

DÉBUT ET FIN DE VIE

**Le droit
et la bioéthique en question**

Colloque international de Beyrouth
Mercredi 16 et jeudi 17 mai 2018

BIOÉTHIQUE ET DIVERSITÉ CULTURELLE. PEUT-ON PENSER UNE ÉTHIQUE ETHNOMÉDICALE ?

Chantal BOUFFARD¹ et Ana MARIN²

I- INTRODUCTION

Au cours des prochaines décennies, plusieurs facteurs environnementaux et sociaux vont venir fragiliser les conditions de vie et de santé partout sur la planète. Un des grands défis de l'humanité sera alors de maintenir la santé et le bien-être des individus et des populations, en trouvant les moyens de prévenir et de combattre les maladies, ainsi que de prodiguer les soins nécessaires dans des environnements économiques, climatiques et géopolitiques instables.

Considérant l'imminence des problèmes annoncés, on s'entend sur l'urgence d'établir des modes d'interventions et des services de santé globaux et locaux éthiques et efficaces. Cependant, l'atteinte de ces objectifs est complexifiée du fait que les conséquences de la destruction des environnements, des pandémies, des crises économiques et des problèmes liés à la biomédecine elle-même vont multiplier les occasions de composer avec la diversité culturelle en matière de représentations de la maladie³, d'approches thérapeutiques et de valeurs liées à la santé.

Au Nord comme au Sud, parce qu'elle propose de combiner différentes approches thérapeutiques traditionnelles, incluant la biomédecine, en les intégrant aux systèmes de soins officiels, la médecine intégrative commence à se positionner comme une solution sanitaire et économique pouvant s'avérer efficace⁴. Toutefois, comme les problèmes auxquels nous

1. PhD en anthropologie médicale, Professeure titulaire à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, Chercheuse au Centre de recherche, CIUSSS de l'Estrie, CHUS.

2. PhD en anthropologie médicale & PhD en philosophie, Professeure associée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, Conseillère en éthique au CISSS Chaudière-Appalaches.

3. D. Mattes, « 'I am also a human being!' Antiretroviral treatment in local moral worlds », *Anthropology & Medicine*, 19(1), 2012, p. 75 et s.

4. P. Didier, *Médecine traditionnelle et « médecine intégrative » à Madagascar : Entre décisions internationales et applications locales*, Université de Bordeaux, 2015.

serons confrontés, elle implique aussi de mettre la biomédecine et la bioéthique à l'épreuve de la diversité culturelle.

Dans un monde idéal, l'expérience acquise lors des catastrophes naturelles, des guerres et des épidémies des dernières années aurait dû nous permettre d'établir des programmes de développement et de transfert des connaissances, ainsi que des lignes directrices et des politiques de santé visant à préparer les équipes soignantes à tenir compte :

- (1) des réalités culturelles, économiques et géopolitiques locales⁵ ;
- (2) de la mixité et du syncrétisme des pratiques et des traditions médicales ;
- (3) ainsi que des codes moraux et des comportements éthiques propres aux différentes approches thérapeutiques.

Par contre, dans le monde réel, il reste encore plusieurs obstacles à surmonter avant d'être en mesure de dispenser des services et des soins de santé qui permettront de réduire les impacts des crises anticipées tout en respectant la diversité culturelle des valeurs morales qui articulent les pratiques et les comportements au sein des ethnomédecines. D'où la proposition d'une éthique ethnomédicale.

Dans ce chapitre, nous brosserons d'abord un tableau des facteurs qui intensifieront les contacts entre la biomédecine et la diversité culturelle. Nous poursuivrons avec un questionnement sur la pertinence de la bioéthique dans de tels contextes, pour terminer sur une esquisse du concept d'éthique ethnomédicale.

II- LES PHÉNOMÈNES QUI INTENSIFIERONT L'EXPOSITION DE LA BIOMÉDECINE À LA DIVERSITÉ CULTURELLE

Dans tous les événements auxquels il faut se préparer, trois phénomènes retiennent notre attention du fait que leurs conséquences vont permettre d'observer les capacités de la biomédecine à s'adapter à la diversité culturelle des systèmes de médecines et de soins. Un système de médecine et de soins étant compris ici comme un ensemble de traditions médicales et de secteurs médicaux, utilisés par les individus d'une communauté ou

5. S. Feierman *et al.*, « Anthropology, knowledge-flows and global health », *Global Public Health*, 5(2), 2010, p. 122 et s.

d'une société pour se reproduire, se soigner et se maintenir en santé⁶. Il s'agit de la dégradation des environnements, des épidémies et des problèmes intrinsèques à la biomédecine elle-même.

A- LA DESTRUCTION DES ENVIRONNEMENTS

En tout premier lieu, on peut déjà prévoir que la destruction des environnements due aux changements climatiques, à l'extractivisme, aux crises politiques, aux conflits armés et au terrorisme, va contribuer à la délocalisation de populations entières. Par conséquent, la santé de vagues de migrant(e)s fuyant les catastrophes écologiques, la répression, l'extrême pauvreté et les famines, sera compromises par l'aliénation de leurs biens et de leurs ressources, ainsi que par l'incapacité ou le manque de volonté des nations à leur fournir des conditions sanitaires minimales.

Si l'immigration pour des raisons économiques visant à pallier le manque de main-d'œuvre et le vieillissement des populations n'ont pas les mêmes impacts, il n'en demeure pas moins que ces personnes seront traitées dans les hôpitaux et les établissements de santé des pays d'accueil. Par conséquent, les professionnel(le)s de la santé doivent être préparés à pratiquer en contexte de diversité culturelle où les représentations de la santé et de la maladie, ainsi que la symptomatologie peuvent être très différentes,

Dans les deux cas, de plus en plus de personnes d'origines différentes seront concentré(e)s dans des espaces réduits allant des camps de réfugié(e)s aux institutions biomédicales.

B- LES ÉPIDÉMIES

En ce début de 21^{ème} siècle, plusieurs facteurs environnementaux, biologiques et humains font augmenter les risques d'épidémies et de pandémies en favorisant la propagation des viroses, ainsi que l'émergence ou la réémergence de certaines maladies virales ou infectieuses.

D'abord, les changements climatiques, ainsi que la transformation et la dégradation des écosystèmes par l'humain favorisent l'expansion des maladies vectorielles transmises par les moustiques, les parasites

6. A. Kleinman, « Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems », *Social Science & Medicine, Part B: Medical Anthropology*, vol. 12, 1978, p. 85 et s. ; F. Saillant et S. Genest, *Anthropologie médicale : Ancrages locaux, défis globaux*, PUL, 2005.

d'animaux comme les tiques, de même que par les animaux comme les rongeurs, le poulet, le porc et d'autres encore. On craint aussi que le dégel du pergélisol puisse nous exposer à de nombreux virus oubliés ou inconnus⁷.

Ensuite, en raison des propriétés biologiques adaptatives et évolutives des virus, nous nous attendons à ce que de nouveaux agents viraux émergent. Par exemple, le VIH qui au départ était d'origine simienne est exclusivement humain aujourd'hui. Le Coronavirus responsable du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) témoigne aussi de la capacité d'un virus à modifier son pouvoir pathogène en sa faveur⁸.

Les facteurs de risques socioculturels jouent un rôle majeur dans l'expansion des viroses. D'une part, les phénomènes migratoires, la mondialisation, le tourisme international, dont le tourisme sexuel, y sont particulièrement propices. D'autre part, la promiscuité consécutive à la concentration urbaine augmente les risques virologiques. D'autant plus qu'en regroupant des populations hétérogènes aux caractéristiques génétiques variées, aux réponses immunitaires et aux sensibilités virales différentes⁹, la santé et la vie de certaines personnes ou communautés pourront être menacées par des virus auxquels elles n'ont jamais été exposées.

Il faut aussi tenir compte que les politiques de santé peuvent être imputables de la résurgence de certains virus. C'est le cas, entre autres, en Afrique où l'abandon des campagnes de vaccination a contribué à la persistance de la fièvre jaune¹⁰. Par contre, même si un des avantages de l'éradication d'un virus est de cesser la vaccination, la possibilité que le germe de la variole puisse être utilisé comme arme de guerre biologique a fait remettre cet objectif en question. « *Un tel danger amène les autorités à se poser la question du risque pris à arrêter des campagnes de vaccination,*

7. J.-M. Claverie et C. Abergel, « Les virus géants-État des connaissances, énigmes, controverses et perspectives », *Médecine/Sciences*, 32(12), 2016, p. 1087 et s.

8. P. Debré, « L'homme et les microbes. L'émergence des épidémies : Réflexion prospective », *FMSH Prospective*, 2018(2), 2018, <http://www.fmsh.fr/sites/default/files/files/FMSH-Pro prospective-2018-2%20Debr%C3%A9.pdf>.

9. J.-F. Saluzzo *et al.* (dir.), « Facteurs d'émergence des maladies virales », in *Les virus émergents*, éd. IRD, 2013, p. 35 et s.

10. *Ibid.*

et donc du bénéfice même des campagnes d'éradication »¹¹.

Enfin, « [...] *la rapidité et l'ampleur des échanges humains font de la lutte contre les maladies infectieuses une problématique mondiale car aucun état ne peut songer à s'abriter derrière ses frontières* »¹². Si on ajoute les conséquences de la détérioration des environnements, à la possibilité que certains virus puissent être diffusés à l'échelle planétaire, on sait d'ores et déjà que les institutions de santé publique et de santé globale seront appelées à intervenir de plus en plus souvent dans des contextes socio-politiques et culturels complexes.

C- LES PROBLÈMES INHÉRENTS À LA BIOMÉDECINE

En dernier lieu, deux phénomènes intrinsèques à la biomédecine elle-même pourraient aussi favoriser l'acceptabilité sociale de la médecine intégrative et supporter son déploiement.

D'une part, considérant l'écart croissant entre les riches et les pauvres, de plus en plus de personnes pourraient ne plus avoir accès à la biomédecine. De plus, en contexte de crise économique, les coûts élevés des biotechnologies et des traitements biomédicaux pourraient aussi faire en sorte que les systèmes de santé de plusieurs pays se voient dans l'obligation de réduire la gamme de services qu'il leur sera possible d'offrir. Par conséquent, les systèmes de santé publique, à accès universels, seront les plus affectés.

D'autre part, la perte de confiance et même la méfiance envers l'institution biomédicale en progression en Occident, auxquelles s'ajoute un intérêt croissant pour les médecines dites alternatives, renforcent l'acceptabilité sociale des approches thérapeutiques provenant de différentes traditions médicales.

Malgré la réticence de plusieurs médecins et professionnels de santé, la nature même de la biomédecine pourrait ainsi favoriser le recours à la médecine intégrative. Et, comme aucun système de médecine ne guérit tout, partout dans le monde on observe une croissance de la demande pour des approches thérapeutiques alternatives ou complémentaires¹³.

11. *Ibid.*

12. J.-P. Door et M.-C. Blandin, *Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques. Rapport sur le risque épidémique : Tome I : Rapport*, 2005, n° 2327, <https://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-off/i2327-t1.pdf>, spéc. p. 26.

13. F. N. Boustany, *La Médecine Traditionnelle et son implication Éthique* (Monde Arabe), p. 10.

D'ailleurs, « [l']*intégration de la médecine traditionnelle dans les Ministères de Santé s'est faite au Congo en 1982 et en Côte d'Ivoire depuis 1996* »¹⁴.

D- LES NOUVEAUX DÉFIS DE LA BIOMÉDECINE

Comme nous venons de le voir, plusieurs phénomènes sociaux et environnementaux viendront favoriser le métissage entre la diversité des représentations sociales de la maladie dans les mêmes espaces thérapeutiques. Par espace thérapeutique « [...] *nous entendons l'ensemble des groupes, ressources, pratiques, savoirs, représentations et symboles dont dispose toute société pour faire face au problème de l'entretien de la vie et de son maintien dans un but implicite ou explicite de bien-être ou de santé* »¹⁵.

Par conséquent, de nouveaux défis se présentent aux soignant(e)s et aux intervenant(e)s de la santé.

- 1) Les soignant(e)s seront appelé(e)s à traiter un nombre croissant de patient(e)s d'origines ethniques différentes, concentré dans les mêmes espaces allant des camps de réfugié(e)s aux institutions biomédicales.
- 2) Les institutions de santé publique internationales devront développer des approches pour collaborer efficacement et respectueusement avec les institutions de santé locales. Elles devront aussi faire en sorte que leurs interventions aient obtenu l'approbation des populations concernées. Ce qui exigera une réelle compréhension des systèmes de valeurs en place. Toutefois, « [l'] *a dernière épidémie du virus Ebola (2014-2015) laisse tristement prendre la mesure de la distance paradigmatique qu'il reste à parcourir pour qu'au-delà des gestes procéduraux et des bonnes intentions, les idéaux éthiques puissent rejoindre les actions en contexte de diversité culturelle* »¹⁶.
- 3) Enfin, les professionnel(le)s de la santé devront aussi apprendre à composer avec différents systèmes de médecines et de soins.

14. P. Didier, *op. cit.*, p. 15.

15. F. Saillant, « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique », *Anthropologie et Sociétés*, 23(2), 1999, p. 15 et s.

16. C. Bouffard et A. Marin, « La rencontre des ethnomédecines et des ethnoéthiques », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 26(4), 2015, p. 16 et s.

Dans un tel contexte, on peut se demander si la bioéthique est le meilleur moyen pour permettre à des praticien(ne)s investi(e)s dans des systèmes de médecines aux rationalités différentes de travailler ensemble et d'interagir avec des patient(e)s provenant de divers horizons culturels.

III- LA PERTINENCE DE LA BIOÉTHIQUE EN CONTEXTE DE DIVERSITÉ CULTURELLE

Pour que l'éthique biomédicale obtienne le succès international qu'elle connaît aujourd'hui, elle a dû abandonner l'idée que ses principes étaient universels et qu'ils pouvaient être transposés intégralement dans tous les systèmes de médecines et de soins.

En réussissant à remettre en question le caractère universel des principes qui la fondent, la bioéthique a fait preuve de sa capacité à s'ouvrir à la diversité culturelle des systèmes de médecines et de soins. Avec le concours des sciences sociales et humaines¹⁷, la prise en compte des contextes socioculturels, des points de vue, des émotions et des expériences des personnes placées face à des dilemmes éthiques a aussi représenté un important changement de paradigme pour la bioéthique¹⁸. Les efforts déployés pour lever les obstacles socioculturels à l'obtention du consentement, du respect de l'autonomie ou du maintien de la confidentialité, illustre bien ses capacités d'adaptation¹⁹. L'institutionnalisation de nombreux comités d'éthique clinique ou de la recherche partout dans le monde témoigne aussi de l'exceptionnelle flexibilité dont elle a pu faire preuve jusqu'ici.

Toutefois, les préoccupations de la bioéthique et son ancrage en biomédecine ne l'ont pas rendue perméable aux changements qu'auraient pu induire les contacts avec les éthiques des autres systèmes de médecines et de soins. Si la bioéthique assure le respect des patient(e)s et des sujets de recherche en tenant compte de la diversité culturelle,

17. P. A. Marshall *et al.*, « Anthropology and Bioethics », *Medical Anthropology Contemporary Theory and Method*, vol. 6, 1996, p. 349 et s.

18. M. Guillemin et L. Gillam, « Emotions, narratives, and ethical mindfulness », *Academic Medicine*, 90(6), 2015, p. 726 et s.

19. A. Marin et C. Bouffard, « La bioéthique à l'épreuve de la diversité socioculturelle, la portée du sens donné à un concept inachevé », *Journal International de Bioéthique et d'Éthique Des Sciences*, 26(2), 2015, p. 17 et s.

elle le fait en excluant les cadres moraux qui sous-tendent les modèles explicatifs des maladies et les stratégies thérapeutiques adoptées au sein des autres médecines traditionnelles pour contrer, prévenir ou éradiquer la maladie. En fait, en Occident comme partout dans le monde, la bioéthique s'est surtout intéressée à la diversité culturelle afin de trouver des solutions aux problèmes éthiques auxquels le personnel soignant et les chercheur(euses)s professionnel(le)s devaient faire face concernant l'applicabilité des principes de bioéthiques en contexte de diversité culturelle.

Malgré l'apport des sciences sociales et de la recherche de terrain et même de l'éthique empirique, peu d'études se sont intéressées aux modèles éthiques intrinsèques aux différents systèmes de médecines et à l'influence qu'ils exercent sur les pratiques et sur les codes de conduite que les soignant(e)s, les patient(e)s, les familles et les communautés doivent observer, dans un système de médecine donné.

En privilégiant la bioéthique, au sens restreint à la biomédecine²⁰, nous sommes peut-être en train d'occulter des savoirs essentiels sur les variantes culturelles des règles morales et des éthiques qui encadrent les autres ethnomédecines. Nous privant ainsi de nouvelles approches pour tirer profit de la complémentarité des systèmes de médecines et de soins. Par contre, nos attentes envers la bioéthique vont peut-être au-delà de sa raison d'être et de ses objectifs. Quarante ans après que l'obstétricien américain Hellegers ait récupéré le terme de bioéthique pour instituer l'éthique biomédicale²¹, il semble que le temps est venu de se demander si elle est le meilleur ou le seul vecteur pour générer des connaissances spécifiques aux valeurs qui, dans un espace thérapeutique donné, articulent :

- 1) les modèles explicatifs de la maladie et de la santé²²,
- 2) les stratégies adoptées pour la conserver ou la recouvrer et
- 3) les comportements prescrits ou jugés inacceptables dans les relations soignant(e)s-soigné(e)s au sein des différents systèmes de médecines et de soins.

20. H. Doucet, *Au pays de la bioéthique : L'éthique biomédicale aux États-Unis*, éd. Labor et Fides, Genève, 1996.

21. A. E. Hellegers, « Interest in Ethics Burgeoning », *Skin and Allergy News*, 7(7), 1976, p. 55.

22. A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, vol. 3, University of California Press, 1980.

Pour relever le défi de la médecine intégrative et pour mettre à profit la complémentarité des ethnomédecines, biomédecine comprise, peut-être devrions-nous envisager une éthique ethnomédicale.

IV- L'ÉTHIQUE ETHNOMÉDICALE

Dans le contexte de la médecine intégrative et de la diversité culturelle, la notion d'**ethnoéthique** apparaît trop générique pour permettre d'identifier d'une façon spécifique ce qui apparaît éthique ou non dans : (1) les différents systèmes de médecines et de soins ; (2) les rapports entre soignant(e)s et entre soignant(e)s et soigné(e)s en contexte de diversité culturelle et (3) la poursuite d'itinéraires thérapeutiques mixtes ou pluriels.

L'éthique ethnomédicale n'a pas pour objet de créer une nouvelle forme d'éthique. Il s'agit plutôt d'un concept opératoire qui peut être adapté à l'étude des valeurs morales et des éthiques de tous les systèmes de médecines. Par conséquent, elle nécessite des approches méthodologiques plus compréhensives que comparatives.

Les objectifs de l'éthique ethnomédicale sont les suivants :

- (1) Développer des approches théoriques et méthodologiques aptes à produire des connaissances relatives aux modèles éthiques intrinsèques à différents systèmes de médecines et de soins, traditionnels ou en émergence.
- (2) Identifier et comprendre les valeurs morales, religieuses, scientifiques, déontologiques ou éthiques qui :
 - a. sous-tendent les modèles explicatifs des maladies dans les systèmes de médecines ou de soins,
 - b. prescrivent les comportements et les rôles que doivent tenir patient(e)s et thérapeutes,
 - c. déterminent les stratégies thérapeutiques à adopter pour contrer, prévenir ou soigner les maladies au sein des médecines traditionnelles (biomédecine comprise).
- (3) Développer des outils de recueil et d'analyse de données aptes à :
 - a. cerner les juxtapositions, les contradictions et les interactions issues de la rencontre entre les valeurs éthiques véhiculées par

les soignant(e)s, les soigné(e)s et les traditions médicales ou thérapeutiques,

- b. reconnaître la complémentarité de certains systèmes de médecines dans des espaces thérapeutiques spécifiques et dans des circonstances historiques et géopolitiques précises.

Au niveau éthique, le concept d'éthique ethnomédicale permettrait d'initier une posture qui contribueraient à améliorer la qualité des soins et des traitements, en contexte de diversité culturelle à partir d'une meilleure compréhension des valeurs qui sous-tendent les systèmes de médecines en présence. Au niveau scientifique, le manque de considération des éthiques ethnomédicales « autres » ainsi que de leur coexistence laisse plusieurs champs de connaissances inexplorés.

Pour que ce concept devienne opératoire, il faut toutefois accepter l'idée que la bioéthique est une ethnoéthique. Cette posture permet à l'éthique médicale et à la bioéthique occidentales de s'ouvrir à la prise en compte de la multiplicité culturelle des dimensions éthiques qui articulent différents systèmes de médecines et les rapports de soins. Ensuite, en reconnaissant l'importance et la pertinence des éthiques autres, elle pourra permettre aux soignant(e)s et aux patient(e)s de différentes approches thérapeutiques de contribuer, de façon égalitaire, au développement d'une éthique des pratiques médicales et de soins qui tiendrait compte de leurs propres normes et réflexions éthiques. Ce tant au niveau local que global. À partir de ce moment, tous les systèmes de médecines pourront être mis à l'épreuve de la diversité culturelle.

V- DISCUSSION

Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, plusieurs phénomènes sociaux et environnementaux permettront de jeter des ponts entre différents systèmes de médecines et de représentations de la santé et de la maladie en nous obligeant à recourir de façons contextuelles et parfois sporadiques à différentes approches thérapeutiques. Il faudrait savoir se préparer aux événements annoncés en cherchant à établir des modes opératoires pour favoriser les relations de réciprocité et de complémentarité entre les soignant(e)s, peu importe le système de médecine dans lequel ils ou elles œuvrent ; et ce, au plus grand bénéfice des individus, des communautés

et des populations traitées. C'est d'ailleurs en ce sens que s'inscrit la formation aux dimensions sociales des épidémies en Afrique présentée par Desclaux et Touré en 2018. Toutefois, pour ces auteur(e)s, « [o]utre la formation, la préparation aux dimensions sociales des épidémies devrait aussi inclure le recensement et la mise à disposition des connaissances en socio-anthropologie sur les populations et la santé en Guinée, et plus largement en Afrique de l'Ouest »²³. Enfin, ils soutiennent aussi qu'il faut disposer des moyens nécessaires pour produire les nouvelles connaissances qui permettraient de « [...] prétendre à être préparé à faire face aux dimensions sociales de nouvelles épidémies »²⁴.

Enfin, l'épigénétique pourrait s'avérer une discipline indispensable pour concilier les valeurs positivistes de la médecine traditionnelle occidentale avec celles d'autres médecines traditionnelles. Les connaissances émergentes dans ce domaine nous offrent « [...] une nouvelle compréhension des rapports entre nature et culture, inné et acquis, ainsi qu'une conscience accrue de nos pouvoirs d'interventions et de nos responsabilités individuelles et collectives en matière de traitement et de prévention des maladies »²⁵.

Alors que des milliers d'hommes, de femmes et d'enfants sont en guerre ou en fuite et que des générations de jeunes vivent dans des camps, ou sont vendus comme objet sexuels. Où même dans les riches sociétés occidentales, certaines catégories de personnes sont laissées pour compte, qu'il s'agisse de migrants, d'enfants, de femmes, de personnes âgées ou d'individus atteints de différentes formes de maladies physiques ou mentales. Dans un univers médiatique qui encourage l'insensibilité, la peur et la haine de l'autre, le savoir épigénétique rend l'aveuglement volontaire impensable.

Le paradigme épigénétique confère une connaissance accrue des pouvoirs que les individus, les groupes et les États peuvent exercer sur ce que les

23. A. Desclaux et A. Touré, « Quelle « préparation » aux dimensions sociales des épidémies en Afrique ? Une expérience de formation à Conakry », *Médecine et Santé Tropicales*, 28(1), 2018, p. 27.

24. *Ibid.*

25. C. Bouffard *et al.*, « Towards an increased awareness of our individual responsibilities: What epigenetics teaches us », *Reflection & Research in Ethics/Réflexion et Recherches En Éthique*, 2018, p. 259 et s.

personnes et les communautés deviennent, pourraient ou auraient pu devenir. Si, d'une part, il nous fait prendre conscience de l'étendue de nos responsabilités individuelles et collectives, d'autre part, il ne permet plus le luxe de l'ignorance ou de l'indifférence.

Par conséquent, pour développer une vision éthique ethnomédicale, il ne faut pas seulement tenir compte des différences entre les systèmes médicaux, culturels et sociaux. Il faudra oser le syncrétisme et considérer les aspects biologiques et symboliques de la santé et de la maladie comme un ensemble, en cherchant l'équilibre entre un universalisme absolu, prônant un modèle individualiste et rationaliste et un relativisme radical ne reconnaissant que le culturel et le communautariste.

Enfin, une meilleure connaissance des savoirs et des valeurs éthiques qui les supportent pourrait guider nos interventions et limiter les effets dévastateurs de la méconnaissance, voire de la non-reconnaissance des variantes culturelles des codes moraux ou des balises éthiques à la base de nos décisions et de nos interventions en matière de santé.

Mai 2019