteur, un charlatan et même un démon susceptible de subir le mépris et la violence. Afin de se protéger, les soignants d'antan (sans protection divine) ne choisissaient que les soignés qu'ils pouvaient traiter, ou se concentraient entièrement sur les soignés et leurs familles en écoutant leurs opinions pour se débarrasser autant que possible de leurs responsabilités (Hu, 2005). Les soignés de haute classe (en particulier les membres de la famille royale) voulant assurer la réalisation du contre-don honoraient plusieurs dieux en même temps, c'est-à-dire, sélectionnaient, essayaient, et changeaient parfois de soignants (Yu, 2014). Dans la société moderne, les médecins des hôpitaux chinois n'ont pas le droit de refuser les soignés. De plus, le processus de traitement de la médecine moderne n'est pas centré sur le soigné, ce qui oblige les médecins et les hôpitaux à participer à cet échange de don qui peut rester partiel. L'interruption de l'échange est injuste pour les soignés qui ont déjà payé. Selon Ping et Robert (1993), les actions des gens face à un injustice peuvent prendre les formes suivantes : le maintien de la loyauté, le retrait de la relation, l'expression du désarroi, le dédain et l'opportunisme.

Si l'objet d'échange est les dieux, la plupart des Malgaches et des Chinois choisiront le maintien de la loyauté et rationaliseront l'iniquité en la plus haute volonté des dieux et le manque de piété des croyants (Blake, 2011 :106) ; certaines personnes choisiront de se retirer, c'est-à-dire de croire que le dieu n'est pas efficace. Bien sûr, même les dieux peuvent subir l'expression du désarroi face à un utilitarisme fort[3]. Si l'objet

[3]Par exemple, pendant la prospérité de la loterie Mark Six à Taiwan (Anon s. d.), de nombreuses personnes voulurent utiliser le pouvoir spirituel des dieux pour satisfaire leurs désirs individuels. L'exaucement

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

d'échange est un médecin qui n'est pas un vrai dieu, les gens adopteront l'attitude de l'expression du désarroi ou de l'opportunisme. Lorsque les Chinois sont confrontés au fait que l'échange est complètement interrompu (c'est-à-dire à la mort), ils expriment leur chagrin et leur indignation par la violence, et demandent une compensation élevée à l'hôpital. La nature des problèmes médicaux modernes est exactement la même que lorsque d'anciens guérisseurs impériaux ont été tués en raison d'un échec du traitement. En fin de compte, nous revenons au commentaire de Mauss sur le don. Il est dangereux car il peut faire tomber dans une position sociale défavorisée la partie qui n'arrive pas à rendre le contre-don, et faire perdre tout espoir au donateur.

Bibliographie

Anon. s. d. « There are palaces and temples everywhere, and 13 billion yuan is spent on burning paper every year. What do Taiwanese believe in ? 宫庙遍地，每年花130亿烧纸钱，台湾人究竟信什么？ ». Consulté le 24 mai 2021.

https ://baike.baidu.com/tashuo/browse/content ?id=121b5b2a7521065bb8eeb34d.

Beaujard, P. (1988), « Les couleurs et les quatre éléments dans le Sud-Est de Madagascar : l'héritage indonésien ». Omaly sy anio : revue d'études historiques (27), pp. 31-48.

Blake, C. F. (2011), Burning Money : The Material Spirit of the Chinese Lifeworld. Honolulu : University of Hawai'i Press.

Bloch, M. (1971), Placing the Dead : Tombs, Ancestral Villages, and Kinship Organization in Madagascar. Seminar Press.

Bloch, M. (1983), « La séparation du pouvoir et du rang comme processus d'évolution : Une esquisse du développement des royautés dans le centre de Madagascar », in Les souverains de Madagascar : l'histoire royale et ses resurgences contemporaines. édité par F. Raison-Jourde. Paris : Karthala, pp. 265-297.

Burguet, D. (2012), « Le Jeune Guérisseur Et La Sainte Kalanoro », Journal des anthropologues 128-129, pp. 189-208.

Burguet, D. (2014a), « Au fil du récit d'un devin-guérisseur. Alliances avec les esprits ancestraux et de la nature (Vonizongo, Imerina) », Études océan Indien, pp. 51-52.

Burguet, D. (2014b), « Médecins Blancs et Sorciers en Pays Colonisé : Politiques de santé, modes d'influence et oppositions », Health, Culture and Society 7(1), pp. 38-53.

Burguet, D. (2017), « Les ancêtres aiment boire du rhum ! », Civilisations 66 (1), pp. 123-38.

Chemillier, M., Jacquet, D., Randrianary, V. et Zabalia, M. (2007), « Aspects mathématiques et cognitifs de la divination sikidy à Madagascar », L'Homme, (181), pp. 7-40.

Cockerham, W. C. (2017), Medical Sociology, 14e éd. . New-York : Routledge. Decary, R. (1970), La divination malgache par le sikidy. Vol. IX. Paris : Imprimerie Nationale.

Délivré, A. (1974), L'histoire des rois d'Imerina : interprétation d'une tradition orale. Paris : Klincksieck.

Didier, P. (2019), « Automédication et pluralisme thérapeutique : la construction du choix du remède et du thérapeute dans une localité rurale à Madagascar », Anthropologie et Santé (18), p. 15.

Drobac, P., Basilico, M., Walton, D., et Farmer, P. (2013), « 6. Building an Effective Rural Health Delivery Model in Haiti and Rwanda ». in Reimagining Global Health, édité par P. Farmer, A. Kleinman, J. Kim, et M. Basilico. Berkeley : University of California Press : 133-183.

Evers, S. (2002), Constructing history, culture and inequality : the Betsileo in the extreme southern Highlands of Madagascar. Leiden : Brill.

de leur vœu était supposé les rendre naturellement heureux, et les dieux devaient ainsi être bien respectés. Cependant, en cas d'échec, le joueur était susceptible de mettre les dieux en colère. De nombreuses statues de dieux censées être efficaces ont été volées, mais bientôt détruites, et même démembrées, puis finalement abandonnées en brousse.

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

Fainzang, S. (2012), L'automédication ou les mirages de l'autonomie. Paris : Presses Universitaires de France.

Freidson, E. (1988), Profession of Medicine a Study of the Sociology of Applied Knowledge. Chicago : University of Chicago Press.

Galtung, J. (1969), « Violence, Peace, and Peace Research », Journal of Peace Research 6 (3), pp. 167-191.

Graeber, D. (2007), Lost people : Magic and the legacy of slavery in Madagascar. Indiana : Indiana University Press.

Hamayon, R. (2015), « Le chamanisme : fondements et pratiques d'une forme religieuse d'hier et d'aujourd'hui ». 180.

Hamid S., Mukund Uplekar, M.A., Daru, P., Aung, M., Declercq, E. et Lönnroth, K. (2006), « Turning liabilities into resources : informal village doctors and tuberculosis control in Bangladesh. », Bulletin of the World Health Organization, 84 (6), pp. 479-84.

Haug, M. R., et Lavin., B. (1979), « Public Challenge of Physician Authority. » Medical Care 17(8), pp. 844-58.

Hellín, T. (2002), « The Physician-Patient Relationship : Recent Developments and Changes. », Haemophilia : The Official Journal of the World Federation of Hemophilia 8(3), pp. 450-54.

Hu, N., 胡妮娜 (2005), « The Primary Research of Doctor-Patient Relationship of Ancient Times in China 中国古代关系初探 ». Heilongjiang University of Chinese Medicine 黑龙江中医大学.

Humblot, J.-F. (2024), « Du Togo et de Mayotte à l'étude des itinéraires thérapeutiques de patients atteints de cancers en Franche-Comté », in Faire de l'ethnomédecine au XXIème siècle, enjeux et perspectives, Paris : Éditions des Archives Contemporaines, pp. 217-242.

Ji, Z. (2008), « Expectation, Affection and Responsibility : The Charismatic Journey of a New Buddhist Group in Taiwan ». Nova Religio 12(2), pp. 48-68.

Ji, Z., 汲喆 (2009), « Gift Exchange as an Elementary Form of Religious Life 礼物交换作为宗教生活的基本形式 », Sociological Studies 社会学研究 (3), pp. 1-15.

Jing, J.,景军 (2021), « Involution or devolution ? Anthropological thinking about some medical issues 内卷还是倒卷？有关一些医事问题的人类学思考 ». in Anthropological Frontier Seminar 人类学前沿讲座.

Kerr, E. A., et Siu, A. L. (1993), « Follow-up after Hospital Discharge : Does Insurance Make a Difference ? » Journal of Health Care for the Poor and Underserved 4(2), pp. 133-142.

Lambek, M. (2001), « The Value of Coins in a Sakalava Polity : Money, Death, and Historicity in Mahajanga, Madagascar », Comparative Studies in Society and History, 43 (4), pp. 735–762.

Lambek, M., et Walsh, A. (1997), « The Imagined Community of the Antankaraña : Identity, History, and Ritual in Northern Madagascar », Journal of Religion in Africa, 27 (3), pp. 308-333.

Legrip-Randriambelo, O. (2014), « (Dé)loger le mal Spatialité et pratiques religieuses de guérison en région betsileo (Madagascar) ». Université Lumière Lyon 2.

Legrip-Randriambelo, O. (2015), « La reine et les antennes relais », Parcours anthropologiques, (10), pp.121-141.

Legrip-Randriambelo, O. (2020), « « Allô, devin-guérisseur ! » : Plasticité rituelle et usages du téléphone portable par les devins-guérisseurs à Madagascar », Reseaux, 219 (1), pp. 179-202.

Li, B. (2016), « TCM (Traditional Chinese Medecine)'s Change from Ancient Form to Modern Form ». Journal of Shandong University of Sciences & Technology (Social Science) 18(6).

Li, Y., 李远行(2007), « A Fortune-teller 一个算命先生——人类学视野下的乡村算命文化个案研究 ». Anhui University 安徽大学.

Lianne, H. (2013), « Mothers, medicine and morality in rural Mali : an ethnographic study of therapy management of pregnancy and children's illness episodes », Amsterdam Institute for Social Science Research.

Linda, A. (1982), « Illness Maintenance and the New American Sick Role », in Clinically Applied Anthropology. Culture, Illness, and Healing (Studies in Comparative Cross-Cultural Research), Vol. 5, édité par N. J. Chrisman et T. W. Maretzki. Dordrecht : Springer, pp. 351-367.

Osburg, J. (2020), « Consuming belief : Luxury, authenticity, and Chinese patronage of Tibetan Buddhism in contemporary China », HAU : Journal of Ethnographic Theory, 10 (1), pp. 69-84.

Parsons, T. (1978), Action Theory and the Human Condition. New York : Free Press.

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

Petryna, A., Lakoff, A., et Kleinman, A. (eds.) (2006), Global Pharmaceuticals : Ethics, Markets, Practices. Duke University Press.

Pierlovisi, C., et Pourchez, L. (2014), « Traditional Medicine in Madagascar - Current Situation and the Institutional Context of Promotion », Health, Culture and Society, 7 (1), pp. 16-27.

Ping, Jr, et Robert, A. (1993), « The effects of satisfaction and structural constraints on retailer exiting, voice, loyalty, opportunism, and neglect », Journal of retailing, 69 (3), pp. 320-352.

Pourchez, L. (2005), « De quelques métissages autour de la santé. Thérapies et religion à l'Île de La Réunion », in Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire, L. Pordié (ed.). Paris : Karthala, pp. 287-306.

Ramamonjisoa, J. B. I. (2009), « Sans la plante, point de devin-guérisseur ». Études Océan Indien, (42-43), pp. 321-338.

Richard, C., et Lussier, M.T. (2016), La communication professionnelle en santé. 2e éd. Montréal : Pearson.

Roter, D. L., Hall, J. A. et Katz, N. R. (1987), « Relations between Physicians' Behaviors and Analogue Patients' Satisfaction, Recall, and Impressions », Medical Care, 25 (5), pp. 437-451.

Sangren, P. S. (2000), Chinese Sociologics : An Anthropological Account of the Role of Alienation in Social Reproduction, L. Bear (ed.). London : Berg Publishers.

Tsaboto, J. (2021), Mutations et révolutions au XIXe siècle chez les Antemoro de Madagascar. P. Beaujard (ed.). Paris : Hémisphères.

Yu, G.-Z., . (2014), « Research on Doctor-patient Relationship in the Han and Song Dynasty : Response to Roy Porter汉宋之间医患关系衍论——兼论罗伊·波特等人的医患关系价值观 », Journal of Tsinghua University(Philosophy and Social Sciences) 清华大学学报(哲学社会科学版 (1), pp. 100-117.

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