

2.1. Système médical et considérations ontologiques en Occident. Prendre soin de rapports au monde valorisés dans l'épreuve

Nicolas Vonarx

DANS **PRENDRE SOIN SAVOIRS, PRATIQUES, NOUVELLES PERSPECTIVES 2013**, PAGES 81 À 93
ÉDITIONS **HERMANN**

ISBN 9782705687120

DOI 10.3917/herm.chagn.2013.01.0081

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/prendre-soin--9782705687120-page-81?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Hermann.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

2

**Prendre soin : des questions de culture,
de genre et de politique**

Système médical et considérations ontologiques en Occident. Prendre soin de rapports au monde valorisés dans l'épreuve

NICOLAS VONARX

Des ontologiques aux fondements des pratiques médicales

Toutes les sociétés du monde ont élaboré des systèmes médicaux pour répondre à des situations, à des événements, ou à des maladies redoutés pour leurs conséquences et leurs manifestations individuelles et collectives. En ayant étudié ces systèmes pour connaître comment leurs thérapeutes soignaient et guérissaient, Foster et Anderson (1978) ont indiqué à la fin des années 1970, qu'ils étaient des complexes de savoirs, de croyances, de techniques, de rôles, de normes, de valeurs, d'idéologies, d'attitudes, d'habitudes, de rituels, de symboles, d'acteurs et d'autres éléments qui participaient à la gestion des problèmes de santé et de maladie. Et Kleinman (1978) d'ajouter de son côté, que ces systèmes fournissaient une construction culturelle de la maladie, apportaient des éléments pour expliquer et classer les maladies, proposaient des pratiques thérapeutiques, donnaient des indications sur les modalités de recours aux soins, indiquaient des comportements préventifs et géraient la mort.

Compte tenu de ces récurrences, on a encore proposé des modélisations capables de regrouper les systèmes médicaux d'ici et d'ailleurs, de les comparer ou de souligner des divergences et des convergences en ce qui les concerne. Constatant toutefois que la rencontre, la pluralité, l'emprunt et la cohabitation sont souvent la règle au sein de ces systèmes, et qu'ils le seront encore davantage dans un contexte de mondialisation qui favorise la circulation et les échanges des savoirs et des personnes, on porte actuellement un plus grand intérêt à l'endroit des offres de soins, des pratiques ou des thérapies en les détachant de leur contexte. Effectivement, les questions qui balisaient auparavant le champ des ethnomédecines au sein de la discipline anthropologique portaient sur une institution sociale en insistant

sur un enracinement socioculturel des pratiques liées à la santé et la maladie. Aujourd'hui, ces questions sont présentes dans les sciences de la santé à travers l'analyse des médecines et des thérapies alternatives ou complémentaires de soins. Les multiples offres conduisent dorénavant à des propositions de lecture comparative intéressées par une dimension pratique. Le souci étant d'envisager surtout l'intégration de certains praticiens dans l'espace officiel des soins de santé ou l'intégration de certaines pratiques chez les professionnels et dans les milieux cliniques. Dans cette logique, on propose, par exemple, de réunir les diverses pratiques, thérapies et médecines en fonction de leur mode d'action qui peut être par exemple biochimique, biomécanique, énergétique ou psychologique (Jones, 2005). Cet intérêt pour le mode d'action laisse apparaître le souci d'approfondir les effets des pratiques, voire de mesurer les liens entre l'action et la réaction. Mesure qui risque d'être éventuellement récupérée pour qualifier ou disqualifier les pratiques médicales alternatives au sein du système de santé officiel. Tataryn (2002) nous a aussi invités à nous concentrer sur l'action, sans oublier cette fois l'objet vers lequel la pratique est engagée. Un éclatement de la notion de « corps » l'a conduit par exemple à quatre groupes de thérapies et de pratiques. Le premier groupe porte sur un corps humain matériel ; le deuxième porte sur la relation entre le corps physique et l'esprit ; le troisième sur un corps-énergie qui laisse entendre qu'une énergie circule au sein du corps ; et le quatrième sur un corps lié à des forces ou à des entités spirituelles ou religieuses.

Au-delà d'un intérêt pragmatique pour ce changement d'échelle dans l'analyse des pratiques médicales et de cette idée que des pratiques de différents horizons sont conjointes et forment des groupes en fonction de leurs considérations sur le corps, de leur mode d'action et sur quoi elles portent, la proposition de Tataryn (2002) nous conduit à dépasser la pratique qui se laisse voir, pour considérer un contenu de représentations, de savoirs et de croyances, qui nous informe sur la réalité qui préoccupe le praticien et qui oriente en quelque sorte ses gestes et ses paroles. Pour le dire autrement, il nous semble effectivement que les pratiques de soins et les médecines du monde se rejoignent et se distinguent en fonction d'une certaine ontologie qui soutient et guide la pratique médicale et soignante. Et quand nous parlons d'ontologie, nous entendons à l'aide d'autres anthropologues qu'il s'agit d'une façon d'être au monde (Clammer et autres, 2004) qui précise la place que prennent des individus dans leur environnement, dans leur univers, qui fait référence à leurs représentations de la nature, à leurs représentations de ce qui compose le monde, aux idées qu'ils véhiculent et partagent à ce sujet, sur eux-mêmes comme personne, sur leur corps, etc.

En ce qui concerne les systèmes médicaux, il s'agit donc de retenir qu'il y a des ontologies qui aident à interpréter ce qui ne va pas quand on vit une infortune, qui guident le regard du thérapeute, accompagnent des théories explicatives sur la maladie, des théories (spécialisées ou populaires). Ces ontologies indiquent encore comment une personne est supposée mener son existence, comment elle doit s'ins-

crire dans le monde pour y être bien et vivre en santé. On en tiendrait donc compte explicitement ou implicitement pour formuler une thérapie afin d'arriver au mieux-être et parfois à la guérison.

Quelles ontologies pour quelles médecines

Donnons sur cette considération d'ontologie trois exemples qui sauront illustrer notre pensée. **Le premier exemple** concerne des médecines et des thérapies afro-caribéennes qui sont tellement arrimées à des systèmes religieux qu'ils sont pour les uns des systèmes magico-religieux et pour d'autres des systèmes de soins. Comptons parmi eux le candomblé brésilien, la santería cubaine et le vodou haïtien dont les praticiens sont guérisseurs et sollicités pour répondre à des problèmes de santé. Bref, dans ceux-là, il est question de ne pas séparer une personne qui vit un problème de ses contemporains, de ses ancêtres, des défunts ou des morts qui côtoient les vivants, et des entités invisibles qui habitent l'environnement, et qui ont un certain pouvoir et un certain contrôle sur ce qui arrive aux humains. On peut concevoir alors ces multiples liaisons dans l'interprétation des infortunes, comme on les revoit dans les stratégies de soins en plus de s'intéresser aux manifestations qui s'inscrivent sur un corps souffrant (comme des symptômes). La thérapie et le soin portent ainsi sur de multiples dimensions significatives de l'existence qui sont partagées et valorisées dans le contexte socioculturel en question. En conclusion, en plus de proposer, par exemple, des frictions, des compositions médicinales comme des sirops, des décoctions, etc., on s'intéresse dans ces médecines à des ruptures et à des changements dans des rapports aux ancêtres, aux morts, à des entités non humaines ou à des proches. On affirme ainsi l'importance de ces rapports et on propose de s'y engager d'une manière souhaitée et favorable à la santé, en fonction d'opérations précises qui sont familières aux personnes malades et qui vont de soi dans les mondes sociaux en question.

Le deuxième exemple nous est livré par Brelet (2002) dans son répertoire sur les médecines du monde. Il concerne des thérapies et des médecines d'Asie qu'elle dit particulièrement attentives à une énergie universelle, à une physiologie corporelle énergétique, à l'importance d'une circulation et d'un équilibre de cette énergie dans certaines voies du corps. Certaines pratiques vont donc répondre à ces questions d'énergie et à cette conception de la personne. Mais la quête de santé et de guérison évoque encore certains rapports étroits entre l'homme et l'espace au sens large. Rapports étroits qui se présentent parfois entre l'homme et l'environnement naturel; entre un mode de vie et des saisons (inspiration taoïste); entre l'homme et des éléments cosmiques (le feu, l'eau, le bois, la terre, le métal); entre l'homme et le monde animal (dans le *qi gong*); entre l'homme et certains éléments matériels de l'environnement (comme le ciel, la terre, le tonnerre, l'eau, la montagne, le vent, le feu, les lacs (dans le *tao-yin*). Bref, on compose aussi dans la thérapie avec une vision

holiste et ces multiples rapports à l'espace, en inscrivant une personne malade ou en santé dans un monde spécifique. Dans cette même voie, nous pourrions encore aborder certaines médecines amérindiennes ou des pratiques médicales dites chamaniques, où il est question des bienfaits d'une certaine nature, de ses éléments et de ses forces invisibles.

Enfin, le troisième exemple est très bien connu et concerne la médecine occidentale qui domine notre système de soins de santé officiel même si l'ensemble des pratiques trouvées dans ce dernier ne s'y réduisent pas. Dans cette médecine, les idées centrales portent beaucoup sur cette inscription du problème dans un corps limité à son enveloppe charnelle, dans un corps replié sur l'intérieur, coupé de l'environnement. L'inscription du problème/maladie se fait dans un corps sans qu'il soit nécessaire de considérer le sujet qui l'habite. On le sait trop bien, surtout quand on est malade, la pratique biomédicale se concentre sur un ordre biologique et physiologique, et la logique de la réduction est centrale dans les opérations de diagnostic et de thérapeutique. En témoignent d'ailleurs les multiples spécialités de la pratique médicale et la grande popularité des agressions frontales à l'endroit des agents divers, la recherche d'un équilibre quantitatif de substances organiques (des hormones, par exemple), ou la soustraction de certains composants du corps qui remplissent mal leur fonction au sein du système, ou qui ne sont tout simplement plus bons à rien (voir sur ce point les travaux de Laplantine, 1986). Pour conclure, retenons que ce rapport à un corps matériel, isolé, séparé de l'esprit comme de tout environnement, livré sous la forme d'une anatomie, d'une imagerie, d'une morphologie et de fonctions précises, soutient la pratique, la thérapie médicale et un ensemble de soins médicaux.

À considérer uniquement ces trois exemples dans un panorama de pratiques plus étendu, force est de constater comment des ontologies spécifiques sont associées à chacune des propositions thérapeutiques et soignantes. De l'une à l'autre, on passe d'une manière originale et relative, à une autre manière d'imaginer le monde, de présenter et de lier ses éléments. En fin de compte, une réflexion sur les thérapies et les médecines demande de considérer la part de ces représentations qui s'entremêlent à des façons de voir le monde, de le définir, d'y inscrire les personnes et d'y lire les événements qui s'y manifestent. Le faire permet vraisemblablement de mieux enraciner les pratiques dans le milieu qui leur donne sens. Le faire permet aussi de mieux asseoir les recherches de parentés et de différences entre les différentes pratiques médicales.

Proposition sur une logique soignante

Partant de ces considérations d'ontologies qui consistent à relever le type de rapports au monde qui sont privilégiés dans les pratiques médicales et qui garantissent une bonne santé, comment peut-on camper cette réflexion au sein du système de soins de santé occidental. Il est clair que le procès habituel de la méde-

cine scientifique qui y est dominante, les contestations de nombreux malades à son endroit, et le recours important vers des approches alternatives de soins, relèvent, entre autres, du fait que cette médecine formule et privilégie un type de rapport au corps qui ne correspond pas forcément à ces rapports au monde qui fondent l'existence des personnes. Les personnes ont de bonnes raisons de souligner l'approche réductionniste de la médecine occidentale. Cette définition du corps et cet intérêt poussé pour ses dimensions biologiques, pour une matière déliée (d'une subjectivité notamment), finissent par faire voir ce que nous ne sommes pas au quotidien. Ces distances et ces manquements ont de quoi faire bondir. Le constat est clairement admis. On avance souvent qu'on ne s'intéresse pas assez aux personnes, ne prend pas le temps de les connaître et de les écouter, qu'on en parle à travers l'organe malade, le numéro de chambre ou des statistiques. D'ailleurs, ce constat invite à de profondes remises en cause chez les tenants de la médecine occidentale. En témoignent les modifications opérées dans les programmes universitaires de médecine où l'on est de plus en plus en quête d'humanisme et de relationnel dans certains cours de sciences humaines et sociales.

Si l'on s'accorde alors pour dire que les discours et les pratiques des professionnels de la santé, ce qu'ils valorisent et conçoivent, doivent s'arrimer aux représentations et aux valeurs des personnes, une révision du système de soins de santé occidentale peut profiter d'une réflexion sur ces ontologies à l'œuvre qui soutiennent et accompagnent les pratiques médicales. Plus précisément, on peut revenir sur cette idée de rapports au monde qui devraient préoccuper les professionnels de la santé et qui concernent bien entendu les personnes malades. Bref, ne peut-on pas voir apparaître dans ce système, un prendre soin qui mette ces rapports au centre des stratégies réservées aux personnes en besoin et en souffrance ?

Avant d'approfondir ce point, et de chercher éperdument un système de représentations partagé qui servirait de « guide et de repères ontologiques », il est nécessaire de se rappeler qu'il est question en Occident d'individualisation des systèmes de sens, d'une certaine liberté de croyances et de représentations et de possibles bricolages sur ce terrain. Par conséquent, entamer la démarche présentée ici, demande d'être très attentif à des versions ontologiques plutôt singulières et de ne pas supposer d'emblée des ontologies qui seraient communes et homogènes, comme ça peut l'être dans des sociétés moins marquées par la modernité et ce qui l'accompagne. Il faut donc appliquer la lecture à une personne, s'interroger sur des rapports au monde significatifs pour elle dans les moments de mauvaise santé et de souffrance, et définir ensuite les orientations d'une stratégie soignante qui peut correspondre avec ces rapports.

Des rapports au monde significatifs dans l'épreuve

En premier lieu, s'interroger sur les rapports au monde d'une personne consiste à accepter la distinction entre un ordre biologique qui relève de savoirs experts, d'un ordre de significations qui prend des allures plutôt singulières et individuelles (sans ignorer ici les forces collectives et socioculturelles à l'œuvre). Il s'agit d'opérer un retour sur l'expérience vécue et signifiée lors des épisodes de maladie. En faisant ce retour avec des personnes malades, comme l'ont fait d'autres auteurs qui ont livré des récits et des témoignages, qu'ils soient chercheurs ou personnes malades, il est habituel d'entendre ou de lire qu'il s'agit de bouleversements, de changements, de transformations, voire de ruptures occasionnés par un événement. Ces modifications rebondissent sur le terrain de l'existence et nous renvoient notamment dans les discours vers un rapport au corps, un rapport aux temps, un rapport aux autres et un rapport à l'espace.

Rapport au corps et vécu dans les épisodes de maladie

Quand le corps est effectivement rappelé au sujet lors d'une maladie, parce qu'elle y aura fait des dégâts et provoqué des transformations morphologiques, des sensations éprouvantes ou des incapacités, les discours des personnes malades sur leur vécu évoquent un « corps sensible » et un « corps matériel ». Ils rapportent notamment une nouvelle sensorialité quand les sens sont mis à l'épreuve (perte de goût, engourdissement, nausée), quand des mouvements habituels et quotidiens ne vont plus de soi, que le corps occupe différemment l'espace, que le tonus musculaire est atteint, les centres nerveux trop réactifs, les plaisirs sexuels impossibles, la libido absente, les émotions douloureuses débordantes. Les perceptions, ressentis et sentiments que des personnes malades peuvent dorénavant avoir à propos de leur corps matériel rebondissent encore dans les esprits sous forme d'images où le corps apparaît à soi-même différent dans ses formes, ses contours, son contenu et ses surfaces, où le corps déplaît, dégoûte et où il donne l'impression d'être celui d'un autre. Sur un fonds de « corps incapable », ou « qui n'est plus capable de » (faute de motricité, de mobilité ou de fonctionnement organique), la situation donne lieu à une présentation du corps dans sa version esthétique. Dans ce cas, travailler le corps à l'aide d'artifices, pouvoir le faire voir, le faire apprécier ou devoir le dissimuler, sont des préoccupations spécifiques dans ce rapport au corps « nourri » par la maladie ou des infortunes similaires.

Rapport aux autres et vécu dans les épisodes de maladie

Les discours renvoient aussi à un rapport aux autres dont la présence, les regards et les attitudes participent à une connaissance de soi dans l'épisode de la maladie. Dans les nouvelles manières de se montrer et de se présenter dans des interactions sociales, comme dans les représentations des autres à notre endroit, s'élaborent

parfois un nouveau rapport aux autres. C'est tout particulièrement le cas quand les effets de la maladie se traduisent en incapacités et en transformations corporelles, quand des personnes incarnent le rôle de malade, se font reconnaître dans ce rôle, se font assister, requièrent de l'aide faute d'autonomie, se mettent en arrêt maladie, affichent un soi vulnérable et fragile, et attendent de beaucoup qu'ils assument le rôle d'aidants naturels.

La maladie retombe ainsi sur des manières de se lier aux autres en fonction de ces rôles, tout comme elle agit sur les inscriptions des personnes dans le monde social ; impliquant ici des formes d'isolement ou de nouvelles insertions (dans des associations de personnes malades, par exemple), des insertions choisies, réfléchies, favorisées ou exclues en fonction des avantages et des désavantages qu'elles procurent à une personne qui se reconnaît et se définit comme malade.

Rapport au temps et vécu dans les épisodes de maladie

Sur un mode semblable, il est question de se situer dans le temps quand la maladie rompt une trajectoire biographique, prive d'un ronron quotidien, ou exclut celui qui en fait les frais de cadres d'actions collectives. En privant le sujet d'un présent et d'un avenir qui étaient attendus en fonction d'une trame historique et d'un projet de vie, en rendant obscur ce que l'on peut devenir, en faisant voir ce que l'on ne veut surtout pas être, ou effaçant toute projection, la maladie bouscule clairement un temps subjectif et biographique. La trame historique prend des allures différentes de par des pertes et des incertitudes, et en raison d'un nouvel enchaînement d'événements qui énonce des discontinuités dans ce que le sujet était et devient. Bref, le rapport aux temps peut être une dimension significative d'un vécu quand l'ordre des choses s'est modifié, que le rythme quotidien change, que divers temps sociaux ne servent plus comme repères dans la vie quotidienne, que le temps de la maladie (de son évolution notamment) et celui du système de soins de santé guident dorénavant la vie du sujet.

Rapport à l'espace et vécu dans la maladie

Enfin, il est encore un rapport à l'espace qui peut être évoqué dans la mesure où des relations singulières à des espaces se sont tissées dans la vie, qu'elles font de nous ce que nous sommes, qu'un récit biographique comporte toujours des lieux, des effets personnels, des trajets dans un monde physique, et que nos sensations sont aussi informées par des images et des aménagements. En raison notamment des lieux dont on est éloigné momentanément ou pour toujours en raison de problèmes de santé (un club d'amis ou un lieu de travail, par exemple), des mondes physiques dans lesquels la maladie nous plonge (le monde hospitalier tout particulièrement), des aménagements et des décors qu'on nous impose (pensons au mobi-

lier d'une chambre de maison de retraite), des nouvelles odeurs auxquelles il faut s'accoutumer.

Évidemment, les retombées d'une maladie sur ces pans de l'existence dépendent de circonstances, des effets de la maladie, du type de maladie, de son évolution des traitements et de ce qu'une personne considérera comme significatif en fonction de ces conditions d'existence et de plusieurs autres facteurs. De la même manière, il ne s'agit pas non plus de réserver cette lecture du vécu à des personnes touchées par une affection organique. Ces aspects et les souffrances qu'ils induisent se trouvent dans des mesures différentes chez des personnes et des groupes qui font les frais d'infortunes et de changements majeurs. Pensons notamment à des personnes qui vivent un handicap, un deuil, à ces personnes en situation d'exclusion et en grande situation de pauvreté, à ce grand nombre de personnes âgées institutionnalisées.

Des gestes en correspondance avec des rapports au monde

Que dire maintenant des gestes à accomplir ou de la logique soignante à envisager une fois que ces rapports au monde auront émergé dans une rencontre avec une personne dont on se soucie et qu'on aura écoutée, le moment d'un récit par exemple? Selon nous, il s'agit de se demander comment nous pouvons agir de concert avec une personne ou un groupe de personnes dans ce passage qu'elles vivent vers du nouveau, à propos d'un nouveau Soi qui doit habiter le monde. C'est à travers des petits exemples, sans considérer un problème particulier et sans forcément réserver le soin à l'un ou à l'autre des professionnels qui gravitent autour des personnes en souffrance, qu'on peut constater des arrimages entre des gestes/paroles et des rapports au monde ébranlés dans un épisode de vie.

Au risque d'aller trop vite, précisons par exemple que :

- des regards soutenus des uns et des autres, animés par une bonne attention, et qui renvoient une image positive de la personne ;
- des pratiques de massage qui invitent à une appropriation ou à une réappropriation sensitive du corps ;
- aider à bien se vêtir, à se maquiller, à se coiffer ;
- toucher sans réticence et sans infraction, sans le faire uniquement quand il s'agit de prendre une tension artérielle, d'injecter un produit ou d'insérer un objet dans une cavité du corps ;
- permettre à une personne chrétienne et pratiquante de discuter de la nature humaine et du salut à l'aide de la Bible avec un aumônier ;
- rétablir la mobilité du corps en réduisant une fracture ;
- faire bénéficier de rééducation fonctionnelle ;
- recourir à des pratiques alternatives de soins où il est question de posture du corps et de nouvelles représentations du corps comme le yoga ;

- susciter une réflexion critique sur les attentes sociales au regard des critères de beauté et de performance du corps ;

pourraient très bien être utiles dans le soin d'un rapport au corps affecté par le vieillissement, un accident, un traitement chirurgical ou les effets d'une maladie.

De la même manière,

- permettre à une personne de se faire visiter dans l'enceinte d'un établissement en dehors des heures de visite, sans réduire forcément le nombre de visiteurs, ou la durée des visites ;
- avoir accès à des moyens de communication pour échanger avec d'autres ;
- pouvoir prendre congé quelques heures ou quelques jours dans une période d'hospitalisation ;
- permettre à des parents de dormir auprès de leur enfant à l'hôpital ;
- aider à rétablir des liens abîmés par le temps ou par d'autres facteurs
- permettre que se fassent des rituels religieux et collectifs dans les chambres ;
- dynamiser le milieu communautaire, produire du lien social en finançant des réseaux et des associations d'entraide et de bénévoles ;
- organiser des activités récréatives dans les institutions de soins et ailleurs ;
- et, pourquoi pas, faire entrer l'animal dans certaines institutions de soins ;

sont des exemples de gestes engagés dans le prendre soin d'un rapport aux autres.

Aussi,

- recourir à des formes de méditation qui fixent la personne au moment présent et qui cherchent à neutraliser les projections douloureuses ;
- baliser l'horizon de projets à court terme ;
- insérer une personne dans des pratiques sociales collectives ou dans le déroulement d'activités au sein d'une institution ;
- accompagner des personnes qui recourent parfois à des motifs religieux et spirituels où il est question, par exemple, de karma ou de réincarnation ;
- se conscientiser sur l'oppression et le contrôle qu'exerce l'impératif de la vitesse et de la rentabilité qui domine au sein des systèmes économiques capitalistes ;

peuvent rebondir sur un rapport au temps.

Enfin,

- permettre d'aménager sa chambre dans une maison de long séjour, d'y choisir les couleurs des murs, d'y afficher des photos comme on le souhaite, de changer les meubles de place, de rapporter le mobilier de son ancienne demeure ;

- revoir et favoriser l'accessibilité économique à des modes de transport pour les populations défavorisées ;
- repenser l'accessibilité à des services divers (santé, alimentation) dans une logique de proximité physique ;
- permettre et aider le déplacement et la mobilité en transformant un réseau de transport en commun, en aménageant les autobus pour que tous et toutes puissent y monter ;

peuvent atteindre un rapport à l'espace.

La liste des gestes pourrait être très longue et conduirait encore à rapporter des interventions dirigées vers le milieu, les environnements, la communauté et d'autres qui retomberaient inévitablement sur une manière d'habiter le monde et les sentiments qui vont avec. Gardons toutefois à l'esprit que cette proposition consiste en une connaissance préalable du vécu et de la souffrance d'une personne à l'endroit de ces rapports au monde pour envisager ensuite le prendre soin en convoquant plusieurs acteurs et des expertises diverses.

Conclusion

Cette ouverture du soin à des rapports au monde qu'il s'agit de rétablir pour les uns ou de renouveler pour les autres consiste à considérer une posture identitaire dans l'épreuve. Cette ouverture invite les soignants de divers horizons à agir afin qu'une personne puisse se réaliser et conduire une existence qu'elle jugera suffisamment bonne, normale et acceptable, et qu'elle ne veuille pas en sortir ou n'aie pas à le faire (même si cet objectif est difficile à atteindre).

Entendu ainsi, le prendre soin dans sa version pratique permet d'envisager une rencontre des disciplines du soin autour de cette finalité. Il permet aussi de sortir de l'ombre des soignants qui ne sont pas considérés ainsi pour des raisons multiples et permet d'inscrire des gestes dans le registre du prendre soin même si ceux-là ne visent pas directement les personnes (ou leur corps). Enfin, il ne s'agit pas d'opposer le *cure* au *care* dans cette logique soignante, puisqu'elle laisse voir toute l'importance de la technique médicale, de la guérison et de la réparation dans le prendre soin d'un rapport au corps. Toutefois, elle nous demande de considérer que les activités des différents intervenants (médecins, infirmières, travailleurs sociaux ou autres) ne sont que des moyens dont la valeur et l'importance doivent toujours être réfléchies en fonction de situations singulières, d'attentes, de priorités et d'inscriptions au sein de milieux de vie qui sont valorisées par un individu et par un collectif.

Médiagraphie

Brelet, C. (2002). *Médecines du monde. Histoire et pratiques des médecines traditionnelles*. Paris : Laffont.

- Clammer, J. et autres (2004). «Introduction: The Relevance of Ontologies in Anthropology – Reflections on a New Anthropological Field». Dans J. Clammer et autres (dir.), *Figured worlds: ontological obstacles in intercultural Relations* (p. 3-22). Toronto, University of Toronto Press.
- Foster, G. M. et Anderson, B. G. (1978). *Medical Anthropology*. New York, Wiley and Sons.
- Jones, C. H. (2005). «The Spectrum of Therapeutic Influences and Integrative Health Care: Classifying Health Care Practices by Mode of Therapeutic Action». *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(5), p. 937-944.
- Kleinman, A. (1978). «Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems». *Social Science and Medicine*, 12, p. 85-93.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris, Éditions Payot.
- Tataryn, D. J. (2002). «Paradigms of Health and Disease: A Framework for Classifying and Understanding Complementary and Alternative Medicine». *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8(6), p. 877-892.