



Les soins de santé face aux défis de la diversité
le cas des patients musulmans

Deze publicatie is eveneens verkrijgbaar in het Nederlands onder de titel 'Gezondheidszorg en diversiteit: het voorbeeld van de moslimpatiënten'.

**Une publication de la Fondation Roi Baudouin,
rue Brederode 21 à 1000 Bruxelles**

Auteur : Carine Vassart

Coordination pour la Fondation Roi Baudouin:

Guido Knops, *directeur*

Benoît Fontaine, *conseiller de programme*

Jan Blondeel, *responsable de projet*

Ilse Bonné, *assistante*

Graphisme: Casier/Fieuws

Impression: Weissenbruch

Cette publication peut être téléchargée gratuitement sur le site www.kbs-frb.be

Cette publication peut être commandée (gratuitement) sur notre site www.kbs-frb.be, par e-mail à

l'adresse publi@kbs-frb.be ou auprès de notre centre de contact,

tél +32-70-233 728, fax +32-70-233 727

Dépôt légal: D/2005/2848/13

ISBN : 2-87212-465-9

Août 2005

Avec le soutien de la Loterie Nationale

Rapport réalisé par Carine Vassart, journaliste, à la demande de la Fondation Roi Baudouin

“Il y a deux éléments que les gens n’apprécient pas à leur juste valeur : le temps et la santé”

Parole du Prophète Muhammad

Table des matières

<i>Avant-propos</i>	page 4
Introduction	page 9
1. Les patients musulmans	page 13
2. Santé, maladie et éthique en islam	page 16
<i>La maladie en Islam</i> <i>Des spécificités</i>	
3. Focus	page 21
<i>Les médicaments</i> <i>La notion de pureté</i> <i>Le jeûne du Ramadan</i> <i>La séparation des sexes</i> <i>Les guérisseurs traditionnels</i>	
4. Prise en charge : une perception à géométrie variable	page 27
<i>La médecine de famille</i> <i>Les hôpitaux</i>	
5. Stratégies existantes de réponse	page 33
6. Les exemples étrangers	page 39
<i>Les Pays-Bas</i> <i>La Grande-Bretagne</i> <i>La France</i>	
Conclusions	page 45
<i>Annexe I. Informations sur le Ramadan et la santé</i> <i>Annexe II. Extrait du Code de déontologie médicale</i> <i>Annexe III. Ouvrages de référence</i> <i>Annexe IV. Synthèse de la table ronde du 10/05/2005</i>	
Ex summary	page 66

Avant-propos

Les personnes d'origine musulmane représentent environ 400.000 personnes en Belgique et, selon les sources, entre 9 et 15 millions en Europe. Or, on constate que la présence en Belgique et en Europe de musulmans et de l'Islam suscite des interrogations et des crispations. Ces interrogations ou conflits témoignent souvent d'un manque de connaissance du sujet et d'une insuffisance de dialogue de longue durée afin de trouver des solutions.

C'est pourquoi, en septembre 2003, la Fondation Roi Baudouin a lancé un projet consacré à ce sujet. Au cœur de ce projet se trouvent à la fois des questions ayant une dimension culturelle, sociétale et religieuse.

Les objectifs poursuivis visent :

- d'une part, à stimuler une meilleure connaissance, une perception plus complète, des défis et opportunités liés à la présence de l'Islam et des musulmans en Belgique et en Europe;
- et d'autre part, à contribuer à la diffusion de ces connaissances, des 'bonnes pratiques' et pistes de solutions auprès, en priorité, des responsables amenés à prendre des décisions ayant un lien avec cette matière et actifs dans différents secteurs (pouvoirs publics, société civile, entreprises, enseignement...).

Pour ce faire, la Fondation a mis sur pied un forum d'échange et de réflexion qui travaille dans la durée et qui permet à des gens d'horizons divers et qui ne se parlent peut-être pas aujourd'hui de dialoguer sur le sujet. Le forum comprend deux volets : un volet belge et un volet européen.

Pour le volet belge, un comité d'accompagnement, sous la présidence de Jan GRAULS, Président du Service Public Fédéral Affaires étrangères et Commerce extérieur, a été constitué. Ce comité est composé de personnes issues de divers milieux de la société belge et choisies pour leur expertise et réputation en la matière. Il est chargé d'aider la Fondation à identifier les thèmes dont il faut débattre. Le volet européen est essentiellement développé en collaboration avec le European Policy Centre (EPC).

Actuellement, les deux sujets de travail du comité sont : les imams et les professeurs de religion islamique d'une part, et les questions qui se posent dans le secteur de la santé d'autre part.

Nous n'avons pas trouvé d'étude fouillée quant aux rapports entre les patients musulmans et les soins de santé en Belgique. Constatant ce manque d'informations disponibles, le comité a demandé à Carine Vassart, journaliste, de préparer un rapport sur le sujet.

Avant de diffuser cette publication, nous avons tenu à organiser une table ronde avec les professionnels de la santé, les pouvoirs publics et des représentants des communautés musulmanes. Elle s'est déroulée au mois de mai dernier en présence d'une trentaine de personnes. Cette table ronde nous a permis d'affiner le rapport qui, de l'avis des participants, et outre son caractère très informatif, est une photographie fidèle de la situation vécue sur le terrain. La table ronde a également permis de dégager plusieurs messages exprimés sous forme de 'nécessités' et repris dans le compte-rendu de la table ronde annexé à la fin de ce rapport.

La question centrale de cette publication est la suivante : y a-t-il des conceptions de santé, de maladie, d'éthique propres à l'islam ; et ces différences culturelles engendrent-elles ou non des difficultés dans les relations entre les patients musulmans et les professionnels ou structures de santé ? Vous voulez en savoir plus ? Alors, bonne lecture !

La Fondation Roi Baudouin

Les publications suivantes ont notamment été publiées dans le cadre du projet 'Islam et musulmans'. Elles sont disponibles gratuitement à partir du site de la Fondation www.kbs-frb.be :

- L'Islam et les musulmans en Belgique : enjeux locaux & cadres de réflexion globaux, note de synthèse préparée par Hassan Bousetta, FNRS-ULg & Brigitte Maréchal, UCL
- Islam et musulmans en Belgique. Défis et opportunités d'une société multiculturelle. Colloque 'Ceci n'est pas un voile' - 30-3-2004 - Bruxelles. Compte-rendu
- Mosquées, imams et professeurs de religion islamique en Belgique. Etat de la question et enjeux, octobre 2004.

Composition du comité d'accompagnement Islam
et musulmans en Belgique de la Fondation Roi Baudouin

- **De heer Jan Grauls**

Voorzitter van de begeleidingsgroep 'Islam en moslims in België en Europa'
Voorzitter van het Directiecomité Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken,
Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking

- **De heer Mathias Danneels**

Redacteur op de nieuwsredactie van Het Nieuwsblad

- **De heer Jozef De Witte**

Directeur Centrum voor Gelijke Kansen en voor Racismebestrijding –
Madame Fatima Hanine, Collaboratrice au service juridique du Centre
pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme

- **Mevrouw Nadia Fadil**

FWO-Aspirant, Doctoraatsstudent rond het thema 'religieuze beleving van magh-
rebijnse moslims in België', Departement Sociologie - K.U.Leuven

- **De heer Piet Janssen**

Directeur Vlaams Minderheden Centrum

- **De heer Jan Leyers**

TV-maker, songschrijver, artiest

- **Monsieur Ural Manço**

Chercheur Facultés Universitaires Saint-Louis

- **Madame Brigitte Maréchal**

Chercheuse Université Catholique de Louvain

- **Madame Firouzeh Nahavandi**

Directrice Institut de Sociologie de l'ULB

- **Mevrouw Fauzaya Talhaoui**

Senator en lid van de raad van beheer van de Koning Boudewijnstichting

- **Mevrouw Christiane Timmerman**

Onderzoeker UA – UFSIA Faculteit Politieke en Sociale Wetenschappen - Katrien
Van der Heyden, Onderzoekster allochtonen, Steunpunt Gelijke Kansenbeleid,
Universiteit Antwerpen

- **Monsieur Fathi Tlatli**

Professeur à l'ICHEC, Network Global Industry Director - pharmaceuticals &
healthcare DHL Worldwide

- **Monsieur Dan Van Raemdonck**

Président de la Ligue des droits de l'Homme – Madame Ouardia Derriche, Vice-
présidente

- **De heer Louis-Henri Verbeke**

Voorzitter van Allen & Overy, Voorzitter van de Vlerick Leuven Gent Management
School en lid van de raad van beheer van de Koning Boudewijnstichting

- **De heer Sami Zemni**

Voorzitter Centrum voor Islam in Europa (C.I.E.) Universiteit Gent Vakgroep Studie
van de Derde Wereld – Mevrouw Meryem Kanmaz, onderzoekster

Remerciements

Manuel Abramovicz (Centre pour l'Egalité des Chances), Dr Guy Beuken (médecin généraliste), Dr Hayate Boufessile (médecin généraliste), Mohamed Boulif (Ex-Président de l'Exécutif des Musulmans de Belgique), Dr Patrick Gérard (Cliniques Saint Jean), Carmen De Filipis (Culture & Santé), Dr Anne Gillet (Médecin généraliste), Jean Hermesse (Union des Mutualités Chrétiennes), Axelle Ide (CHU St Pierre), Dr Michel Meganck (Société Scientifique de Médecine Générale), Corine Nicaise (Fédération des Maisons Médicales), Mohamed Rharib (professeur de religion islamique et aumonier hospitalier), Geneviève Speltinckx (Inami), Hans Verrept (Responsable de la cellule de coordination de la Médiation interculturelle au Ministère de la Santé publique).

Introduction

Ce rapport a pour objectif d'examiner les relations existant entre les patients musulmans et le système de santé en Belgique. La question centrale de ce travail est la suivante : y a-t-il des conceptions de santé, de maladie, d'éthique propres à l'islam et ces différences culturelles peuvent-elles être à la source de problèmes dans les relations entre les patients musulmans et les professionnels ou structures de santé?

A notre connaissance, un travail aussi large est une première dans ce domaine. En effet, la dimension religieuse et culturelle a jusqu'à présent été abordée, dans le secteur des soins, en tant qu'élément indirect de perturbation de la communication soignant-soigné. C'est le cas notamment dans la mission des médiatrices interculturelles chargées entre autres d'explicitier ou d'aplanir les conflits liés à ces différences ¹. Cependant, l'impact de certains comportements et habitudes n'a pas encore été exploré profondément dans sa relation à la santé. Par conséquent, ce document n'est qu'une première esquisse d'une situation qui devrait être explorée plus avant par les différentes parties concernées : patients, responsables de la communauté musulmane, corps médical et personnel hospitalier.

On connaît les débats qui ont pu entourer la question de l'affirmation de l'identité religieuse dans certaines sphères de la société comme l'école ou l'entreprise. Contrairement à ce qui se passe dans des pays voisins comme la France et la Grande-Bretagne, la question de l'islam dans le système des soins de santé a été peu abordée publiquement en Belgique et ne fait actuellement pas l'objet de discussions officielles comme c'est le cas dans les pays voisins.

Le débat est-il nécessaire?

On pourrait dès lors s'interroger sur la pertinence d'une exploration dans ce domaine. En ce qui concerne les relations actuelles entre les patients musulmans et le système de santé belge, en ambulatoire ou en hôpital, y a-t-il ou non matière à débats et nécessité éventuelle d'adaptation? La question semble pour l'instant rencontrer une certaine surprise parfois embarrassée. En effet, du côté des structures officielles du secteur de la santé (associations de praticiens, fédérations hospitalières,...), l'attitude oscille entre l'absence de réflexion sur le sujet et une certaine inquiétude sur le fait même de voir une telle question se poser.

Les raisons sont sans doute multiples. D'abord, il faut rappeler que dans le monde des professionnels de la santé, aucune distinction ne peut être faite, par principe, entre les patients. Dans le serment d'Hippocrate, le malade ne possède en effet ni race, ni religion. L'idée même de devoir différencier le patient musulman de celui qui ne l'est pas, met donc mal à l'aise bon nombre de praticiens. Ensuite, le caractère conflictuel de débats précédents comme celui du voile n'incite guère le secteur de la santé à se lancer, tant qu'il n'y est pas obligé, dans une réflexion qui, à ses yeux, risquerait de s'envenimer. Enfin, l'actualité géopolitique internationale et les crispations identitaires au niveau belge n'offrent certainement pas un cadre idéal à une réflexion sereine dans ce domaine.

La question est d'ailleurs complexe. La différenciation culturelle, voire ethnique, des patients selon leur origine ne risque-t-elle pas de les enfermer dans un discours et des pratiques "culturalistes" évacuant les autres explications de maladies? En clair, on risque de mettre sur le dos de la spécificité culturelle certaines pathologies qui ont de réelles causes sociales. Dans quelle mesure et jusqu'où, les institutions et les professionnels de santé doivent-ils prendre cette dimension culturelle en compte et s'y adapter?

¹ Pour une description plus complète de la tâche des médiatrices interculturelles, voir à l'adresse www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/prof/thema/intercult/index.htm sur le site du Service Public Fédéral de la Santé Publique.

La question de l'accueil de certains groupes spécifiques de patients n'est pas neuve. Elle ne concerne d'ailleurs pas que les patients musulmans et ne touche pas seulement aux éléments relevant d'une affirmation identitaire religieuse. On pourrait par exemple rappeler que les premières mesures dans ce domaine ont concerné le financement de traducteurs afin d'améliorer – ou d'établir – la communication entre soignants et soignés migrants. De même, dans les hôpitaux, l'offre de régime alimentaire adapté aux prescrits religieux fait son chemin depuis un certain temps déjà. Quant à la prise en compte d'éléments religieux dans les soins, elle est surtout connue à travers le refus de la transfusion sanguine chez les témoins de Jéhovah.

Quelle spécificité culturelle?

Mais qu'en est-il des patients musulmans? On connaît surtout la réticence de ces patients à subir certains examens médicaux ressentis comme "gênants" et leur demande d'une généralisation d'une nourriture adaptée à leur foi ou de la possibilité de recourir à un aumônier islamique. Quant aux professionnels de la santé, ils sont plus ou moins au fait de l'impact d'un événement religieux comme le jeûne du Ramadan sur le traitement des patients croyants mais la sensibilisation semble plus relever de l'implication individuelle que d'une réelle optique de santé publique.

Depuis peu, cependant, les professionnels de soins constatent certaines évolutions allant dans le sens d'une évocation plus fréquente d'éléments religieux et d'une affirmation identitaire plus forte dans la relation de soins. Ainsi, les patients déclarent plus souvent qu'ils vont solliciter l'avis d'un imam par rapport à une intervention ou à un traitement qui leur est proposé. Ils expriment également plus facilement le désir de voir intervenir des soignants qui soient du même sexe que le leur. La revendication d'un espace adapté aux rites funéraires se généralise également.

Les médecins constatent d'ailleurs qu'il ne s'agit pas nécessairement de demandes émanant de personnes arrivées fraîchement en Europe ou en provenance de zones où l'islam rigoriste est de mise mais bien de personnes établies parfois de longue date en Belgique. Il s'agit donc là d'un revirement qui semble aller de pair avec la résurgence, entre autres, de certaines habitudes vestimentaires. Les problèmes semblent se poser avec plus d'acuité dans les zones géographiques où se manifestent des comportements fondamentalistes dans la vie quotidienne en général. On constate d'ailleurs que ce sont généralement les convertis, d'origine belge ou non, qui sont le plus en pointe dans leur refus de certains soins ou examens.

Quelle est l'ampleur du phénomène? Il semble assez limité actuellement. Le Centre pour l'Égalité des Chances ne fait état – à l'heure actuelle – d'aucun signalement officiel dans ce domaine. Les hôpitaux, de leur côté, n'ont à connaître que quelques rares cas de patients ayant refusé des soins qu'ils jugeaient inadaptés à leurs croyances.

Cependant, la loi sur le droit des patients paraît avoir encouragé l'expression de certaines malaises vécus par les patients musulmans. Il était donc intéressant de voir à quelles occasions ils se manifestaient et quelles pouvaient être les réponses à y apporter.

Santé publique ou géopolitique?

L'accès effectif aux soins des familles immigrées, dont les personnes d'origine musulmane constituent une majorité chez les non européens, est aujourd'hui l'un des enjeux des politiques sociales d'intégration. Au-delà de l'affirmation des droits

à la protection sociale, se pose effectivement la question du traitement de la différence culturelle et religieuse et de son impact sur la prise en charge médicale. Il ne s'agit pas de transposer dans le monde de la santé le débat sur la laïcité qui a agité l'école mais bien de s'interroger sur les conséquences de comportements religieux et culturels. Tant chez les praticiens individuels que dans les hôpitaux, si l'on est aujourd'hui bien conscients des problèmes de langue qui peuvent affaiblir la prise en charge des personnes d'origine immigrée dans leur ensemble, on n'a pas encore étendu réellement la réflexion aux spécificités religieuses et culturelles à l'inverse de ce qui se passe en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas principalement. Les médiatrices interculturelles sont effectivement là pour "faciliter" les contacts mais le processus de prise en compte des différences culturelles et religieuses (quelles que soient d'ailleurs les réponses qui pourraient y être apportées) est encore lui-même balbutiant.

Même si les cas présentés dans le rapport relèvent d'une minorité agissante, la violence introduite dans les hôpitaux par ce biais est réellement traumatisante pour le personnel et elle focalise l'attention sur la communauté musulmane dans son ensemble. Il est donc à craindre que, faute d'une réflexion globale, on assiste à une crispation des parties en cause : les professionnels de la santé, d'une part, les patients musulmans et leur famille de l'autre.

Aujourd'hui, les conséquences de la géopolitique ont en effet tendance à entraîner une crispation de toutes les parties : certains patients musulmans qui considèrent désormais que tout défaut d'adaptation à leurs prescrits religieux ou culturels relève du manque de respect et des professionnels de la santé qui considèrent que le système de soins n'a pas à s'adapter à toutes les exigences de certains groupes de population. En fait, il est difficile de faire la part des véritables problèmes liés aux dimensions religieuses ou culturelles et de ceux, plus individuels, qui relèvent d'une instrumentalisation des frustrations sociales.

Le rejet ou la méfiance exprimés par certains patients sont probablement dus en partie à leur appartenance sociale. Un certain nombre de patients de ces communautés, principalement ceux qui proviennent de l'immigration économique et les plus jeunes qui n'ont pu trouver le chemin de l'intégration sociale, ont en effet un niveau d'éducation (au sens large de connaissances permettant d'appréhender son environnement) très bas et se trouvent donc confrontés à des situations qu'ils ne comprennent pas. On sait que le refus ou la mise en cause des soins peut exister également parmi les personnes "de souche", issues de milieux défavorisés, qui se cabrent face à des processus qu'ils n'arrivent pas à appréhender, mais on estime généralement que le niveau des milieux populaires autochtones est plus élevé que celui des migrants.

Faute de pouvoir – ou d'oser – formuler ce malaise, il est probable que le recours à des raisons religieuses offre une issue confortable. C'est donc par l'amélioration de l'information aux patients (d'ailleurs prévue dans la loi sur les droits des patients) et un large débat dans le corps social tout entier à propos des limites à établir entre les contraintes religieuses et les nécessités biomédicales que la qualité des soins et le respect des patients et des soignants seront garantis.

Mise au point

Ce travail n'a pas valeur de recherche scientifique, il est avant tout une "photo", la plus fidèle possible et à un moment donné, de la situation des patients musulmans dans le système des soins en Belgique.

De la même manière, la présentation des conceptions islamiques en matière de santé, de maladies et de préoccupations éthiques contenues dans ce rapport ne prétend pas à l'exhaustivité. Elle vise avant tout, par le choix d'éléments proposés, à informer de leur existence, souvent peu connue ou méconnue, et des différences qu'elles peuvent comporter par rapport aux conceptions en vigueur dans les pays européens. Les éléments recueillis émanent d'articles, ouvrages et sites européens consacrés à ce sujet, notamment par le biais des réseaux de professionnels musulmans de la santé. Certaines matières, principalement dans le domaine de l'éthique, font cependant encore l'objet, dans le monde musulman, de conférences de consensus qui s'efforcent de produire une réflexion sur des sujets en constante évolution, comme c'est d'ailleurs également le cas dans les pays occidentaux, par exemple en ce qui concerne l'euthanasie. Le présent rapport ne se veut donc certainement pas un état des lieux définitif de la question.

En ce qui concerne la notion de "patients musulmans", référence sera souvent faite à un groupe "national" comme les Turcs ou les Marocains. Dans la mesure où les individus de ces communautés se définissent rarement comme non pratiquants, ce glissement devrait refléter assez fidèlement la réalité de la majorité des personnes concernées. Cependant, il faut noter que les habitudes culturelles, historiquement et géographiquement spécifiques, peuvent également jouer, au-delà de la seule religion, sur les représentations et conceptions en matière de santé, de maladie et de guérison. Il faudra également nuancer les attitudes décrites à l'aune de la sécularisation partielle d'une partie de la population présente en Belgique depuis deux, voire trois générations.

Enfin, l'utilisation des termes relatifs à une nationalité, telle que turque ou marocaine, vise à identifier l'origine des personnes concernées par le débat et ne réfère donc en aucun cas à la nationalité réelle -beaucoup sont bien sûr Belges- des populations et des individus examinés. Le lecteur voudra bien garder cette importante nuance à l'esprit.

1.

Les patients musulmans

Peut-on cerner la population concernée? Dans le rapport consacré aux musulmans de Belgique, réalisé à la demande de la Fondation Roi Baudouin et finalisé en septembre 2003 ², Hassan Bousetta et Brigitte Maréchal évaluent à quelque 400.000 les personnes d'origine musulmane en Belgique, toutes nationalités confondues (majoritairement originaires du Maroc et de la Turquie). Quant à l'appartenance religieuse, remarquent les auteurs du rapport, elle est difficile à cerner dans la mesure où, contrairement à des pays comme le Royaume-Uni où l'on recense ce critère sur la base d'une auto-identification, la Belgique se contente d'extrapoler en fonction de la nationalité, laissant ainsi de côté la réalité des Belges convertis, celle des enfants nés de parents étrangers ou des personnes naturalisées.

De la théorie à la pratique

Existe-t-il des problèmes de santé spécifiques aux patients musulmans? Le Dr Louis Ferrant, médecin généraliste et assistant au CUMG Antwerpen, et Philippe Hermans, anthropologue et psychologue au "Centrum voor Welzijnzorg" de Laeken (également lié au Centrum voor Interculturalisme - en migratie - onderzoek de la KU Leuven), ont répertorié, en 1991 ³, les différences dans la consommation de soins entre les patients marocains et les patients autochtones ⁴. A groupe social égal, ils constataient que "la différence la plus notable découle de la séparation plus importante chez les Marocains que chez les Belges, entre le monde des hommes et celui des femmes. La femme marocaine s'adressera donc en général de préférence à une soignante féminine. Malgré la féminisation de la médecine, la barrière culturelle de notre médecine à forte connotation masculine explique la moindre participation de la femme marocaine au niveau de la médecine préventive".

En dehors de cette variable culturelle et religieuse, Ferrant et Hermans ont isolé un certain nombre de différences dans les pathologies. Celles-ci n'ont pas nécessairement de base culturelle et/ou religieuse mais elles sont importantes à connaître pour le suivi correct des groupes concernés :

- les **pathologies d'importation**, c'est-à-dire celles qui auraient été amenées du pays d'origine, comme la malaria ou le choléra pour reprendre des affections connues. Elles sont très rares et ne concernent qu'une toute petite minorité des patients.
- les **pathologies d'acquisition** liées aux conditions de vie spécifiques des populations migrantes : c'est principalement la vétusté des logements et les conditions de travail qui ont une influence négative sur la santé. Les enfants sont notamment plus souvent atteints de maladies respiratoires, les femmes présentent un taux plus élevé d'accidents domestiques et les accidents dus au monoxyde de carbone (les
- les **pathologies d'adaptation** résultant du stress dans le processus d'adaptation à la société d'accueil. Elles sont assez nombreuses et à la base de beaucoup de consultations pour des problèmes organiques qui camouflent en fait une plainte psychologique. Il s'agit principalement de céphalées et de gastralgies (douleurs vives localisées au niveau de l'estomac). L'ulcère serait ainsi jusqu'à cinq fois plus présent chez les populations nord-africaines, encouragé par une combinaison de tabagisme important, la présence plus fréquente d'un micro-organisme (*Helicobacter pylori*) et du stress à la fois vis-à-vis de l'insertion dans la société d'accueil et des promesses à tenir par rapport à la famille restée au pays.

² "L'islam et les musulmans en Belgique : note de synthèse". Fondation Roi Baudouin - Programme Société civile. Hassan Bousetta (FNRS - Ulg) et Brigitte Maréchal (UCL).

³ "Problèmes de santé et expression de la plainte chez les Marocains de Belgique". Louis Ferrant et Phillip Hermans. Les cahiers du GERM. Collection "Expériences et analyses". IV/1991, numéro 219.

⁴ Il est intéressant à cet égard de constater que la plupart des données sont anciennes. Signe révélateur du manque d'intérêt - et donc de financement - pour la recherche dans le domaine de la santé des populations d'origine étrangère installées en Belgique.

Les pathologies particulières

Les femmes marocaines présentent également un certain nombre de pathologies spécifiques par rapport aux patientes de souche : une multiparité qui a cependant tendance à régresser et, surtout, une mortalité périnatale qui reste plus importante que celle des populations de souche : 14,4/1000 pour les femmes d'origine marocaines et 17,7/1000 pour les femmes d'origine turque pour 10,7/1000 pour la population de souche (chiffre de 1994). Ceci s'explique entre autres par l'attitude des femmes de la première génération qui ne voyaient pas la grossesse comme une situation demandant une attention médicale et, donc, par une tendance à ne se présenter que tardivement aux consultations prénatales, échappant ainsi au dépistage précoce de certaines grossesses problématiques. L'impact culturel et religieux transparait également à travers des maladies comme les problèmes urogénitaux qui sont moins correctement traités chez ces femmes à cause de leurs réticences à se présenter pour de tels examens chez un médecin.

On peut également évoquer la grande sédentarité des femmes qui restent souvent confinées dans leur logement, avec pour conséquence un surpoids présentant des risques pour la santé future (diabète, problèmes cardiovasculaires,...). C'est une évolution négative qui a surtout touché les femmes venues des campagnes où elles avaient l'habitude de se déplacer et de travailler aux champs.

Enfin, sans qu'il s'agisse de "problèmes" de santé, il faut également citer au nombre des démarches culturelles et religieuses spécifiques, la demande importante, chez les jeunes filles, de certificats de virginité et de reconstruction d'hymen. En ce qui concerne la première demande, une attitude assez commune chez les médecins et plannings familiaux, régulièrement confrontés à cette demande, est de délivrer le certificat à la demande sans examen médical préalable, sauf en cas d'exigence précise. Dans le deuxième cas, la demande fait la plupart du temps l'objet, en plus de l'examen médical, d'une discussion avec la jeune demanderesse pour clarifier les raisons de sa requête.

Le diabète, principalement celui de type II⁵, est l'une des maladies les plus fréquentes tant chez les femmes que chez les hommes issus de la communauté marocaine et est responsable, cette fois, d'une morbidité importante⁶. Certains racontent que le problème sanitaire serait indirectement lié à la religion dans la mesure où le Prophète aurait qualifié le sucre de source de sagesse et de force, une assertion qui rendrait donc difficile la promotion de conseils de prévention en faveur d'un rationnement du sucre.

Plus sérieusement, la littérature médicale constate effectivement que la consommation de sucre est très élevée dans la communauté, notamment chez les enfants, avec les problèmes dentaires et de surpoids qu'elle entraîne. On explique généralement cette surconsommation par les changements alimentaires chez les migrants qui ont eu subitement accès à une alimentation plus riche à laquelle leur métabolisme n'était pas habitué.

Des maux physiques pour exprimer un malaise psychologique

Un certain nombre de troubles spécifiques touchant les femmes sont liés, directement ou indirectement, aux prescrits et interdits religieux et aux habitudes culturelles qui en découlent. En 1994, le Dr Dominique Roynet, médecin généraliste en milieu immigré et membre du Groupe d'Étude et de Recherche sur la Médecine (GERM), relevait une série de somatisations récurrentes chez les femmes d'origine musulmane, principalement turques et marocaines, et des problèmes de contraception.

5 Le diabète de type I, insulino-dépendant (DID) est aussi appelé diabète "maigre" car l'un des premiers symptômes est l'amaigrissement, ou "juvénile" parce qu'il touche des sujets jeunes. Il compte pour environ 10% % des cas et il est traité obligatoirement par l'insuline. Le diabète de type II, non insulino-dépendant (DNID), aussi décrit sous le nom de diabète "gras" ou diabète de la maturité, puisqu'il survient souvent autour de la cinquantaine chez des personnes en surpoids. - Il compte pour environ 90 % des cas et il est traité par régime, plus médicaments pris par voie orale si nécessaire, et éventuellement insuline, après quelques années d'évolution.

6 La morbidité est le nombre absolu ou relatif des malades dans un groupe donné et pendant un temps donné. La mortalité étant le rapport entre le nombre des décès et l'effectif de la population dans un lieu et un espace temps déterminé.

Dans le premier cas, il s'agit des fameux "maux pour le dire", de symptômes physiques qui camouflent en réalité des problèmes psychologiques. C'est notamment le cas des vaginismes ou des douleurs urinaires se déclarant à répétition chez des femmes qui se sentent totalement perturbées dans leur vie de couple (à la suite d'un mariage arrangé, d'une "importation" en Belgique que ce soit de l'épouse ou du mari, ou d'une réclusion plus ou moins volontaire) et qui empêchent de fait toute relation sexuelle normale au sein du couple, une sorte de résistance passive inconsciente. Chez les très jeunes filles, c'est surtout la préoccupation de l'hymen préservé qui est au cœur de bon nombre de préoccupations et d'interdits (notamment vis-à-vis des cours de gymnastique auxquels la rumeur prête le risque de déchirure au hasard de l'un ou l'autre exercice).

Les témoignages recueillis par ce médecin avaient surtout pour objectif d'attirer l'attention du monde médical sur le caractère psychosomatique de ces demandes d'exams ou de prescriptions à répétition. Le Dr Roynet estimait ainsi que si un traitement médicamenteux approprié devait bien sûr être délivré pour résoudre le problème évoqué, il devait dans l'idéal être "doublé" par une thérapie de déconditionnement portant sur la prise de conscience progressive chez ces femmes du lien entre leurs plaintes et la pratique sexuelle. Cependant, déplorait le médecin, ce type de thérapie s'adresse généralement au couple et il est très difficile, voire impossible, d'impliquer les maris d'origine musulmane dans le processus de résolution du problème. D'un autre côté, les conflits et les tensions qu'engendrent ces problèmes au sein des couples rejaillissent également sur les hommes qui ont encore moins les moyens et l'habitude d'aborder ce genre de sujet avec un professionnel de santé quelconque.

Enfin, les problèmes de santé mentale, dus notamment au stress d'adaptation, sont fréquents dans les différentes générations. Pour des raisons liées à la fois à la méconnaissance des structures de santé mentale et à une peur profondément ancrée vis-à-vis de tout ce qui a trait à la folie, ces problèmes sont peu suivis et peu pris en compte. Ils nécessiteraient sans doute une étude à eux seuls.

2. Santé, maladie et éthique en islam

Pour rappel, la présentation ci-dessous se veut un exposé non pas exhaustif mais informatif de ce que peuvent être les conceptions de l'islam en matière de santé et les difficultés potentielles que peuvent rencontrer soignants et patients musulmans dans leur relation de soins. A ces conceptions de base, il faut également ajouter des variations culturelles, géographiques ou historiques.

La maladie en islam

Tout d'abord, l'idée de prévention est sous-jacente à la conduite de tout musulman qui, rappelle le Dr N. Messaadi dans "Le patient musulman"⁷, "se doit de maintenir dans les limites de ses possibilités une bonne santé en prêtant une attention toute particulière à son hygiène physique, alimentaire, du sommeil et de son psyché". Cependant, les médecins ne constatent pas de réelle application concrète de ces conseils dans le comportement des patients qui auraient plutôt tendance à développer le fatalisme traditionnel selon lequel le croyant est dans la main de Dieu et que ce qui doit lui arriver de par la volonté divine lui arrivera nécessairement, quoi qu'il fasse personnellement.

En Islam, la maladie n'est pas considérée comme une punition ou une malédiction mais plutôt comme une épreuve, une façon d'expier ses fautes. La manière dont on va la supporter et mettre tout en œuvre pour la guérir sera donc une preuve de foi.

La notion d'adéquation du traitement à la maladie est importante. Elle ne signifie pas seulement que le traitement doit être utile et adapté mais, plus loin, qu'il ne peut passer par un acharnement thérapeutique ou le remède serait plus pénible pour le patient que le problème originel. Dans l'Islam, il ne faut lutter contre un mal que lorsque l'on est sûr de ne pas créer un mal encore plus grand. Enfin, si le soin revient à l'équipe médicale, la guérison, elle, vient de Dieu.

Le principe veut que l'on parte généralement du traitement le plus simple au plus compliqué. C'est pour cela que les invocations du Coran sont souvent utilisées en premier ressort par le patient lui-même ou un membre de sa famille. Interdire au patient ou à son entourage de pratiquer ces invocations reviendrait donc à lui interdire d'avancer sur le chemin de la guérison.

Autre différence, plutôt d'ordre culturel celle-là, nous apprenons très jeunes, dans les pays européens, à essayer d'être "matures" dans la gestion de notre santé : nous devons nous efforcer en tant qu'individu de réfléchir au diagnostic qui nous a été donné et d'envisager comment nous pourrions faire en sorte que le traitement soit le plus efficace. Il n'en va pas de même dans les cultures musulmanes où il n'est pas d'usage par exemple de faire part d'une mauvaise nouvelle directement à l'intéressé mais où il s'agit de l'adresser d'abord à la famille, ce qui ajoute un intermédiaire à la transmission du message et peut compliquer le suivi du traitement. De même, la notion de décès ou d'aggravation d'une maladie ne sera pas reliée directement à un échec du traitement mais bien à la volonté de Dieu.

Enfin, la vision islamique de la médecine est plus holistique que mécanique comme l'est la médecine moderne en Occident. Elle prend donc en considération tous les aspects de la vie et de la souffrance du patient plutôt que de se focaliser sur l'un ou l'autre organe qui serait à la base du dysfonctionnement. En abordant une pathologie, elle accordera de l'importance aussi bien aux symptômes proprement dits qu'au cadre de vie du patient, au climat, à l'environnement, à l'hygiène de vie et à son alimentation.

⁷ "Le patient musulman. Guide pratique". Elaboré par le Comité éthique de l'Association Médicale Avicenne de France. Editions Essalam.

Des spécificités

DANS LA VIE QUOTIDIENNE

L'alimentation

La viande de porc est interdite de consommation et en ce qui concerne les autres viandes, elles doivent provenir d'un animal tué selon un abattage rituel (égorgé c'est-à-dire saigné avant la mort) afin d'être "halal". C'est la raison pour laquelle de nombreux patients musulmans hospitalisés préfèrent demander des plats végétariens plutôt que de courir le risque de manger une viande impure.

DANS L'UNIVERS FÉMININ

La contraception

L'utilisation de moyens de contraception quels qu'ils soient est permise à condition que cette utilisation ne soit pas le résultat d'une pression, que la décision aie été prise par le couple et que l'utilisation ne se fasse pas au détriment de la santé de l'un des membres du couple. Le stérilet et la pilule du lendemain peuvent cependant poser problème car, comme dans la religion catholique, certains estiment que le fonctionnement du stérilet repose sur l'élimination d'un ovule éventuellement fécondé et que ces méthodes doivent donc être interdites.

On ne peut pratiquer des interventions conduisant à la stérilité sauf s'il y a une véritable nécessité pour le maintien de la santé de la femme. La ligature des trompes comme méthode définitive de contraception est donc formellement interdite puisqu'elle établit un obstacle artificiel à la reproduction mais elle est cependant autorisée si une grossesse éventuelle met la santé de la mère en danger et/ou que l'utilisation d'un autre moyen de contraception est totalement contre-indiquée dans le cas de la patiente.

L'allaitement

L'allaitement est un processus qui occupe une place importante dans la conception de la famille en Islam. Il est considéré, au niveau collectif, comme la méthode de contraception plus puissante que toutes les autres méthodes réunies. Il faut noter qu'il n'en va pas de même au niveau de la famille en tant que telle où il n'est, en revanche, pas considéré comme relevant d'un planning familial fiable. Le Coran préconise un allaitement pendant deux ans.

L'allaitement a également une valeur symbolique très forte. La "mère de lait" (femme allaitante qui peut donc être une nourrice) a un statut valorisé au point que, dans les pays musulmans, certaines décisions légales concernant le mariage lui accordent le statut de mère naturelle. Les enfants de cette femme ainsi que ceux qu'elle aura allaités seront ainsi considérés comme frères et sœurs de lait et ne pourront se marier entre eux.

A L'HÔPITAL

Lors d'une hospitalisation, une attention particulière est donnée à la pudeur et aux obligations religieuses.

La pudeur

Le fait de minimiser l'importance de la pudeur dans la culture musulmane peut mener à une impasse thérapeutique. Exemple, ce cas vécu dans un cabinet de médecine généraliste où une assistante a tenu à examiner un homme atteint d'une infection génitale. L'homme, ne sachant pas bien s'exprimer, n'a pu refuser. Cet examen a provoqué de sérieux problèmes dans le couple car l'épouse ne pouvait accepter que son mari ait été touché par une femme. Ils ont donc dans un premier temps cessé toute relation thérapeutique avec le cabinet médical concerné. Les médecins se

disent aujourd'hui qu'il aurait été facile d'éviter cette situation en donnant un minimum d'information à l'assistante sur les us et coutumes des patients musulmans qui sont régulièrement accueillis. Elle aurait pu alors présenter l'examen plus graduellement, tout en laissant la possibilité à l'homme de refuser l'examen immédiat pour le reporter à plus tard chez un confrère masculin disponible.

Le soignant se doit de préserver les parties intimes du patient sauf en cas de nécessité. Concrètement, cela peut signifier par exemple que la tenue hospitalière habituelle pour les interventions (chemise ouverte à l'arrière) peut être très mal ressentie. Les musulmans ne sont d'ailleurs sans doute pas les seuls à se sentir diminués dans cette tenue mais le concept de pudeur, très présent culturellement, renforce encore ce malaise. Aux Etats-Unis, certaines cliniques accueillant de nombreux patients d'origine musulmane ont d'ailleurs opté pour une chemise plus adaptée. De même, la prise de température rectale est souvent mal vécue.

Les obligations religieuses

La prière, le deuxième pilier de l'Islam, doit être effectuée cinq fois par jour par le musulman. Elle doit être effectuée dans le respect de certaines conditions sous peine de ne pas être considérée comme valable. Il s'agit notamment des purifications et/ou ablutions. Dans le milieu hospitalier, il ne sera cependant pas toujours aisé de pratiquer correctement ce rite. La religion musulmane peut cependant se montrer flexible pour les situations particulières. Ainsi, si le croyant est immobilisé et qu'il ne peut pas se lever pour accomplir ses ablutions et ses prières, il peut les mimer tout en restant couché dans son lit. S'il ne peut utiliser de l'eau, il peut mimer les gestes à sec avec une pierre "ou toute autre objet propre issu de la terre". Quant aux prières, il est permis au patient alité de ne pas se tourner vers la Ka'bah (la Mecque). Il peut donc mimer les gestes rituels dans son lit et même regrouper certaines prières (la 2^{ème} avec la 3^{ème} et la 4^{ème} avec la 5^{ème}) s'il éprouve des difficultés à les accomplir à temps.

La crainte de ne pas pouvoir éventuellement satisfaire à ses obligations religieuses est au cœur de certains malentendus entre les patients et les soignants. Cas vécu aux urgences d'un hôpital : une famille musulmane amène un patient grabataire mais qui se révèle pourtant dans un état avancé d'excitation ou de colère en s'en prenant au personnel soignant. Il faudra l'intervention d'une jeune femme, présente parmi les accompagnants, pour expliquer aux soignants que l'homme est terrorisé à l'idée de mourir dans un hôpital où ses ablutions ne pourraient être effectuées correctement, au risque de partir dans l'au-delà avec une âme souillée. Une fois que l'hôpital s'est engagé à laisser un membre de la famille se charger de la toilette mortuaire, le patient s'est calmé.

L'entourage par la famille

L'entourage affectif du patient est fortement recommandé. La famille devra toujours positiver l'avenir lors des visites et la lecture des versets se rapportant à la maladie est censée apporter du réconfort en rappelant les notions de purification, de courage, de patience et de foi. La double nécessité de soutenir le moral du malade et de rassurer celui-ci quant à la pureté des aliments qu'il ingère provoque également de fréquents conflits lors des hospitalisations lorsque les familles préfèrent fournir des plats maisons au patient plutôt que de le laisser se nourrir avec les plats préparés à l'hôpital. Le personnel soignant a tendance à rejeter cette pratique en considérant qu'elle ne répond pas aux nécessités diététiques de l'état du malade.

En ce qui concerne les visites nombreuses et que le personnel hospitalier juge généralement assez indisciplinées, il semble cependant difficile de les "excuser" par un prescrit religieux quelconque. Si la famille proche et élargie est effectivement en charge du soutien moral du malade, les textes lui enjoignent également d'agir dans l'intérêt de ce dernier et donc de lui assurer repos et calme si son état les requiert.

La fin de vie

Quand les signes de la fin se manifestent, on doit orienter le mourant vers la Ka'Bah, étendu sur le côté droit, ou sur le dos, les pieds en direction de la Ka'Bah. Le défunt nécessite en outre une purification ultime avant d'être mise dans les linceuls; il est préférable qu'elle soit effectuée par un membre de la famille ou, mieux, par un membre s'occupant d'un lieu de culte musulman.

EN MATIÈRE D'ÉTHIQUE

Don d'organe

Partant du principe que tout dommage doit être réparé chez un individu lorsque c'est possible, le don d'organe pendant la vie est autorisé. Cependant, le don ne peut provenir ni d'un mineur, ni d'une personne déficiente mentale, ces deux catégories de personnes n'étant pas censées être à même de faire la distinction entre le bien et le mal. Le don ne peut non plus porter sur un organe apparent (œil, main ou pied) ou un organe unique (cœur, totalité du foie) dont le prélèvement provoquerait un problème supérieur à celui qu'il est censé résoudre. Pour des raisons tenant au refus du mélange des descendances, l'éventualité d'une greffe d'ovaires ou de testicules est également écartée. Enfin, l'utilisation des organes des animaux dont la consommation est illicite (comme le porc dont les cellules embryonnaires sont utilisées dans le traitement de la maladie de Parkinson) n'aura lieu qu'en cas de nécessité extrême et en l'absence d'alternatives valables.

Le prélèvement sur une personne décédée est également autorisé à la condition que la personne concernée en ait donné l'autorisation expresse de son vivant et, en l'absence de cette autorisation, c'est la famille proche qui devra donner son approbation. Il n'y a pas de différence entre le don et la réception d'un organe entre musulman et non musulman mais il y a une priorité à respecter : d'abord un parent, ensuite un voisin....

Soins palliatifs

Le médecin et les soignants doivent faire tout ce qu'ils peuvent pour soulager le patient mais l'acharnement thérapeutique, l'imposition de soins dont l'utilité peut être remise en cause, est rejetée. Contrairement à la religion catholique, l'islam ne valorise pas la souffrance car une grande douleur, surtout si elle est chronique comme dans le cas du cancer, empêche l'accession du croyant à la conscience de sa place sur la terre. La réflexion sur le sens réel de la vie pousse également les musulmans à refuser des actes qui relèveraient du progrès scientifique mais ne viseraient qu'à prolonger la vie au prix d'une grande souffrance pour le patient.

La mort des uns devant pouvoir aider les autres à se situer par rapport à leur propre vie, la considération à apporter à l'entourage est à nouveau très importante. Cependant, l'entourage ne se limite pas ici à la seule famille mais également aux soignants dont on respecte la souffrance personnelle lorsqu'ils accompagnent un patient ou qu'ils le perdent.

L'euthanasie

Chez les musulmans, "Dieu seul détient la vie et la mort, l'heure et les circonstances de celle-ci". L'homme ne peut donc ni se donner la mort, ni la provoquer chez quelqu'un d'autre. En revanche, si les souffrances d'une personne ne peuvent être soulagées, celle-ci s'ouvre une possibilité en évoquant Dieu : "Seigneur Dieu, laissez-moi en vie tant que la vie est un bien pour moi et faites-moi mourir si la mort est préférable pour moi".

Cependant, la demande d'euthanasie est plutôt considérée comme l'échec de la communication avec le patient, quant à sa souffrance et à son isolement notamment, et le résultat de soins inadaptés, c'est-à-dire inutiles ou entraînant une trop grande souffrance.

L'interruption de grossesse

La règle générale est le respect de la vie. Cependant les différentes écoles juridiques⁸ autorisent l'interruption volontaire de grossesse de manière plus ou moins large. Les plus restrictifs interdisent formellement l'IVG sauf si la vie de la mère est mise en danger. La seconde l'autorise jusqu'à 40 jours de grossesse en cas de nécessité, y compris psychologique, avec l'accord du mari comme condition indispensable. Enfin, la dernière école autorise l'avortement jusqu'à 120 jours de grossesse en cas de nécessité.

DANS LE DOMAINE BIOÉTHIQUE

La fécondation artificielle

Les enfants sont un bien précieux dans l'islam. Dieu a dit "Les biens et les enfants sont l'ornement de la vie de ce monde". De nombreuses conférences de consensus de juristes musulmans contemporains ont donc conclu que le recours à l'assistance à la procréation est possible. Un certain nombre de conditions doivent cependant être rencontrées. Les origines du sperme et de l'ovule doivent être respectivement du père et de la mère, il ne peut donc être question de don d'ovule et/ou de sperme dans le cas d'une stérilité totale de l'un des membres du couple. L'assistance se fait pendant la vie du couple, il est donc interdit d'y recourir après un divorce ou lorsque l'un des parents est décédé. La réimplantation est réservée à l'utérus de la mère, tout recours à une mère porteuse est donc exclu.

Le diagnostic préimplantatoire de maladies génétiques

Il est permis à condition qu'il se fasse avec l'accord des personnes concernées. De même, face à une suspicion de maladie héréditaire, il est permis de ne pas réimplanter l'œuf fécondé afin d'éviter la naissance d'un enfant atteint d'un grave handicap.

La thérapie génique

L'introduction de gènes "sains" est autorisée pour peu qu'elle ne mette pas en danger la vie du patient et qu'il n'y ait pas de modification de ses caractéristiques génétiques propres. Il est, en revanche, strictement interdit de l'utiliser dans un objectif d'eugénisme (actes visant à l'amélioration de la race humaine).

8 Les quatre écoles juridiques du sunnisme (de "Sunna", la tradition) sont le malékisme (de Malik Ibn Anas qui a vécu entre 712 et 796), le hanbalisme (de Ibn Hanbal, 781-856), le shafîisme (de Al-Shafî 768-820) et le hanafisme (de Abû Hanifâ, 700-767). Elles ne concernent donc pas l'autre grande branche de l'islam, le chiisme, ou la troisième, le Kharidjisme, beaucoup moins répandu que les deux premiers.

3.

Focus

Ce chapitre vise à examiner plus en profondeur certains aspects particuliers de l'application des variables culturelles ou religieuses islamiques dans le domaine de la médecine.

Les médicaments

Un traitement prescrit ne peut contenir de substances illicites. L'éventualité de la présence d'éléments d'animaux interdits (gélatine ou insuline de porc...) pousse parfois certains patients à ne pas prendre leurs médicaments quand ils ne sont pas certains que les produits sont conformes. Cependant, il est admis qu'au cas où il n'y a pas d'alternative et que le traitement est nécessaire à la survie du patient, il peut être utilisé.

En Grande-Bretagne où la communauté musulmane est importante (environ 1,5 millions de personnes), une enquête a été effectuée parmi des patients et des généralistes musulmans pour connaître l'impact de la croyance religieuse sur le suivi des traitements⁹. Au total, 50 patients et 18 généralistes des West Midlands ont été interrogés : 26% des patients seulement ont déclaré qu'ils prendraient un médicament dont ils ne sont pas certains qu'il soit *halal* (permis), 42% ont déclaré qu'ils ne prendraient pas un produit dont ils ne pas sûrs et 58% ont affirmé qu'ils suspendraient un traitement s'ils découvraient que celui-ci est *haraam* (contenant des substances interdites).

Ils se sont par ailleurs prononcés sur ce qui est acceptable ou non en fonction de la gravité de la maladie. Seuls 8% des patients et 22% des généralistes considéraient qu'il était acceptable pour un musulman de prendre un médicament *haraam* pour traiter une affection mineure. En revanche, 36% des patients et 44% des praticiens étaient d'avis que la prise d'un médicament *haraam* était permise dans le cas d'une maladie grave. Enfin, 50% des patients seulement estimaient que leur médecin était au courant de leurs prescrits religieux.

Conclusion de l'étude : "Il y a clairement là une nécessité d'informer plus avant à la fois les patients musulmans et les professionnels des soins de santé concernant le respect des exigences du régime des patients musulmans. Une grande proportion de musulmans affirme vouloir stopper la prise d'un médicament qui se révélerait ne pas être *halal*. Ceci pourrait avoir de lourdes implications de santé. (...) 64% des patients et 56% des généralistes interrogés ont également affirmé qu'un musulman ne pouvait, ou du moins qu'ils n'étaient pas certains qu'un musulman puisse, prendre un médicament *haraam* pour traiter une affection majeure. Dans les cas particuliers, les patients et les médecins devraient avoir la possibilité de rechercher le conseil de sages pour obtenir une interprétation correcte de la loi islamique en ce qui concerne l'usage des médicaments considérés comme *haraam*".

La notion de pureté

La notion de pureté occupe une grande place dans la vie quotidienne des musulmans. Le Prophète aurait ainsi dit que "l'homme attaché à la pureté de son corps, à l'éclat de son visage et à la propreté de ses membres ressuscitera dans cet état, le visage éclatant, le front étincelant, le corps et les membres purifiés". Par conséquent, la propreté du corps – et par extension la pureté de la nourriture et des vête-

⁹ "Concordance in Muslim patients in primary care". A. Bashir, M. Asif, F.M. Lacey, C.A. Langley, J.K. Marriot and K.A. Wilson. The International Journal of Pharmacy Practice, September 2001.

ments - requiert des soins particuliers. On considère qu'elle ne représente pas seulement un confort matériel mais, qu'elle a un effet profond sur la purification de l'âme et l'aptitude de l'homme à assumer le poids de la vie.

C'est la raison pour laquelle la purification est une exigence incontournable dans la vie de tous les jours. Elle est rythmée par les ablutions lors des cinq prières quotidiennes. L'islam distingue d'ailleurs la purification complète qu'il pratique lors d'occasions importantes et les ablutions mineures pour les situations ordinaires. Le vendredi (jour de la prière en commun à la mosquée) a, d'autre part, été consacré par le Prophète comme le jour où il faut se laver, ce prescrit étant plus particulièrement adapté à des époques ou des lieux où l'eau ne pouvait être utilisée en abondance dans chaque foyer.

Il ne s'agit pas seulement d'apparence puisque les soins de la bouche, des dents et des gencives ont donné lieu à des prescrits depuis les temps les plus anciens, bien avant que l'Occident ne s'intéresse à l'hygiène buccale. L'ensemble des règles de propreté, relatives tant au corps qu'aux vêtements, doivent avoir, aux yeux des musulmans, un effet sur la santé mentale des fidèles, sur l'optimisme de chacun dans ses rapports à lui-même et aux autres.

Dans le même ordre d'idées, le croyant doit éviter le péché car celui-ci, porteur d'excès pour l'organisme, entraîne la maladie.

Le jeûne du Ramadan

Le jeûne du Ramadan est l'un des cinq piliers de l'islam par lequel les croyants, dès qu'ils sont pubères, vont purifier leur âme et se voir absous de tous leurs péchés. Pendant quatre semaines, le musulman s'abstiendra totalement de tout aliment, de toute boisson et de tout rapport sexuel entre le lever et le coucher du soleil. Cette période, partagée au même moment par tous les croyants de tous les pays, procure à chaque musulman un sentiment très fort d'appartenance communautaire, d'identité, et pousse donc chacun à se conformer à ce rituel même s'il n'est pas en pleine santé. Une autre raison pour laquelle chacun s'efforce de suivre le Ramadan est que le musulman qui ne jeûne pas va devoir rattraper les journées perdues en dehors de la période où toute sa communauté est prise dans le rythme, l'obligeant ainsi à un surcroît d'effort. S'il ne peut rattraper les journées perdues, il devra les "racheter" en s'acquittant de l'aumône pour les pauvres.

Les professionnels de la santé et les soignants au sens large se trouvent, pendant le Ramadan, bien souvent confrontés à la fois à des problèmes de non respect du traitement prescrit, à des reports d'examen médicaux, à des bouleversements physiques et psychiques (problèmes digestifs, fatigue due à l'hypoglycémie, irritabilité résultant du sevrage de nicotine ou de caféine, céphalées,...) dus à une rupture du rythme de vie et aux changements alimentaires.

Si, globalement, on considère que la quantité énergétique apportée par l'alimentation reste la même, en revanche, le régime alimentaire particulier à cette période suscite des déséquilibres dont le principal reste évidemment la déshydratation de l'organisme, surtout lorsque le Ramadan a lieu en été. Un jeûne mal préparé peut en effet provoquer un certain nombre d'inconvénients : constipation, hypoglycémies, infections urinaires,...

Chez les patients âgés et chez les mères allaitantes, entre autres, la pratique du Ramadan nécessite des conseils particuliers pour éviter des problèmes. Ensuite, ce sont les personnes atteintes de maladies chroniques (diabétiques, hypertendus, asthmatiques, épileptiques,...) et donc astreintes à un suivi assez strict de traitement qui doivent faire l'objet d'une attention particulière. Les accidents ne sont

d'ailleurs pas rares. Un médecin diabétologue parisien a ainsi relevé des décompensations diabétiques deux à trois fois plus fréquentes, entraînant des hospitalisations en urgence, pendant cette période.

L'information concernant les différents aspects de la prise en charge médicale en période de Ramadan est abondante sur le Net. Cependant, diverses écoles s'y côtoient et suivant la sensibilité religieuse ou géographique, les informations données peuvent diverger peu ou prou d'une source à l'autre. On y retrouve à la fois des mises au point en fonction des diverses pathologies les plus à risques (diabète, asthme, atteinte rénale,...) aussi bien que des recommandations à l'usage de ceux et celles qui vont jeûner (ex. : conseils diététiques sur la composition des repas pris avant l'aube et après le coucher du soleil). Il faut également noter que les sites donnant des indications concernant le Ramadan et la santé invitent très explicitement les candidats au jeûne à consulter un ou plusieurs médecins en cas de doute.

Difficultés pratiques...

Le Dr Naima Bouali, médecin généraliste à la maison médicale Norman Béthune (Molenbeek, commune de l'agglomération bruxelloise accueillant une forte population d'origine immigrée), s'est penchée sur les implications sanitaires de cette période et sur l'accompagnement du patient par son médecin traitant ¹⁰: "Les généralistes sont confrontés à cette impressionnante et déroutante imbrication du spirituel dans leur pratique. Force est de constater leur manque de savoir-faire et de savoir-être face aux convictions religieuses des patients, et le manque de sensibilisation "aux choses de l'esprit" durant leur formation. Ces connaissances sont pourtant nécessaires pour une prise en charge globale de la personne soignée. D'autre part, le contexte socio-économique et le rythme de vie n'étant pas similaires d'un pays à l'autre, les conditions de la pratique du Ramadan diffèrent selon la localisation géographique, le type de climat et la saison, impliquant que les recommandations faites sous d'autres cieux ne sont pas forcément applicables ici. (...) Il s'agit d'une véritable question de santé publique dès lors que dans les pays européens, le Ramadan met l'accent sur la nécessaire intégration de la multiculturalité, au moins une fois chaque année."

Aux variations sociales et géographiques s'ajoutent d'ailleurs les divergences d'opinion entre les clercs eux-mêmes ou entre les clercs et les croyances populaires : l'incertitude concerne plus particulièrement les injections, les gouttes nasales, les prises de sang, les lavements,... Faute de texte de consensus largement diffusé, les croyants adoptent souvent l'attitude la plus restrictive, estimant que dans le doute, il vaut mieux s'abstenir plutôt que de rompre accidentellement le jeûne et être obligé de récupérer par après les jours de jeûne perdus. Le Dr Bouali relève effectivement les interprétations différentes : "Pour y voir clair, certains se rattachent à l'idée que "tout ce qui entre dans le corps rompt le jeûne, tout ce qui en sort ne le rompt pas". D'autres nuancent entre ce qui va vers l'estomac et ce qui n'y va pas. D'autres encore se demandent si ce qui entre dans le corps, par l'estomac ou autrement, est d'ordre nutritif ou strictement médicamenteux". En l'absence d'un accord parmi les "experts", les patients musulmans vont donc se fier aux croyances familiales, à l'une ou l'autre lecture, conseil de "sages" de la communauté ou aux directives de la mosquée locale.

Les malades chroniques, s'ils ne sont pas guidés correctement, se trouvent également face à ce choix : respecter le jeûne ou leur traitement. Le Dr Naima Bouali souligne dès lors l'importance d'anticiper et de planifier différemment les soins chez les patients durant le jeûne : "Faute de quoi on constate que les deux tiers des patients adaptent eux-mêmes leurs traitements ce qui n'est pas sans risque comme le rapporte une étude koweïtienne portant sur trois cent vingt-cinq patients ambulatoires, musulmans pratiquants : 80% ne reconnaissent pas leurs maladies chroniques comme raison valable de ne pas jeûner, contre 8% qui se sentent moins bien durant le Ramadan et 12% qui se disent prêts à renoncer à ce jeûne

¹⁰ "Ramadan, impact en médecine générale". Naima Bouali. Santé Conjuguée. Octobre 2003. n° 26.

sur conseil médical; 64% ont modifié leurs traitements (avec risque d'interaction majorée) ce qui aboutit à un moins bon contrôle des maladies chroniques telles que le diabète, l'asthme, l'hypertension."

... Et solutions

Certains efforts en matière d'information "labellisée" commencent cependant à voir le jour. En France, par exemple, le réseau de médecins musulmans Avicenne, créé en 1988 pour favoriser le dialogue entre soignants et patients musulmans, présente sur son site Web (www.amaf-france.org/) un texte reprenant les comportements autorisés et ceux qui sont interdits en période de Ramadan (voir annexe 1 avec un autre texte reflétant la richesse de l'information qui peut exister dans ce domaine). En Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, des éléments d'information sont également largement disponibles et d'ailleurs répercutés dans les médias professionnels du monde médical. En Belgique, il n'existe pas d'initiatives semblables.

Le Dr Naïma Bouali livre quelques pistes pour les soignants appelés à travailler avec des patients musulmans pendant le jeûne du Ramadan :

- s'informer, connaître les aspects spirituels et sociaux du Ramadan, ainsi que les cas d'exemption et les actes médicaux qui, de l'avis le plus général, ne rompent pas le jeûne. En cas de doute ou de difficulté, il faut tenter de s'informer auprès des personnes compétentes et, si possible, s'assurer de leur collaboration;
- montrer que l'on respecte le désir et les convictions des gens tout en expliquant, dans les cas sérieux, les raisons médicales pour lesquelles le jeûne est à déconseiller ou à interdire. Ne pas perdre de vue qu'en définitive c'est à la personne seule que revient la décision, ceci afin de mieux pouvoir gérer la situation avec elle;
- tenter de ne pas médicaliser la période du Ramadan; postposer les examens autant que possible; adapter les traitements aux circonstances (adaptation de la médication; examens et/ou injections pratiqués après la tombée du jour...).

Pour les patients hospitalisés, le jeûne du Ramadan suscite également beaucoup de questions sur ce qu'il est correct ou non de faire. Dans ce cas, on dit généralement qu'il est clair que si la maladie est incompatible avec le jeûne, aucun problème ne se pose puisque le malade doit interrompre le jeûne. Dans le cas contraire, le personnel soignant est invité à conserver les plateaux des repas pour le soir au coucher du soleil et avant l'aube. Il est cependant évident que, dans la plupart des institutions hospitalières, ces consignes ne pourraient pas être suivies sous peine de désorganisation des services.

La séparation des sexes

Un patient ou une patiente a-t-il le droit, en fonction de ses convictions religieuses et/ou des habitudes sociales et culturelles en découlant, de refuser d'être soigné par un praticien ou un soignant d'un autre sexe que le sien?

La question est source de débats parfois passionnés. En décembre 2003, dans la foulée du "Rapport Stasi sur la laïcité en France", le Président Chirac s'était ainsi publiquement exprimé contre ce droit. Or, rappellent certains, dans le féminisme naissant des années 70, on a vu une partie des femmes réclamer le droit de pouvoir consulter des gynécologues femmes, censées être plus à même de les comprendre et leur évitant d'être examinées par un homme.

D'autre part, le Code de déontologie médicale prévoit indirectement la possibilité de choisir son thérapeute, bien qu'évidemment la raison de départ ne soit pas religieuse (voir à ce propos l'annexe II présentant les articles du Code de déontologie se rapportant aux relations entre le médecin et son patient).

Sur le terrain, la souplesse est (généralement) de mise. La féminisation de la profession

médicale permet aussi bien de consulter facilement un généraliste femme que de bénéficier de consultations à l'hôpital où praticiens masculins et féminins sont présents en même temps. Au sein de la communauté musulmane, des médecins, comme ceux du réseau français Avicenne, préconisent également la souplesse : "(Il faut) Tenir compte des enseignements islamiques lorsque le médecin et le patient sont de sexes différents. En effet, dans les enseignements islamiques, il est interdit à l'homme d'examiner une femme qui peut lui être épouse et vice-versa car dans ces actes se trouvent la vision et le toucher. Mais l'on trouve des explications lorsqu'il y aura manque de personnel du même sexe et la règle juridique dit : "L'urgence prévaut sur l'ordre". Dans les hadiths prophétiques et authentiques, il a été rapporté qu'en cas d'urgence une soignante peut porter secours à un homme. Et il est obligatoire qu'il y ait présence d'une tierce personne au moment de l'examen médical afin que les deux sexes opposés ne se trouvent pas en tête à tête sauf s'il y a urgence".

Et de justifier cette souplesse par les références historiques : "A l'époque de notre messager, paix sur lui, une femme nommée Rafida des Ansars, devient célèbre pour ses capacités médicales. En effet, le prophète Muhammad, paix sur lui, lors de la bataille du fossé, lui installa une tente, comme hôpital militaire, dans sa mosquée. De surcroît l'histoire de la civilisation musulmane est riche de célébrités féminines dans le domaine de la médecine. A l'époque de l'empire des Oumayyades, Zainab, médecin de Béni-Aoud sera reconnue pour ses performances en ophtalmologie. Dans la même époque, l'arrière et la petite fille du calife Abou Bakr Essidik se sont rendus célèbres par leurs connaissances en médecine d'une façon générale et plus spécifiquement en gynécologie".

En revanche, d'autres situations auxquelles sont régulièrement confrontés les médecins trouvent plus difficilement de solution : comment aborder les cas où le mari répond systématiquement à la place de sa femme même lorsque le soignant est une femme? Comment traiter une femme qui n'ose pas demander de contraception devant son mari qui l'accompagne obligatoirement mais qui revient ensuite, en l'absence de celui-ci, demander régulièrement une IVG?

L'exigence des maris est d'ailleurs souvent le produit d'une méconnaissance. "Je ne peux garantir que le Coran dit qu'une femme doit se faire ausculter par une femme, mais dans le doute...", se justifiait le mari d'une patiente dans un article du Monde (06/12/03). La revendication de ségrégation semble également avoir une connotation sociale car les hôpitaux constatent qu'au plus les patients proviennent d'un milieu social élevé, au moins cette exigence apparaît.

Dans "Le patient musulman", le Dr N. Messaadi estime "qu'il est utile de favoriser la prise en charge du patient par un soignant de même sexe et ne déroger à cette attitude que lorsqu'il y a urgence ou si les moyens humains ne le permettent pas".

Une femme, médecin généraliste, marocaine et musulmane, à Schaerbeek, constate bien que les patients expriment plus souvent qu'avant le désir d'être pris en charge par des personnes de même sexe. Cependant, cette demande n'est pas formulée comme un ultimatum dans la majorité des cas. Ce médecin généraliste constate que certaines patientes, présentant tous les signes extérieurs d'islam rigoriste (voile très couvrant, chaussettes et gants noirs,...) s'inscrivent sans problème chez les spécialistes masculins auxquels on les réfère lorsque l'alternative n'existe pas.

On peut enfin s'interroger sur la réaction d'un mari musulman face à la prise en charge de sa femme par un praticien masculin et qui sera différente selon l'appartenance communautaire (musulman ou non) de ce praticien.

Les guérisseurs traditionnels

L'influence des Djinns et autres esprits sur la vie est très présente chez les patients musulmans. Pour les Marocains, par exemple, "Aïcha Qandicha", est souvent évoquée dans la présentation d'un problème de santé car cette entité est supposée provoquer la maladie de celui qui entre en contact avec elle.

Cependant, certaines formes de recours à des "thérapeutes parallèles" peuvent se révéler dangereux. Ainsi, le 5 août 2004, une jeune femme de 23 ans est décédée dans un hôpital bruxellois des coups qu'elle avait reçus lors d'une séance d'exorcisme réclamée par son mari et pratiquée par un imam émanant d'une association ayant déjà eu des démêlés avec les autorités pour exercice illégal de la médecine.

Il est évidemment difficile, faute de recherches spécifiques, de quantifier le recours aux guérisseurs traditionnels parmi les populations musulmanes installées en Belgique. En revanche, Cor Hoffer, un sociologue et anthropologue néerlandais, spécialisé dans les rapports entre la médecine et l'islam, a étudié la question pour les Pays-Bas. Il cite le chiffre de 5% de personnes concernées parmi les communautés islamiques locales, soit une petite minorité.

Il fait surtout remarquer qu'en la matière, il faut établir une distinction entre l'islam et les coutumes qui ont pu se développer au sein des communautés islamiques. Officiellement, l'islam interdit en effet de recourir au charlatanisme pour rechercher la guérison. Le Prophète ayant déclaré qu'il existe un remède pour chaque mal, il préconise plutôt le recours aux spécialistes compétents dont il faut demander avis et conseil. Les amulettes, talismans et autres incantations, sont pourtant assez répandues dans la population même si elles sont considérées comme des pratiques remontant "aux temps de l'ignorance".

Dans "Les problèmes de santé chez les Marocains vivant en Belgique" ¹¹, l'anthropologue et psychologue Philip Hermans relève le fait que la plupart des maladies mentales sont encore attribuées par les Marocains traditionnels aux "jnoun" (démons, mauvais esprits). Il s'agit donc, en quelque sorte, "d'expliquer" par des constructions culturelles (le recours aux démons importés des pays d'origine) des problèmes psychopathologiques communs. Selon Hermans, cela peut donner lieu à des cas de 'possession' spectaculaire qui auraient d'ailleurs tendance à être plus nombreux dans le pays d'accueil que dans le pays d'origine.

Hans Verrept, Responsable de la cellule de coordination de la Médiation interculturelle au Ministère de la Santé publique, s'est également penché en 1998 sur les raisons du recours des Marocains de Belgique à des guérisseurs traditionnels ¹². Il relève que ce sont avant tout les problèmes relationnels et psychiques qui sont à la base de ces consultations car ceux-ci sont traditionnellement reliés à un mauvais esprit, au mauvais œil ou à la magie. Les circuits de santé mentale offerts par le pays d'accueil sont – et ce constat est recoupé par des nombreux auteurs – donc délaissés parce qu'ils sont considérés comme trop éloignés de la culture d'origine. Ils peuvent aussi être totalement méconnus, leur rôle et leur mode de fonctionnement n'étant pas aussi clairs que ceux des hôpitaux et autres circuits de soins.

Pour une présentation plus exhaustive du recours aux praticiens traditionnels chez les patients musulmans, voir les travaux de Coff Hopper notamment sur www.skepsis.nl/islam-genezes.html.

¹¹ "Les problèmes de santé chez les Marocains vivant en Belgique". Louis Ferrant, Philip Hermans. Collection "Expériences et analyses". Les Cahiers du Germ. IV/1991, numéro 219.

¹² "Traditionele genezers in de Marokkaanse gemeenschap in Brussel", Verrept Hans. Cultuur en Migratie, 2002/3; 20 (1) :77-125).

4.

Prise en charge : une perception à géométrie variable

Ce chapitre est destiné à faire l'état des lieux des pratiques, des problèmes éventuels et des pistes de solutions adoptées au sein des deux principaux secteurs de la santé en Belgique : la médecine ambulatoire, assurée par les médecins généralistes, et la médecine dispensée dans les hôpitaux.

La médecine de famille

C'est sans doute le secteur le plus démuné par rapport à ce débat. Paradoxalement, c'est également le premier à l'avoir abordé. Les rares travaux consacrés aux différences culturelles des patients musulmans et à leur impact sur les soins de santé émanent en effet de médecins généralistes travaillant dans les quartiers à forte population immigrée. Il s'agit surtout de praticiens travaillant en maisons médicales à Bruxelles, du côté francophone, et de généralistes liés à des associations interculturelles, du côté néerlandophone.

L'arrivée progressive de médecins de famille issus eux-mêmes des communautés musulmanes (comme d'ailleurs de chercheurs universitaires) facilite certainement la transmission des informations entre médecins et patients. Cependant, les patients musulmans ne s'adressent pas nécessairement aux praticiens de leur communauté. On constate en effet certaines stratégies de patients montrant qu'ils ne veulent pas se laisser "enfermer" dans un système de soins qui deviendrait purement communautaire. Et cela serait-il d'ailleurs souhaitable?

Certains généralistes estiment qu'il serait délicat, voire inopportun, d'adopter une attitude différente vis-à-vis des patients musulmans (voir l'entretien avec le président du Forum des Associations de généralistes). Un mini sondage, réalisé grâce à la collaboration du Dr Michel Meganck, président de la Société Scientifique de Médecine Générale, a d'ailleurs montré la perplexité des praticiens face à la question même, qui est apparue comme provocatrice aux yeux de certains.

C'est d'ailleurs, à titre personnel, la position du Dr Meganck : "J'ai l'impression que l'on veut créer un problème là où il n'y en a pas. La spécificité de la médecine générale, c'est justement de traiter des cas qui sont à chaque fois spécifiques. Ce n'est pas comme les spécialistes qui voient tout le temps les mêmes pathologies. J'ai eu un jour une jeune fille musulmane qui est venue me trouver pour obtenir un certificat pour ne pas fréquenter la piscine pendant le Ramadan. Je lui ai dit que le Ramadan n'étant pas une maladie, je n'avais pas à lui donner un certificat. Elle m'a donc expliqué que c'était parce que, pendant le jeûne, le corps ne pouvait rien absorber y compris de l'eau par les pores de la peau. Je ne lui ai pas fait de certificat mais un mot pour le directeur de l'école disant qu'il ne s'agissait pas d'une maladie et que dans ce cas, c'était à lui, en tant que gestionnaire administratif, de résoudre le problème. Il a porté plainte contre moi auprès de l'Ordre qui m'a cependant donné raison".

Et de poursuivre : "Ici, dans la région de Charleroi, nous avons beaucoup de musulmans et il n'y a pas de problème, sauf des problèmes de langue. Il arrive cependant que des personnes fraîchement arrivées en Europe, peu éduquées, aient du mal à accepter que je veuille examiner leur épouse et non la traiter par personne interposée. Ma position est très claire à ce sujet, je ne donne pas de traitement sans

avoir pu examiner la personne directement. Le patient a alors le choix, soit il refuse et va voir un autre praticien, soit il accepte que je pose mon stéthoscope sur le thorax de son épouse qui tousse. Et c'est ce qui se passe la plupart du temps."

D'autres, en revanche, estiment que des aménagements mineurs peuvent renforcer la relation thérapeutique et se disent demandeurs d'informations concernant les spécificités de l'islam. Les médecins sont régulièrement confrontés, notamment chez les personnes plus âgées, à des réactions de gêne voire à des refus d'examens physiques. Il ne s'agit pas nécessairement d'examens intrusifs mais tout simplement d'écoute au stéthoscope ou de palpation d'une partie du corps. Certains, notamment les médecins issus des communautés turques et marocaines, ont donc développé face à cela des techniques, des gestes qui permettent de ne pas "toucher de front" le patient, d'établir une gradation qui amène celui-ci à se sentir en confiance et à accepter graduellement l'examen.

Ces généralistes, pratiquant dans un quartier à forte population immigrée principalement musulmane, sont bien conscients qu'il faut éviter de rompre le lien thérapeutique avec les patients et que cela demande une certaine réflexion sur la manière de travailler et de communiquer avec les patients. Le souci de maintenir le lien thérapeutique est par exemple manifeste dans la question des certificats de virginité demandés par les jeunes filles musulmanes. La position d'un certain nombre de médecins généralistes dans ce domaine est d'accepter de délivrer le certificat sans examen, estimant qu'un refus justifié par le fait que ce n'est pas leur rôle, les ferait passer à côté du sens d'une consultation qui doit aussi servir à faire le point sur la situation générale de la demanderesse et l'aider si besoin est.

En ce qui concerne les certificats de complaisance (visant à éviter certains cours comme la gymnastique, la natation, la biologie; visant à attester de la virginité d'une jeune fille; visant à permettre à une élève de rester chez elle pour aider au ménage), les attitudes des médecins divergent. Certains s'en tiennent à la lettre du Code de déontologie et refusent de rédiger des certificats en dehors de toutes raisons médicales. D'autres estiment à nouveau qu'il faut à tous prix maintenir la relation patient-praticien et que cette demande est un moyen comme un autre de se pencher sur la situation de la personne concernée. Selon cette dernière thèse, le fait de refuser tout de go un certificat met fin directement à la relation, ce qui ne peut être un but recherché car la personne concernée se contentera de faire le tour des praticiens jusqu'au moment où elle tombera sur celui qui se montrera plus souple. Certains généralistes préfèrent dès lors délivrer des certificats "illicites" tout en essayant d'amener les jeunes filles (ce sont elles qui sont les plus concernées par ces pratiques) à fréquenter leurs cours.

Ce groupe de médecins généralistes a d'ailleurs déjà organisé il y a une dizaine d'années une séance d'information sur le thème des patients musulmans à l'usage de leurs confrères de la zone locale (Nord-Est de Bruxelles). D'autre part, c'est un sujet qui est parfois abordé, parmi d'autres, lors des réunions en dodécagroupe, des réunions qui ont un objectif de formation continue et d'autoévaluation réunissant généralement une vingtaine de confrères d'une même zone géographique.

La stratégie intracommunautaire

Pour certains médecins de la communauté musulmane, les revendications actuelles de certains patients constituent un retour en arrière. En effet, dans le Maroc d'origine, y compris à la période coloniale, la population féminine consultait sans trop de problème les médecins qui, à l'époque, étaient essentiellement masculins. D'aucuns font d'ailleurs remarquer que le système de santé actuel au Maroc ne prévoit pas non plus systématiquement la possibilité de choisir un praticien homme ou femme.

Les médecins constatent également de plus en plus fréquents recours à l'avis d'un imam. La décision dépendra alors du degré "d'ouverture" de celui-ci. Concrètement, dans un cas d'avortement par exemple, un imam modéré pourra considérer la situation sociale et psychologique d'une maman de plusieurs adolescents qui se retrouve accidentellement enceinte à 46 ans comme une raison autorisant l'intervention, tandis qu'un imam plus radical interdira catégoriquement l'interruption de grossesse. Ces divergences poussent les gens à développer des stratégies de recherche du "bon" imam.

On pourrait également s'interroger sur l'existence d'un recours différencié de la part des patients musulmans à un médecin allochtone ou autochtone. Cette stratégie de consultation existe et n'est d'ailleurs pas exempte de problème. En l'occurrence, on constate que les patients d'origine turque ou marocaine consultent au sein de la communauté pour les demandes relevant du quotidien. A cela, il y a notamment une mauvaise raison, c'est que ces médecins, du fait de la pression communautaire, ont du mal à refuser les prescriptions sans examen du patient qu'on leur demande régulièrement et auxquelles se refusent généralement les médecins "de souche".

D'autre part, ces médecins de souche constatent également que les patients ont tendance à faire effectuer divers examens et analyse au sein de leur communauté avant de venir chez eux pour l'interprétation, une démarche peu compatible dans une optique de rationalisation des soins et qui devrait de toutes façons devenir plus difficile avec la création du Dossier Médical Global par lequel le patient "se domicilie" chez un généraliste de son choix en échange de certains avantages financiers.

Certains évoquent aussi une autre raison pour ne pas recourir à un médecin de la "communauté" : certain(e)s patient(e)s craignent en effet que le secret professionnel que doit respecter tout médecin ou soignant soit rompu dans certains cas particulièrement sensibles comme une grossesse dans le cadre extra-marital ou une contamination par l'une ou l'autre maladie sexuellement transmissible. Ils préfèrent donc éviter de se faire soigner dans ces cas-là chez un soignant de leur communauté qui est lui-même inséré dans leur environnement social.

Les hôpitaux

Dans les hôpitaux, le mode d'affirmation identitaire par les patients musulmans semble être double. Dans le premier cas, il s'agit d'une sorte de mise œuvre, à l'échelle d'une communauté, de la loi sur le droit des patients. Les patients musulmans qui affrontaient avec gêne un certain nombre de situations oseraient en quelque sorte maintenant exprimer plus clairement leur refus ou leur demande d'adaptation. Dans ce mode "modéré", on assiste à une négociation entre le praticien et le patient dont la conclusion se fera généralement au bénéfice de la qualité des soins. Un des cas les plus classiques : une femme musulmane demandant à n'être vue que par une autre femme dans le processus de soins, acceptera cependant de voir un spécialiste masculin si des examens particuliers doivent être effectués et que le choix du praticien n'est pas possible.

Les plaintes les plus communes parmi les patients musulmans relèvent d'ailleurs de la notion de "respect du patient" introduite par la récente loi sur le droit des patients. Un conseiller islamique dans les hôpitaux du Hainaut fait par exemple remarquer que c'est la question de l'alimentation qui est évoquée le plus souvent par les patients musulmans hospitalisés. Ceux-ci estiment qu'on ne leur offre pas la possibilité de respecter les règles, principalement le refus de manger du porc. Il existe bien dans certains hôpitaux des régimes adaptés aux personnes de confession juive (donc également sans porc) mais pour des raisons tenant à la géopoliti-

tique actuelle, il est évidemment difficile de demander aux patients musulmans de s'y référer. "S'affirmer végétarien, c'est perçu comme très chic", fait remarquer ce conseiller islamique, "ce qui n'est évidemment pas le cas d'un musulman qui ose réclamer son propre régime alimentaire. Il y a une disproportion dans l'attitude face à la revendication d'identité islamique".

La situation concernant le régime alimentaire varie d'ailleurs d'un hôpital à l'autre. Certains, comme l'Hôpital St Pierre à Bruxelles qui accueille une forte proportion de patients musulmans, ont opté pour un régime général sans porc. D'autres offrent un choix basé sur un remplacement de la viande par des œufs ou, plus rarement vu le coût, du poisson. D'autres enfin ne proposent pas d'aménagement mais il s'agit souvent d'institutions qui n'ont que peu affaire à des patients de confession islamique.

Méconnaissance : l'effet miroir

D'une manière générale, certaines frictions relèvent, dans les hôpitaux, d'un sentiment de la part des patients musulmans, surtout les personnes de la deuxième ou troisième génération, de ne pas voir leurs spécificités prises en compte à l'inverse de celles de certaines autres communautés. Il est indéniable que cela suscite une certaine défiance vis-à-vis des institutions hospitalières et de leur personnel. C'est notamment le cas avec le fréquent oubli de l'indication des coordonnées du conseiller islamique de référence pour l'hôpital. Quel peut être son rôle? Il peut donner aux patients les indications dont ils ont besoin, par exemple la direction de la Mecque qu'ils doivent connaître pour effectuer les prières. L'aumônier islamique peut d'ailleurs se révéler également un conciliateur utile entre les demandes des patients et les nécessités de l'hôpital.

Pose également problème, l'absence d'endroits adaptés à la toilette mortuaire, c'est-à-dire une pièce qui dispose d'un plan incliné et d'un point d'eau où l'imam peut effectuer la toilette du défunt musulman dans les règles prescrites. Cette toilette doit nécessairement être effectuée à grande eau et ne peut donc, en aucun cas, être réalisée sur le lit hospitalier comme c'est le cas la plupart du temps.

Le manque d'espace culturel est également pointé du doigt. Faute de pouvoir offrir un espace adapté à chaque confession, certains comme l'hôpital de Genk (Limbourg) et les Cliniques Saint-Luc (Bruxelles), proposent des espaces religieux communs. Cependant, cette solution n'est pas toujours simple à mettre en pratique. Il suffit de se rappeler pour cela que, dans une mosquée, on ne peut pénétrer avec des chaussures.

Si des frictions sont ponctuellement constatées, dans la plupart des institutions hospitalières, on ne relève cependant pas de problèmes graves. A l'hôpital St Pierre (Bruxelles), la coordinatrice des médiatrices interculturelles n'a le souvenir que de deux cas où des patientes ont refusé de rentrer en salle d'accouchement parce que le médecin de garde était un homme. Elles ont donc choisi de rentrer accoucher chez elles.

Jusqu'à présent, les médiatrices interculturelles – les meilleures observatrices d'une tendance dans ce domaine puisque ce sont elles que l'on appelle en cas de difficultés – relèvent plutôt des incidents de communication que de réels problèmes dus aux divergences culturelles.

En revanche, dans certaines zones où l'islam fondamentaliste semble se développer, comme à Anvers, on relève des cas plus problématiques où les pratiques religieuses tendent à s'opposer aux contraintes biomédicales :

- soit au niveau du refus catégorique de voir un professionnel de soins masculin (médecin, anesthésiste, infirmier,...) s'occuper d'une patiente et qui peut débou-

cher sur des agressions verbales et physiques des soignants. Le rapport consacré à la médiation interculturelle par le Service Public Fédéral de la Santé en 2000, présentait notamment quelques cas extrêmes où les familles des patients s'en étaient prises violemment à des soignants. C'était le cas notamment de ce mari musulman qui avait violemment insulté et agressé physiquement un gynécologue masculin d'origine maghrébine qui était intervenu, malgré le refus du mari, dans l'accouchement de la femme car l'intervention présentait des complications que les accoucheuses ne pouvaient résoudre seules. Et alors que le bébé était finalement né en bonne santé.

- soit au niveau de certains soins où les familles posent désormais des exigences qu'elles affirment liées à des prescrits religieux ou culturels. On a notamment cité le cas de l'ablation d'une tumeur dans le bas-ventre d'une jeune femme. Sans rentrer dans les détails médicaux, l'intervention pouvait se faire de deux manières : soit par voie vaginale, la manière la plus "légère" pour la patiente, soit par voie abdominale, une procédure plus lourde. La famille a refusé la voie vaginale car la jeune femme était encore vierge et que l'intervention était dès lors supposée mettre fin à cette virginité pour cause d'intrusion médicale. Le chirurgien s'est d'ailleurs entendu dire qu'il était préférable pour la femme de mourir plutôt que de perdre son honneur.

Le dialogue pacificateur

Les stratégies d'adaptation des hôpitaux varient très fort d'une institution à l'autre et une implication personnelle est souvent à la base d'une politique d'aménagement. Témoin, le cas des Cliniques St Jean, un hôpital bruxellois accueillant dans certains services un pourcentage important de patients musulmans. C'est notamment le cas de la maternité. Le Dr Patrick Gérard, directeur général des Cliniques, a exercé dans les pays arabes et est sensible à la dimension interculturelle. La politique générale de l'hôpital, d'obédience chrétienne, repose d'ailleurs sur l'ouverture aux patients et cherche donc à intégrer le mieux possible les différentes spécificités culturelles et religieuses. En fait, il s'agit plus de créer un climat général et le travail vise aussi bien les soignants issus des communautés musulmanes que les patients. L'hôpital présente par exemple ses vœux au personnel à l'occasion des grandes fêtes musulmanes comme l'Aïd, notamment à travers le journal d'entreprise, comme cela se fait pour les fêtes chrétiennes de Pâques ou de Noël, ou pour le Nouvel An.

Lorsque l'on évoque certaines difficultés, le Dr Gérard évoque avant tout la question des visites de la famille aux patients hospitalisés. C'est sans doute là que se cristallisent les tensions. Souvent, il est très difficile de faire respecter les horaires de visites et c'est une famille très élargie qui vient au chevet du malade, quel que soit l'état de celui-ci. Les infirmières et les soignants considèrent que cela constitue une perturbation sérieuse pour leur travail en même temps qu'une situation inadaptée pour les patients. Si de plus, les patients recevant la famille se trouvent dans une chambre à plusieurs lits dont certains occupés par des personnes n'appartenant pas à la même communauté, les conflits se déclenchent assez facilement. La plupart des soignants étant des femmes, il arrive également que les familles présentes refusent d'obtempérer aux ordres de celles-ci.

Quant à la sensibilité interculturelle, elle s'est concrétisée de diverses manières. Les Cliniques ont très rapidement utilisé les services de deux médiatrices culturelles, l'une d'origine turque, l'autre d'origine marocaine. Toutes deux effectuent leur travail de traduction et de liaison entre le patient et les professionnels de soins mais sont également là pour "arrondir les angles" en servant d'intermédiaires dans les situations de crispation. Les patients musulmans peuvent également faire appel à un imam comme conseiller spirituel et le Dr Gérard l'a longuement rencontré pour faire le point sur une série de questions, dont les positions éthiques dans l'islam.

De cette rencontre est notamment sortie une procédure permettant de faciliter les choses dans les rites mortuaires.

Les Cliniques ont opté pour un régime alimentaire adapté aux croyances des musulmans en offrant des repas dont le porc est exclu. Cependant, il ne s'agit pas d'animaux Halal, c'est-à-dire tués en conformité avec le rituel car ce n'est pas imaginable actuellement pour des raisons d'organisation. Cependant, l'idée n'est pas exclue a priori.

Par rapport à l'exigence du choix des praticiens, le Dr Gérard estime que c'est une situation qui se résoudra d'elle-même du simple fait de la féminisation de la profession médicale. Les services accueillant le plus de patients musulmans comme la maternité ou les urgences comportent déjà bon nombre de soignants et de médecins féminins. La tendance pour les années à venir ne fera, selon lui, qu'aller dans le sens d'une féminisation croissante, comme en témoigne le taux régulièrement à la hausse des femmes fréquentant les filières médicales. Si quelques cas de conflits en l'absence d'un médecin femme ont été signalés, il ne s'agit cependant pas d'un problème chronique. Au cas où un problème se pose, l'hôpital cherche d'abord à voir s'il est possible de rappeler quelqu'un qui pourrait intervenir mais au cas où cette alternative se révèle impossible, ce sont les patients qui généralement s'adaptent en restant à l'hôpital.

Le Dr Gérard estime que la question du choix du "genre" du praticien ne doit d'ailleurs pas être confinée à la seule population musulmane. C'est une demande qu'il observe également dans la population "de souche" où les femmes préfèrent souvent, en gynécologie surtout, avoir affaire à d'autres femmes. D'une façon générale, il estime d'ailleurs qu'une série de demandes ou de plaintes des patients musulmans ne sont pas aussi spécifiques qu'elles pourraient en avoir l'air au premier abord. Dans le cas des revendications liées au respect de la pudeur, il fait remarquer que les patients musulmans, très sensibles à cette dimension, sont sans doute plus attentifs et plus prompts à réagir pour appuyer une revendication qu'ils jugent légitimes. Cependant, des patients d'autres origines religieuses ou laïques peuvent également avoir des réticences par rapport à certains us et coutumes hospitaliers tout en ne l'exprimant pas aussi ouvertement.

Par ailleurs, il n'approuve pas la crispation du monde hospitalier français qui lui semble réagir de manière trop brutale et donc provocatrice.

5.

Stratégies existantes de réponse

La loi sur le droit des patients ne fait aucune allusion à des particularismes religieux ou culturels. Elle choisit une voie plus neutre en affirmant qu'aucune discrimination ne peut être faite par rapport aux patients. Si la loi prévoit que le patient a le droit d'être informé des traitements et interventions dans un langage compréhensible, il n'est d'ailleurs même pas question dans les textes de prévoir une traduction pour les personnes qui ne parlent pas l'une des deux langues nationales. La sensibilité communautaire sur l'accueil des patients dans les deux langues à Bruxelles explique sans doute cela.

Les textes concernant les institutions hospitalières ne prennent pas non plus en compte la diversité religieuse et culturelle. Le seul exemple existant est relatif au débat sur le voile lorsque le conseil d'administration d'Iris (couple qui regroupe les hôpitaux publics bruxellois), a adopté, en janvier 2004, une modification du règlement précisant "que les membres du personnel doivent s'abstenir de porter de façon visible tout signe distinctif d'appartenance à une religion ou une philosophie". Chaque hôpital du groupe Iris a donc dû modifier son règlement de travail en fonction de cette résolution.

Des avancées timides et disparates

L'offre d'une nourriture adaptée est, elle, le fait d'une décision particulière à chaque établissement. Cette offre peut résulter d'une sensibilité spécifique à la question (de la part du personnel ou des cadres) comme d'une stratégie de marketing dans une optique d'accueil "orientée client" dans le cas d'un hôpital où de nombreux patients musulmans viennent se faire soigner.

Existe-t-il des solutions globales? On pourrait imaginer voir les hôpitaux les plus concernés faire appel à des intervenants extérieurs, par exemple un boucher qui livrerait de la viande "halal". Dans le cas des juifs orthodoxes qui ont également des prescriptions alimentaires strictes, il existe même une série d'associations qui organisent la distribution de repas "kasher" aux patients des hôpitaux. Du côté musulman, cette alternative n'existe pas.

Les règles en matière de choix du praticien sont également du ressort de la gestion interne de chaque institution. Avec pour résultat un manque de cohérence : dans un même service, une secrétaire aura tendance à essayer de satisfaire la demande d'un couple de voir la femme traitée par un médecin féminin tandis que sa collègue refusera d'offrir cette possibilité. A nouveau, le traitement des demandes particulières sera différent en fonction de la sensibilité à la dimension interculturelle de l'institution et de son personnel.

Il existe cependant des situations qui ont poussé les hôpitaux à tenir compte de ces spécificités culturelles et à élaborer des règles mises par écrit à disposition du personnel. La toilette des morts en est le meilleur exemple. Par le passé, les familles musulmanes qui se rendaient à l'hôpital après un décès étaient souvent choquées de découvrir leur proche déjà lavé (alors que normalement, c'est l'imam, au mieux, ou à défaut la famille qui doit s'en occuper) et pas de la manière prévue. Cela a pendant longtemps été une source de conflits. A l'heure actuelle, les hôpitaux accueillant une proportion importante de patients musulmans ont rédigé un document reprenant le processus adéquat pour la toilette des morts et l'ont distribué au personnel concerné.

Certains se demandent si l'introduction de la notion d'objection de conscience dans le monde des soins ne pourrait pas être utile pour les cas où les patients ou les praticiens se voient confrontés à une situation qui heurtent leurs valeurs. C'est le cas d'Altay Manço, Directeur scientifique de l'Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations : "Il est utile de rappeler la notion d'objection de conscience qui est un acquis constitutionnel et consacré par la Charte européenne des Droits de l'homme. Dans bien des professions ou situations (service militaire, juristes, psychologues, etc.), les spécialistes peuvent s'abstenir de traiter certains cas pour cause de conscience. On peut convenir que tel peut être aussi le cas des patients".

La médiation interculturelle pourrait également être envisagée comme une tentative d'aider soignants et patients à mieux se comprendre en faisant connaître les spécificités des uns et les contraintes des autres. La mise en place du système des médiateurs interculturels dans les hôpitaux répondait au départ à des préoccupations par rapport à la communication avec les patients. Si le Commissariat Royal à la Politique des Immigrés (devenu depuis Centre pour l'Égalité des Chances) évoquait, dans les années 1990, la fonction d'assistants culturels, les premières expériences, datant des années 1970 et à l'initiative du CPAS d'Anvers, se limitaient à l'interprétariat en milieu médical.

Les premières expériences en la matière, remontant aux années 70, étaient une initiative du CPAS d'Anvers en collaboration avec le Centre d'intégration local, le "CBW". Elles consistaient à offrir une traduction dans un contexte médical. A la fin des années 80, l'expérience s'est étendue au niveau régional flamand sous la conduite du Centre flamand pour l'intégration des migrants. Sur trois ans, une cinquantaine de femmes d'origine étrangère (principalement marocaine et turques) ont reçu une formation spécifique. Au niveau de leur statut, elles étaient considérées comme des contractuelles subsidiées.

A la fin de la période expérimentale (en 1997-1998), 22 médiatrices interculturelles ont été engagées dans le cadre de Kind en Gezin (équivalent flamand de l'ONE), tandis qu'un autre groupe a été directement incorporé dans les centres de santé scolaires. Un certain nombre d'autres initiatives ont également accueilli ces médiatrices interculturelles.

Cependant, les autorités flamandes ont à ce moment-là opté implicitement pour la fin des efforts dans ce domaine et ont choisi d'investir plutôt dans le financement de la formation des personnes d'origine étrangères occupant déjà des fonctions régulières telles qu'infirmières ou assistantes sociales. Cela n'empêche d'ailleurs pas de voir encore des médiatrices interculturelles s'impliquer sur le terrain.

Quant à l'expérience des médiatrices en hôpital qui existe toujours à l'heure actuelle, elle a démarré au 1er janvier 1997 en Flandre et le 15 novembre de la même année du côté francophone. A la base, le travail relève encore surtout de la traduction (des mots, mais aussi des manières de parler des professionnels de la santé) et de l'assistance en matière sociale et administrative.

Cependant, la fonction de "courtage interculturel" (cultural brokerage) offre également aux médiateurs – ou plutôt aux médiatrices puisqu'il s'agit essentiellement de femmes, issues des communautés turques et marocaines - la possibilité de servir d'interface entre les représentations des soignants et celles des patients. Le plus souvent, il s'agit de répondre à une question sur un élément de culture d'un patient que la médiatrice est censée partager.

Précautions de méthode

De quoi parle-t-on?

Après la culture, censée tout dire de ses tenants, c'est au tour, aujourd'hui, de la religion d'être essentialisée et de tout dire de ses adeptes, en leurs lieu et place.

Or, s'agissant de culture ou de religion, il faut faire la part de l'essentiel, authentique tronc commun (« invariants ») et de l'accessoire ou du second (« variables »). Il faut donc veiller à ne pas amalgamer culture et religion, que l'on fait découler l'une de l'autre sans prendre toujours garde au fait que la filiation est parfois inversée (des habitudes culturelles machistes maghrébines par exemple se couvrent du manteau de la religion) ni assimiler des pratiques liées à la ruralité et au patriarcat méditerranéens à l'islam.

L'islam populaire commun aux milieux populaires originaires d'Afrique du Nord et de Turquie n'est pas l'islam politique, minoritaire même si ce dernier est très actif et médiatisé.

Enfin, le parti-pris d'une lecture à travers le prisme du religieux comporte le risque de dévoyer des demandes de reconnaissance sur le plan de la citoyenneté politique en y apportant une réponse sur le mode de la seule reconnaissance du religieux.

De qui parle-t-on?

Pour ne pas faire de la notion de « patient musulman » une pure construction théorique, on doit nommer clairement les publics de nationalité ou d'ascendance turque et marocaine ou belges d'origine turque et marocaine, qu'il convient par ailleurs de ne pas amalgamer entre eux.

Il faut rester également attentif au danger, derrière la construction d'un modèle de « patient musulman », d'évacuer la pluralité des figures possibles de musulmans et de figer, d'immobiliser des dynamiques à l'œuvre au sein des groupes réels. Enfin, ne pas enfermer dans cette construction tous les ressortissants d'origine turque et marocaine, tous réputés musulmans pratiquants, ouvre le champ à une autodétermination des individus.

Les anciennes migrations (dont le parcours d'intégration et les nombreux acquis depuis deux, voire trois générations doivent être pris en compte) ne doivent pas être confondues avec les nouvelles migrations dont l'islam est marqué par une pratique plus dure et rigoriste.

Que veut-on?

Les institutions de soins, comme l'école et les lieux de travail, sont des espaces d'émancipation importants: on doit veiller à leur préserver leur relative neutralité.

Dans cet esprit, mettre en avant les différences comporte un risque réel de stigmatisation auquel il faut être attentif:

- pas de soutien à une politique « communautariste » qui favorise la stigmatisation des groupes de population mais une politique d'accueil des nouveaux-venus. Le principe de reconnaissance symbolique doit être posé au préalable par le politique vers la société via une politique globale de reconnaissance des cultures et des populations minoritaires et
- des programmes de sensibilisation à la diversité pour les médecins et le personnel.

Ouardia DERRICHE

Vice-Présidente La Ligue des Droits de l'Homme

La médiation interculturelle : les limites d'une solution

Les us et coutumes, au-delà des prescrits religieux et culturels, sont très divers d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre, sans compter la diversité individuelle. Le recours aux médiatrices en tant que supposées dépositaires de connaissances diététiques, psychologiques,... peut d'ailleurs se révéler contre-productif, comme le montre l'exemple relevé par la Cellule de coordination de la médiation interculturelle dans son rapport¹³. Des infirmières ont ainsi vérifié auprès de médiatrices la véracité de l'assertion selon laquelle "au plus une Marocaine crie pendant l'accouchement, au plus elle reçoit de cadeaux de la part de la famille". La médiatrice ayant expliqué que lorsque la famille était présente, c'était un moyen de capter son attention, l'interprétation de cette réponse pouvait signifier que les patientes marocaines ou turques qui ont tendance à "surjouer" leur souffrance étaient des "simulatrices" dans leur ensemble, un travers que l'on prêterait alors par mimétisme aux hommes de la même communauté.

D'autre part, on peut également se poser la question de savoir jusqu'où il est possible d'imposer un carcan de comportements "A faire / A éviter" aux équipes soignantes, liste qui devrait idéalement tenir compte de toutes les différences culturelles de chacune des communautés installées en Belgique (ce type de document existe cependant ailleurs, notamment en Grande-Bretagne où les infirmières disposent de manuels de soins spécifiques à chaque communauté).

D'aucuns dénoncent cependant les risques d'un traitement différencié : les équipes soignantes et les médiatrices ne vont-elles pas avoir tendance à imputer à la culture des patients allochtones des problèmes qui relèveraient normalement de problèmes de santé ou de soins? "Dans certains cas, les patients ou les médiatrices pourront – sans qu'il n'y ait de raisons culturelles existantes – se référer à leur culture pour refuser des examens ou des traitements", notent les auteurs du rapport. Dans le cas des médiatrices, il se pourrait alors qu'elles n'osent pas faire passer certains messages qui leur sembleraient contraires à l'un ou l'autre usage.

En l'absence de repères officiels clairs, elles peuvent également avoir du mal, poursuivent-ils, à garder une distance par rapport à leurs propres références culturelles et valeurs, avec tout ce que cela implique en termes d'identité. On pense surtout aux conséquences qui peuvent découler de la situation particulière dans laquelle vivent les femmes de religion musulmanes chez nous. Si une femme se plaint, par exemple, de maltraitance mais qu'il n'est pas d'usage que ce type de plainte soit rendue publique, comment doit se situer la médiatrice : du côté de sa communauté d'origine en taisant les faits ou du côté de l'institution médicale en dénonçant la situation au risque de se voir ostracisée car elle a rompu l'intimité d'une famille en dévoilant la maltraitance?

Pour Nadia Fadil, sociologue et chercheuse à la KUL, les médiatrices d'origine musulmane peuvent effectivement servir de pont entre les cultures mais elles peuvent également se révéler être des obstacles, notamment quand il s'agit de questions sensibles ou de sujets tabous (en gros, tout ce qui touche à la sexualité). Les hôpitaux doivent donc être conscients de cette réalité et en tenir compte pour établir les limites et éviter d'éventuelles difficultés dans leurs interventions. Le fait d'être musulman, souligne Nadia Fadil, ne représente cependant qu'une spécificité parmi d'autres (hommes, femmes, jeunes, vieux, ...) qui peut déterminer une réaction dans un contexte particulier.

La médiation interculturelle, si elle est capable d'atténuer les conflits possibles basés sur des malentendus, butera cependant toujours sur l'opposition qui peut exister entre les interdits religieux ou culturels et l'obligation d'apporter les soins

¹³ "Médiation interculturelle dans les hôpitaux". Cellule de coordination de la médiation interculturelle, Ministère de la Santé Publique, de la Sécurité alimentaire et de l'environnement. Août 2000.

nécessaires. "Quand la spécificité culturelle fait obstacle à un soin possible, elle doit être dépassée pour céder la place au processus thérapeutique", concluaient les auteurs du rapport.

A situation nouvelle, pratiques nouvelles...

Dans le secteur des soins de santé, il est question depuis un certain temps déjà d'un changement de ton. L'accent y est mis, plus qu'auparavant, sur le contrôle et l'amélioration de la qualité. Dans cette optique, le patient est destiné à occuper une place centrale (développement d'un système de soins autour du patient lui-même, soins sur mesure). L'attention portée aux droits et à la satisfaction des patients s'insère tout à fait dans ce cadre. Cette tendance suscite également un surcroît d'attention vis-à-vis des souhaits et des problèmes de groupes spécifiques de patients comme celui des personnes d'origine étrangère. Dans un certain nombre de pays, cela a mené à des initiatives à travers lesquelles le système de soins de santé a cherché à mieux prendre en compte les besoins et les désirs de cette patientèle. Au Canada, on a ainsi vu paraître un rapport consacré à "La santé sous le signe de la diversité" et aux Etats-Unis, on apporte depuis longtemps beaucoup d'attention à l'augmentation de la "compétence culturelle" au sein du système de soins de santé. Aux Pays-Bas, on utilise le terme "interculturalisation" pour faire référence à une politique qui entend sensibiliser le secteur des soins à l'élément culturel avec pour objectif la possibilité d'offrir aux (potentiels) patients tant allochtones qu'autochtones une qualité équivalente et un accès semblable aux soins.

Un aspect important dans toutes ces approches est la reconnaissance de la diversité culturelle des patients. Dans la littérature, on estime que celle-ci doit s'accompagner d'une différenciation dans les soins. Afin d'atteindre les objectifs d'accessibilité, de qualité et d'efficacité des soins, il peut être utile d'adopter certaines règles spécifiques. Cela peut se traduire par l'engagement de médiateurs interculturels, le recrutement de personnel d'origine étrangère, l'offre de brochures d'information dans d'autres langues, etc.

La présence de patients allochtones confronte surtout les soignants à des questions auxquelles ils n'ont jamais eu affaire – ou très exceptionnellement – avec la population de souche. Comme entre autres des questions relatives à la circoncision rituelle chez les garçons, les contrôles de virginité, les reconstructions d'hymen et les (ré)infibulations. Les personnes d'origine étrangère ont également, dans certains cas, des demandes spécifiques concernant le traitement, par exemple d'être pris en charge et soigné uniquement par des personnes de son propre sexe. Lorsqu'elles séjournent en hôpital, ces personnes éprouvent également des problèmes en rapport avec l'observance des prescrits alimentaires (par exemple, la nourriture halal pour les musulmans) et avec – c'est incontestablement la plainte la plus fréquente – les tensions autour du (non)respect des règles de visite.

Il semble qu'il y ait en outre de réelles difficultés autour de certaines sortes d'opérations ou certains aspects de celles-ci : intervention par voie vaginale qui pourrait endommager la virginité d'une jeune fille, des examens internes ou des prises de sang pendant le Ramadan, l'annonce d'une fin de vie imminente par les soignants au patient, le contenu de certaines interventions psychothérapeutiques....

Ce qui précède implique parfois que, du point de vue du patient, il faudrait pouvoir s'écarter des procédures habituellement utilisées par les soignants. Parfois aussi, il peut s'agir d'examens ou d'interventions qui, du point de vue du soignant, sont éthiquement délicates à mettre en œuvre, voire inacceptables. Il

n'est pas rare qu'en de telles occasions, les professionnels de soins éprouvent une certaine pression pour "s'adapter" à la culture du patient. Quant aux limites dans lesquelles les demandes culturelles et / ou religieuses devraient pouvoir être rencontrées, il n'existe aucun consensus à cet égard. Ce n'est d'ailleurs que rarement un sujet de réflexion systématique au sein ou à l'extérieur du système de soins de santé.

La pratique en la matière est donc très hétérogène. Concernant le contrôle de virginité, on constate par exemple que certains médecins refusent de le pratiquer ou de délivrer un certificat, d'autres acceptent de donner les certificats sans aucun examen préalable et d'autres encore n'acceptent d'établir de documents que si l'examen a été effectué. Certains délivrent même l'attestation de virginité lorsqu'ils ont de sérieuses indications que la femme concernée a eu des rapports sexuels.

Il serait sans doute sensé de développer de façon systématique une réflexion à propos des meilleures manières possibles de gérer ce type de situations. Des groupes de travail réunissant des professionnels de soins, des ethnologues, des anthropologues et – naturellement – des responsables des communautés allochtones pourraient explorer la pratique actuelle, ou celle qui serait acceptable d'un point de vue éthique, et examiner comment on pourrait faire harmoniser la pratique avec les principes éthiques. Le résultat d'un tel processus de réflexion pourrait mener à l'élaboration d'une série de recommandations qui pourraient servir de pistes à suivre pour les professionnels de soins.

Hélas, on peut se demander s'il est possible – dans le climat social actuel – de mener de telles discussions de manière sereine et dans le respect de la dignité des différentes parties en présence. Cela tient en particulier au fait que les musulmans sont très fort stigmatisés à l'heure actuelle et qu'une réflexion menée de manière négligente ou une vision trop polémique dans les médias pourraient encore aggraver le problème.

Hans Verrept

Responsable de la Cellule de coordination de la médiation interculturelle au Service Public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité alimentaire et de l'Environnement.

6.

Les exemples étrangers

Les Pays-Bas

En 1991, les Pays-Bas ont décidé de mettre sur pied un système de "consultants en soins interculturels" intervenant pour la première ligne, à la fois chez les médecins généralistes et dans les centres de santé ¹⁴. En septembre 2002, 45 consultants fonctionnaient au sein de 14 villes. Ils (ou plutôt elles car comme dans le cas des médiatrices belges, il s'agit essentiellement d'une fonction occupée par des femmes) jouent le rôle d'intermédiaire entre les soignants et les patients allochtones en se faisant les traducteurs, soit littéralement pour les problèmes de langue, soit plus symboliquement en tant que "facilitateurs" pour les problèmes culturels. Elles donnent également des informations dans différentes langues sur la santé en général, l'alimentation et le système de soins néerlandais à des patients individuels ou à des groupes ciblés (les futures mères par exemple).

En 1999, le FORUM (Institut pour le développement multiculturel) a effectué une enquête sur le fonctionnement de ces consultants. Elle a été réalisée par l'Institut national pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie (NIGZ) en collaboration avec l'Association nationale des Généralistes (Landelijke Huisartsen Vereniging, LVH) et a été subventionnée en partie dans le cadre d'un programme d'amélioration de la qualité des soins. La principale conclusion des travaux était que la fonction d'intermédiaire entre le médecin généraliste et le patient allochtone améliorerait réellement l'accès aux soins et le suivi et devait donc être considérée comme un instrument permettant d'accroître sensiblement la qualité des soins.

Sensibilisation de la première ligne

Il existe désormais un ouvrage consacré à ces consultants et qui vise à en favoriser l'implantation un peu partout dans le pays ¹⁵. D'autres efforts ont été faits en direction du monde médical. Ainsi, en 2003, une brochure expliquant le système a été envoyée à 13.000 exemplaires à tous les généralistes néerlandais par le biais d'un journal de la presse professionnelle médicale "De Huisarts" ("Le Généraliste"). Cette brochure d'information ("De allochtone zorgconsulent. Ondersteunen van de huisarts", <http://www.forum.nl/pdf/zorgconsulent.pdf>) a été perçue positivement car les généralistes lui ont attribué, lors d'une enquête, une cote de 4,1 sur 5. Parallèlement, des sessions d'informations ont été organisées à travers les grandes villes du pays et un site spécifique a été mis sur pied (www.forum.nl/allochtone-zorgconsulent).

Il existe également une "Information dans la langue et la culture" (Voorlichting in eigen taal en cultuur, VETC) qui fonctionne au sein des groupes de généralistes ¹⁶. En 1998, un projet a ainsi été mis sur pied au sein de quatre groupes de généralistes à Amsterdam avec 23 personnes VETC. Ces informateurs et informatrices donnent des séances d'information en collaboration avec le personnel soignant, effectuent des visites à domicile et tiennent des consultations (non médicales) dans les centres de santé.

La problématique de l'impact des différences culturelles sur le dialogue entre le patient et le praticien semble aujourd'hui devenu un sujet banalisé qui fait l'objet de dossier dans la presse médicale générale (cfr "Vragen en misverstanden", Medisch Contact, jaargang 57, nr 34 – 23/08/2002 par Jankees de Ridder). Cette "banalisation" est également la raison pour laquelle le travail peut être effectué sur des données réellement exploitables. Les Pays-Bas utilisent en effet un système de récolte de données dans lesquels les patients peuvent, sur base

14 Le système néerlandais de santé diffère fortement du nôtre en ce qui concerne la première ligne dans la mesure où les patients doivent "s'inscrire" chez un médecin de famille, individuel ou fonctionnant au sein d'un centre de santé, et qu'ils ne peuvent donc pas consulter librement tous les praticiens qu'ils désirent, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Ce système permet donc de travailler sur des patientèles "captives" que le libre accès au praticien connu chez nous n'autorise pas aussi facilement.

15 "De allochtone zorgconsulent : handboek voor de invoering van de functie". Petra Van Mechelen en Patricia Nieuwenhuizen. Utrecht. Forum. 2003.

16 Autre spécificité du système de santé néerlandais. Depuis longtemps déjà, les généralistes – et la première ligne de soin au sens large – fonctionnent au sein de groupes locaux dans un objectif de qualité. Le système de pratique de groupe est maintenant encouragé en Belgique via le financement d'activité de formation continue et d'évaluation au sein de la profession.

volontaire, faire état de leur appartenance ethnique ou religieuse. Cette conception rompt avec la crainte de stigmatisation très présente en Belgique. Elle a pour avantage de permettre une mise à disposition de données objectives et de faciliter ainsi la résolution des problèmes repérés.

Pragmatisme avant tout

Une enquête a ainsi permis de démontrer que les personnes migrantes âgées, turques et marocaines, présentaient une quantité supérieure de plaintes, tant physiques que psychologiques, par rapport aux personnes du même âge nées aux Pays-Bas. Les VETC, en collaboration avec des assistants médicaux, des travailleurs sociaux et des kinésithérapeutes, ont alors été chargé(e)s d'animer des groupes pour recueillir les représentations mentales des patients et donner des informations sanitaires. Une série de thèmes de santé ont ensuite été sélectionnés avec les groupes de patients, hommes et femmes séparés. Cela a permis d'éclairer un certain nombre de comportements basés sur des malentendus ou de l'incompréhension.

On s'est rendu compte, par exemple, que les hommes avaient tendance à échanger entre eux des médicaments prescrits car ils estimaient de toute manière que les piqûres étaient plus efficaces. Chez les femmes, ce sont notamment les problèmes de santé mentale qui ne sont pas pris en charge correctement car, persuadées de ne pas pouvoir s'expliquer correctement, elles attendent souvent d'être de retour au pays pour évoquer avec un médecin local un stress ou une dépression.

Pour les Pays-Bas, il s'agit d'adopter une position pragmatique : on y estime que si les problèmes de langue mènent à l'incompréhension et ont pour conséquence un allongement de la durée des traitements (et donc un coût supplémentaire), il faut alors agir dans une perspective de santé publique et, par conséquent, d'économie. De plus, la rationalisation sous-entend également que les patients doivent connaître correctement leur système de soins et s'y adresser efficacement, sans allers et retours non indispensables entre praticiens ou examens inutiles. Troisième point : les Néerlandais estiment que le statut social très bas des allochtones va, évidemment, de pair avec un faible niveau d'éducation et, entre autres, avec une mauvaise connaissance du fonctionnement du corps et des médicaments qui se caractérisent notamment par un recours plus fort aux médicaments. C'est dans cette optique que s'inscrivent les initiatives d'informations présentées ci-dessus.

En ce qui concerne les étudiants musulmans en médecine, les Pays-Bas ont pour politique de refuser toute adaptation qui serait contraire à la pratique du pays. Les étudiants ne peuvent donc pas refuser de suivre certains cours ou refuser de pratiquer certains gestes ou interventions. Cependant, les difficultés rencontrées par les étudiantes musulmanes lorsqu'il s'agit de pratiquer les examens les uns sur les autres ont été examinées et les facultés sont arrivées à un compromis disant que ces examens pouvaient n'être pratiqués qu'entre femmes. Mais les étudiantes ne peuvent en aucun cas refuser d'y participer. Pour les étudiants qui refuseraient l'une ou l'autre chose, la sanction consisterait à ne pas se voir délivrer de diplôme.

La Grande-Bretagne

Au cours de l'été 2004, les médias britanniques ont relayé les réactions outrées du public et des professionnels de la santé face au refus de certains étudiants musulmans de s'occuper de patients atteints de maladies sexuellement transmissibles ou du sida. Les étudiants estimaient en effet que ces maladies étaient le résultat de la vie de péché des patients et constituaient une sanction divine. Conséquence : le Conseil Britannique des Recteurs de la Formation Médicale a décidé de réduire le

nombre d'étudiants musulmans dans les facultés, nombre qui a considérablement augmenté ces vingt dernières années passant de 10 à 33% des étudiants en médecine.

D'autre part, en Grande-Bretagne, les universités sont obligées, légalement, de tenir compte de la sensibilité religieuse des étudiants. Certains étudiants musulmans ont donc pris l'habitude de refuser tout ce qui leur semble aller à l'encontre de leurs préceptes religieux : le traitement des maladies sexuellement transmissibles ou le sida, l'avortement, certaines fécondations artificielles,...

Un membre du bureau de l'Association des médecins et dentistes musulmans britanniques a ainsi déclaré au Times : "Nous ne pratiquerons pas d'avortements dans les cas où il n'y a pas de nécessité médicale et nous ne sommes pas d'accord avec les procédures de fécondation artificielle où le sperme d'un donneur est utilisé. Nous nous opposons également à la position adoptée sur l'euthanasie par la British Medical Association" (la principale association de médecins britanniques, généralistes et spécialistes confondus).

Comme aux Pays-Bas, le thème de la santé en liaison avec des spécificités religieuses et culturelles est un sujet assez largement abordé en Grande-Bretagne et l'information à ce sujet est désormais donnée en dehors du cadre strict de la communauté musulmane comme en témoignent les articles consacrés aux précautions à prendre dans le cadre du jeûne du Ramadan parus dans les journaux professionnels locaux ("Fasting during Ramadan : a Muslim pharmacist's perspective." Saghir Akhtar, PhD, MRPharms dans *The Pharmaceutical Journal*, Vol 267 N° 7173 p691-692, 10/11/2001) ou la très large publicité consacrée à l'ouvrage "Caring for Muslim patients" (voir ci-dessous).

Il est à noter cependant que ces écrits émanent souvent de professionnels de santé musulmans, issus des immigrations pakistanaises ou indiennes du milieu du XXème siècle et occupant aujourd'hui des postes relativement élevés (éditorialistes ou professeurs d'universités). Ils sont souvent à la base de sensibilisations ou d'enquêtes sur les intérêts des patients musulmans (comme c'est le cas encore récemment avec une enquête sur la présence des lieux de culte dans les hôpitaux) mais ne dérogent pas au débat démocratique.

Querelle entre "Anciens" et "Modernes"

C'est un aspect des choses qui ne peut être sous-estimé car il a des conséquences importantes. Récemment, lors du conflit à propos des étudiants musulmans refusant de soigner les patients atteints de maladies sexuellement transmissibles ou du sida, on a vu s'opposer ces "anciens" musulmans aux "modernes" de la nouvelle génération qui, elle, émane d'horizons géographiques différents où l'islam rigoriste est de mise.

Dans ce cas précis, la réaction des "anciens" était modérée : "Le devoir d'un médecin est de traiter un(e) patient(e) quelle que soit la maladie dont il/elle est atteint(e). Ne pas le faire serait contraire aux enseignements éthiques de l'Islam qui demandent au professionnel de santé de délivrer des soins à tous. Il ne nous est pas permis de juger, c'est là la prérogative de Dieu". Et de rappeler également que "le Prophète a dit qu'à chaque maux correspondait un remède et qu'il n'est dit nulle part que le patient doit être écarté des soins à cause de ses écarts de comportement".

La position des "modernes" était très différente : un membre de la Société des médecins musulmans a en effet rétorqué qu'il ne pouvait condamner les étudiants qui refusaient les traitements car, à ses yeux, le Coran prédominait sur toute autre loi et règle.

Cette divergence de vue, au sein d'un pays qui a accueilli des communautés

musulmanes depuis très longtemps, est révélatrice de l'aspect politique qui peut s'immiscer dans le débat sur la spécificité culturelle dans le secteur des soins de santé. Des membres d'organisations musulmanes modérées ont d'ailleurs fait le tour des facultés pour rappeler à l'ordre les étudiants de leur communauté.

Les positions extrêmes adoptées par certains praticiens ou étudiants musulmans sont un sujet de préoccupation réelle pour les musulmans modérés de la communauté. Les maladies sexuellement transmissibles n'ont d'ailleurs pas été le seul sujet de controverse. Ainsi, *The Hindoustan Times* (2/8/2004) révélait que des tracts avaient été distribués au *Guy's Hospital*, à Londres, remettant en cause les théories de l'évolution : "La première préoccupation est que l'émergence du militantisme au sein des écoles médicales pourrait constituer une bombe à retardement pour le futur", s'inquiétait le journal.

Au-delà des polémiques, on assiste à un véritable effort de présentation et d'explication des différences communautaires en matière de santé. Les éditions *Radcliffe Medical Press*, un des gros éditeurs médicaux britanniques, viennent de publier un ouvrage "Caring for muslim Patients" ¹⁷ qui explore la religion musulmane et son impact potentiel sur les soins. Ce lancement a été soutenu par le Premier Ministre, Tony Blair, et le Prince de Galles. C'est, en outre, un ancien président de la *British Medical Association*, Sir Alexander Macara, qui en a rédigé la préface dans laquelle il écrit : "Ce livre offre des conseils pratiques pour permettre aux professionnels de santé des hôpitaux et de la communauté de fournir des soins d'une manière culturellement appropriée. Le message de ce livre, c'est qu'il faut à la fois la connaissance et la sensibilité pour traiter correctement des patients, de croyances et de pratiques très diverses, dans une société multiculturelle".

L'information "communautaire" est très étendue puisque l'on trouve en Grande-Bretagne des ouvrages consacrés par exemple aux soins palliatifs au sein des minorités ethniques. "The Nursing Time", une publication professionnelle réservée au monde infirmier a ainsi publié en 2002, une série impressionnante de dossiers consacrés aux soins infirmiers déclinés par communauté religieuse des patients : musulmans, juifs mais également rastafaris, sikhs, Hindous, témoins de Jéhovah et catholiques (qui constituent une minorité religieuse en Grande-Bretagne).

Les efforts intracommunautaires

Des sites internet remplissent également cette fonction d'information. Par exemple, *Ethnicity Online* (www.ethnicityonline.net) qui est uniquement consacré à la préoccupation culturelle dans le domaine des soins de santé et fournit des informations et des guides de bonnes pratiques. *MCB Direct* (www.mcb.org.uk), le portail musulman britannique, donne également des conseils en matière de santé.

Le *Muslim Health Network* (www.muslimhealthnetwork.org) est entièrement consacré à la santé des musulmans et fournit aussi bien des explications très détaillées sur les différentes pathologies que des conseils diététiques, de voyages ou de première urgence. En 2004, il a notamment lancé une campagne "Smoke Free Ramadan" qui consistait à utiliser cette période où fumer pendant la journée est interdit au croyant pour l'inciter à s'arrêter définitivement. C'est un exemple où une vision "communautariste" de la santé peut s'intégrer dans la prévention.

Le MHN (*Muslim Health Network*) a été constitué par des musulmans de tous horizons (secteur de la santé, de l'éducation, des médias, de l'industrie et des associations culturelles et religieuses) afin d'améliorer les conditions de santé de la communauté et de sensibiliser ses membres aux questions de santé et de bien-être. Il travaille en collaboration avec les organisations publiques et privées britanniques (depuis les réseaux d'institutions de santé jusqu'aux associations thématiques comme celles luttant contre le diabète) au niveau national et local.

¹⁷ "Caring for muslim Patients". Eds Aziz Sheikh et Abdul Rashid Gatrad. *Radcliffe Medical Press*. 2000.

A cet égard, l'initiative de Multikulti (www.multikulti.org.uk) est également intéressante. Au départ, il s'agit d'un site délivrant de l'information, des conseils et du matériel pédagogique dans les langues des différentes communautés installées en Grande-Bretagne. On peut donc y trouver toute une série de textes relatifs au système de santé (comment s'enregistrer auprès d'un généraliste,...) ou des descriptions détaillées des maladies dans les langues de toutes les communautés.

La préoccupation vis-à-vis de cette question semble d'ailleurs s'accroître au sein des différentes instances de santé en Grande-Bretagne. En effet, outre la publication du guide du patient musulman, un ouvrage consacré aux médicaments contenant des ingrédients porcins et aux alternatives cliniques a également été publié cette année. Son objectif est de sensibiliser le corps médical à ce type de prescription. Dans un deuxième temps, un ouvrage sur le même thème mais à destination des patients devrait également voir le jour. Il est à noter que l'initiative a réussi à réunir à la fois des représentants du Conseil Musulman britannique mais également des rabbins représentant la communauté juive, intéressée elle aussi à la problématique. La publication a en outre été portée par le Président de l'Agence nationale pour la sécurité du patient. On constate d'ailleurs que ce type de publication se banalise en Grande-Bretagne avec, par exemple, des ouvrages comme "Accessing Healthcare : Responding to Diversity" (Janvier 2004, publié chez Oxford University Press) ou "Religions and Cultures : Guide to Beliefs and Customs for Health Staff and Social Care Services" (publié en 1999, cinquième édition chez R&C Publications).

Enfin, la Société Royale de Médecine (www.rsm.ac.uk) a organisé cet automne, à l'intention des professionnels de la santé et du personnel académique, un forum consacré aux "situations transculturelles : communiquer à propos des questions de santé avec les communautés de minorités ethniques en Grande-Bretagne". Cette conférence bénéficiait d'ailleurs des points d'accréditation pour les professionnels de la santé ¹⁸.

La France

La France a connu, en 2003 et 2004, des débats animés autour de l'affirmation identitaire des patients et des soignants musulmans dans les hôpitaux. A la fin de l'année 2003, les médias ont régulièrement abordé le sujet de la radicalisation de la pratique religieuse dans les hôpitaux, plus particulièrement aux urgences, à la maternité ou en gynécologie : refus de la part des maris de l'intervention d'un médecin homme pour une intervention urgente ou un accouchement (le cas d'une patiente décédée suite à un refus de laisser pratiquer une césarienne par un médecin a ainsi été largement répercutée dans la presse), refus du mari d'une péridurale pour sa femme dans le cas où l'anesthésiste est un homme, demande d'accouchement avec des voiles couvrants, agression des soignants y compris des personnes elles-mêmes issues de l'immigration musulmane,...

D'autres exigences ont également exacerbé les tensions : refus de voir un homme pénétrer dans une chambre de patiente, y compris pour servir les repas, obligation de laisser les portes fermées au cas où un homme passerait dans le couloir. Le cas de certains internes (futurs médecins) refusant de soigner des personnes de l'autre sexe a également un temps défrayé les chroniques avant de voir les étudiants mis en demeure d'accepter et d'assumer les mêmes responsabilités que les autres soignants.

Le constat est cependant général : dans le cas des patients, il s'agit d'une minorité qui représenterait environ 10% dans les hôpitaux accueillant une majorité de personnes d'origine étrangère. Les soignants, médecins, infirmières et paramédicaux français se sont dits, eux, blessés humainement car leur fonction n'est pas respectée. Les femmes, plus encore, déclarent s'être senties méprisées.

¹⁸C'est un système qui existe également chez nous. Dans le cadre de la formation continue, les médecins généralistes, par exemple, doivent obtenir un certain nombre de points qu'ils récoltent en participant à des séminaires ou formation continue sur des thèmes socio-médicaux. Cela leur permet de garder leur accréditation et donc la possibilité d'exercer et de prescrire.

Pour éviter les négociations aux services d'urgence ou sur le seuil de la salle d'opération, beaucoup d'hôpitaux ont donc choisi d'informer les patients dès le départ avec un message comme celui de la maternité de l'Hôtel-Dieu, dans le centre de Lyon : "Information importante à lire avant l'inscription en maternité : Le personnel médical et paramédical du service gynécologie-obstétrique est mixte. Nous ne pouvons en aucun cas vous garantir que vous serez prises en charge et examinées lors de votre grossesse uniquement par des femmes. En cas de refus d'être prises en charge éventuellement par un homme, nous avons le regret de ne pas pouvoir vous inscrire pour un accouchement".

Dans d'autres hôpitaux, on a choisi d'éviter les problèmes en généralisant la règle de la séparation des sexes au point que toutes les patientes avec un nom à consonance "arabe" se voient aiguillées vers des médecins féminins ...même si elles n'ont rien demandé.

Objectif : qualité des soins

L'Hôpital Avicenne de Bobigny (région parisienne) a choisi, lui, la voie de la modération. Il mène, dans le cadre d'un programme européen de prise en charge des migrants à l'hôpital, une expérience pilote pour sensibiliser le personnel soignant à ce sujet, via notamment une formation spécifique donnée tous les ans à l'ensemble du personnel. Elle concerne entre autres l'accueil et le suivi des patients musulmans. "Les particularités culturelles de chacun doivent être prises en compte. Cette dimension est nécessaire pour que l'alliance entre le médecin et le patient fonctionne" souligne le Pr Olivier Bouchaud, du service des maladies infectieuses et tropicales et responsable du groupe sur la prise en charge des migrants. "Lorsque le soignant fait comprendre au patient qu'il a intégré sa dimension, la relation s'installe beaucoup plus facilement. Et cela vaut pour tous les patients, migrants ou non. Cette démarche volontariste est suscitée par un intérêt intellectuel évident, mais c'est aussi une traduction de la conscience professionnelle : notre déontologie nous pousse à faire au mieux notre travail".

Si le dialogue est de mise, il ne signifie cependant pas une acceptation unilatérale de toutes les exigences. Dans le cas d'un patient musulman refusant les soins effectués par une aide-soignante, la négociation s'instaurera. "Dans ce cas, il y a deux solutions : soit un soignant homme est disponible, soit on fait comprendre au patient que ces soins sont nécessaires pour la guérison, même s'ils sont faits par une femme. Dans la majorité des cas, le patient accepte".

Parallèlement au débat sur l'accueil des patients en hôpital, le débat scientifique avance plus sereinement. Un symposium a ainsi été organisé en octobre 2003, à l'initiative d'un cardiologue du centre hospitalo-universitaire du Kremlin Bicêtre, avec pour thème "Le médecin face au patient musulman pendant le Ramadan". De même, des cliniques, comme l'Institut de Médecine de la reproduction de Marseille (une importante clinique de fécondation artificielle) consacre sur son site une page entière aux liens entre la religion et l'assistance médicale à la procréation, détaillant les positions respectives des catholiques, des protestants, des juifs et des musulmans. De même, en 1999 déjà, la Revue du praticien - Médecine générale consacrait un dossier au "Médecin face au jeûne du Ramadan" ¹⁹ (http://www.samu-de-france.com/default_zone/documents/Ramadan.pdf).

Conclusions

Les relations entre les patients musulmans et le système des soins de santé recourent deux axes d'analyse bien distincts :

- la qualité des soins : les différences culturelles peuvent être envisagées positivement lorsqu'il s'agit d'adapter la communication (et donc la prise en compte des éléments culturels) avec les patients afin d'améliorer la qualité des soins, non seulement à travers l'accès aux services de santé ou à la prévention mais aussi en ce qui concerne la pose du diagnostic, le bon suivi du traitement. De la même manière qu'il est apparu important de disposer d'interprètes pour assurer le traitement correct des patients d'origine étrangère, on pourrait imaginer qu'une meilleure prise en compte des différences culturelles mène à une plus grande intégration des patients dans le processus de soins.
- l'affirmation identitaire : il s'agit cette fois de l'opposition entre les contraintes biomédicales et des conceptions culturelles ou religieuses avec pour conséquence un refus de traitements, de gestes ou d'interventions. Le débat porte donc dans ce cas précis sur les bases fondamentales d'une négociation entre les patients et la structure de soins, sur les limites acceptables de ces refus, afin d'éviter que soignants et soignés ne s'enferment dans une impasse.

Par rapport à l'acceptation ou non de revendications communautaires, le débat devra prendre en compte non seulement des éléments de santé publique mais débouchera sans doute sur un débat sociétal plus large, comme cela a été le cas pour les signes extérieurs d'identité.

Débattre pour échapper à la radicalisation mutuelle

Pour Hans Verrept, Responsable de la Cellule de coordination de la médiation interculturelle au Service Public Fédéral de la Santé publique, "Je crois qu'il est nécessaire d'avoir une réflexion plus systématique à propos de la manière dont nous pouvons gérer les demandes des patients liées aux pratiques culturelles ou religieuses lorsqu'elles entrent en contradiction avec les pratiques de l'hôpital. Actuellement, on a tendance à réagir au cas par cas. Les soignants se retrouvent parfois seuls lorsqu'ils sont confrontés à ce type de problèmes. Je constate qu'alors, certains réagissent de manière très stricte, tandis que d'autres se montrent extraordinairement souples. Cela a sans doute à voir avec leur propre sensibilité et leur expérience personnelle par rapport à la présence et au comportement des personnes issues de l'immigration dans la société en général ou à l'hôpital".

Et de poursuivre : "L'important, c'est d'offrir des soins de qualité et éviter que les allochtones se retrouvent dans une situation où ils n'ont pas accès aux soins ou bien où la qualité des soins n'est pas optimale. Il ne faut cependant pas nier le fait qu'il y a des frontières. En ce qui concerne le choix du praticien, il faut tout mettre en œuvre pour essayer d'accueillir les désirs des patients et développer une stratégie explicite. Pour le reste, il faudrait réfléchir de manière beaucoup plus systématique pour examiner dans quelle mesure certaines demandes spécifiques de patients allochtones pourraient être rencontrées. Cette réflexion devrait impliquer des professionnels de soins, des ethnologues, ... et il est évident que les responsables des communautés étrangères doivent être impliqués dans ce débat".

Mohamed Rharib estime également, en tant qu'aumônier islamique, qu'il faut d'abord essayer de tempérer le débat de chaque côté : dans le secteur des soins, il s'agirait de cerner les sources de conflit et d'apporter les aménagements qui ne

suscitent pas de conflits. Il appartiendrait d'ailleurs à la communauté islamique de chercher un consensus auquel la communauté entière pourrait se référer. "Nous ne voulons pas un islam en Belgique, en 2004, qui ressemble à celui qu'ont connu nos ancêtres mais il est cependant difficile de ne pas voir qu'il y a un blocage systématique lorsqu'un musulman revendique son identité religieuse, culturelle ou personnelle". Ce serait surtout, selon lui, l'accumulation de détails comme l'omission systématique des coordonnées de l'imam, l'absence d'offre de régime alimentaire propre, ... qui finiraient par susciter les crispations actuelles.

La nécessité d'ouvrir un débat et de faire le point sur les attentes des uns et des autres est d'autant plus nécessaire que la question des soignants musulmans va également se poser dans un avenir proche. Il s'agit surtout du nombre d'infirmières et de personnel paramédical dont la croissance naturelle est prévisible au vu de la fréquentation des écoles octroyant ces diplômes en Belgique.

Toute démarche de clarification ou d'information devra cependant intégrer les représentants consensuels de la communauté musulmane. Dans des pays comme la Grande-Bretagne où ils sont relativement autonomes, ce sont d'ailleurs les musulmans eux-mêmes qui sont à la base des initiatives dans ce domaine, y compris lorsqu'il s'agit de confronter les points de vue et d'adopter une attitude "officielle" dans les débats épineux.

L'exemple de la Grande-Bretagne montre également que le développement de systèmes communautaristes peut entraîner des fractures sérieuses dans le corps social comme l'a prouvé l'affaire des médecins refusant de soigner les patients atteints de MST ou de sida. Le Dr Qureshi, du Conseil Musulman, estimait pour sa part que 10% des étudiants musulmans en médecine considéraient que les MST et le sida étaient en effet une punition divine de l'immoralité. Il existe donc des divergences ou des lacunes – c'est selon le point de vue – sur des éléments fondamentaux de conception de la médecine. Chez nous, le débat au sein des facultés de médecine ou des écoles d'infirmière est également balbutiant, voire inexistant. Ce sont cependant des débats sur la conception des soins et du patient qui devraient être éclaircis, tant dans l'intérêt du corps social que des étudiants eux-mêmes.

Diversité culturelle : un défi pour l'enseignement et l'offre de soins

L'enseignement et la formation des futurs professionnels de la santé ont une responsabilité importante en ce qui concerne les soins dispensés aux personnes d'origine étrangère. Une meilleure prise en compte de la diversité culturelle, dans les programmes de formation, exige la formulation d'objectifs clairs dans le domaine de la connaissance, des aptitudes et des comportements. Nous partons ici du principe que rester fermé aux autres cultures n'est pas une option tenable pour un futur professionnel de la santé. Pour sensibiliser les étudiants à la diversité culturelle, il ne suffit pas de créer un compartiment spécial quelque part dans le curriculum, il faudrait plutôt en faire une question prioritaire à intégrer en continu à travers l'entièreté de la formation. Aux Facultés de Médecine et des Sciences de la Santé de l'Université de Gand, nous avons essayé de réaliser cela à travers les cours destinés aux médecins et aux dentistes. Dès la première année, les étudiants apprennent à considérer la santé à partir de différents cadres de référence à l'occasion d'un cursus consacré à l'anthropologie médicale au sein du programme "Santé et Société 1".

A travers un "tutorat" (discussion en petits groupes à partir d'un cas), ils se retrouvent confrontés à la réalité concrète des personnes d'origine étrangère et à leurs problèmes de santé. Ils y découvrent les interactions entre les implications socio-économiques, culturelles et ethniques. On consacre également du temps,

au sein du programme de communication, à apprendre à communiquer avec d'autres cultures. Au cours de la troisième année de médecine, les étudiants vont travailler dans les quartiers du 19^{ème} siècle de la banlieue de Gand : on y trouve une forte proportion de personnes d'origine étrangère. A travers les visites, les contacts avec les assistants sociaux et autres intervenants, ils essaient de poser un "diagnostic communautaire". C'est souvent à cette occasion que l'on aborde la cohabitation interculturelle. Plus tard, lors des stages en hôpitaux, on veille à ce que les étudiants aient des contacts suffisants avec les patients allochtones. A chaque fois, on y attire leur attention sur l'importance du contexte culturel et religieux dans la délivrance des soins.

Il devient de plus en plus évident que, ces dix dernières années, un changement important s'est produit. Auparavant, on pouvait relier les personnes étrangères à quelques groupes d'immigrés : les Turcs, les Italiens, les Maghrébins. Les assistants sociaux pouvaient se tenir au courant des problématiques spécifiques et de la conception des soins de ces groupes, en arrivant ainsi à une guidance "ethnospcifique". A l'heure actuelle, le groupe des personnes d'origine étrangère est composé de manière plus diversifiée : Europe de l'Est, Asie Centrale, Moyen-Orient,... Une approche "ethnospcifique" n'est donc plus possible. Il faut développer une stratégie "ethnosensible" plus large.

C'est ainsi qu'au Centre Botermarkt de Ledeborg, l'un de nos centres de formation, nous avons élaboré un projet pour tenter une nouvelle approche : travailler à l'"empowerment" des patients. Ceux-ci y apprennent les éléments leur permettant de formuler une demande d'aide de la meilleure manière possible, ils y sont informés de l'offre disponible au sein du système de soins de santé et y sont familiarisés au dialogue avec les assistants sociaux.

Aujourd'hui, on entend beaucoup de plaintes à propos de l'utilisation "inadéquate" du système de soins de santé par les personnes d'origine étrangère. C'est vraiment une manière de "blâmer la victime" : des gens qui éprouvent des difficultés, qui ne savent pas réellement comment fonctionne notre système de soins, sont présentés sous un jour négatif. Il y a un besoin, au sein du monde médical et certainement au sein de la première ligne, d'une nouvelle sorte de médiation interculturelle, basée sur un renforcement des patients dans leur fréquentation du système de soin.

Au cœur de l'enseignement autour de la notion de diversité culturelle, se trouvent le respect pour les autres et la nécessité d'un dialogue authentique. Le fait d'aborder la perspective historique au sein de l'enseignement peut y contribuer : une bonne partie des connaissances médicales en Occident ne nous a-t-elle pas été transmise par les Arabes dont les connaissances, au 8^{ème} et 9^{ème} siècle, dépassaient nettement les nôtres?

Prof.dr. Jan De Maeseneer.

Président de l'Unité d'Enseignement et de Recherche sur la Médecine et les soins de première ligne.

Président de la Commission d'Enseignement en Médecine. Université de Gand.

Président universitaire du Groupe de coopération pour la formation des généralistes.

Médecin généraliste au Centre local de santé Botermarkt à Ledeborg.

Pistes de réflexion

Certaines différences religieuses ou culturelles ont un impact réel sur la santé de la communauté et devraient pouvoir être abordées dans une perspective d'amélioration de la santé publique. Dans cette perspective, on pourrait imaginer en Belgique, comme cela se fait dans les pays voisins, qu'une campagne de sensibilisation

atteigne à la fois les professionnels de soins et les patients eux-mêmes à partir des situations les plus sensibles : période de Ramadan, prise de médicaments, suivi des traitements lors des retours au pays. Dans ce cas, il sera évidemment utile de faire appel aux "sages" des communautés afin que les textes de référence reflètent un consensus crédible pour les patients.

Les médecins généralistes devraient en tous cas être mieux armés pour pouvoir affronter sereinement cette période. Une meilleure information sur les dangers éventuels du jeûne, sur les pratiques autorisées et interdites, sur le poids social de cette période leur permettrait sans doute de pouvoir discuter en connaissance de cause avec les patients et de prévenir de possibles accidents de santé. Une telle initiative ne peut cependant se concevoir qu'en collaboration avec les organes représentatifs de ces médecins. De plus, cette formation devrait pouvoir se faire sur une base volontaire et être intégrée dans le processus de formation continue.

De même, une information en direction du personnel médical (médecins mais également soignants en hôpital) devrait être effectuée concernant les pathologies les plus courantes atteignant les personnes de la communauté musulmane. Il s'agirait notamment d'un dépistage plus systématique du diabète. La prise en charge des adolescentes et des femmes pourrait également être améliorée si les dimensions psychologiques de certaines affections étaient mieux connues par les thérapeutes.

En ce qui concerne l'accueil des patients musulmans au sens plus large, c'est surtout dans le domaine hospitalier que certains efforts pourraient encore être accomplis. Ils ne nécessiteraient pas de mobilisation de moyens importants mais seraient cependant susceptibles d'améliorer grandement le climat. On pense notamment à l'offre de repas adaptés qui devrait être étendue et aux coordonnées des responsables religieux locaux qui devraient être plus systématiquement délivrées aux patients. La communauté musulmane, de son côté, pourrait également s'investir dans la fourniture de repas "halal" à l'instar de ce qui se fait pour d'autres confessions, les hôpitaux ne pouvant évidemment pas garantir l'abattage rituel des animaux contenus dans les repas.

"Tous les patients ont leurs spécificités"

Il est intéressant de disposer d'une étude concernant les conceptions des patients musulmans vis-à-vis de la santé, de la maladie, mais il peut être dangereux de "problématiser" cette question car le fait d'être musulman n'est qu'une des caractéristiques de la personnalité du patient.

S'il y a des problèmes spécifiques avec les patients musulmans, on peut en effet s'interroger : s'agit-il d'un problème avec les musulmans en tant que tels ou plutôt un problème qui concerne le respect de toutes les caractéristiques individuelles que nous rencontrons chez les patients, comme d'être musulman, turc, homme, femme, maigre ou gros... ? Le fait d'être musulman n'est qu'une caractéristique parmi beaucoup d'autres. Et s'il y a problème, c'est peut-être parce qu'au sein de nos structures de soins, on n'est pas assez respectueux de la diversité, des caractéristiques, des croyances, des envies, des besoins et des peurs propres de chaque individu, et pas spécialement d'un caractère musulman.

Le danger, c'est de finir par se dire : "J'ai en face de moi un patient musulman et donc je dois faire attention à ceci ou à cela". On en arrive à cette aberration où l'on délivre, par exemple, des certificats de virginité sans examiner la patiente. Que ressentons-nous, en tant que praticiens, en termes de culpabilisation intérieure pour nous dire : "Cette population qui est en face de moi, je lui dois quelque chose et j'en arrive à faire des choses qui ne me respectent plus moi".

Il est important d'arriver à un équilibre entre les deux respects. Lorsque je suis en face d'un homme ou d'une femme, j'essaie de comprendre les valeurs qu'il veut défendre, de comprendre ce qu'il veut faire et ne pas faire. Je donne aussi mes propres valeurs, ce que je veux faire et ce que je ne veux pas faire. Il y a là tout un espace pour la négociation qui permet de trouver une solution ou de ne pas la trouver, mais dans le respect de chacun.

Le cas du certificat de virginité est très caractéristique car il nous pousse à faire abstraction de notre propre métier qui est de ne certifier que les choses qui peuvent être certifiées. C'est ma partie à moi du travail et je ne peux pas abdiquer cette partie. Je peux cependant négocier : soit je refuse de faire ce papier en expliquant les raisons, soit j'examine et je remplis le document.

Le risque serait de classer une population donnée et de risquer de passer d'une relation où j'essaie de comprendre l'autre, comme une personne aux mille caractéristiques, dont plusieurs m'échappent bien sûr, comme chez tous mes patients, et de passer à une relation où l'appartenance à un groupe l'emporte sur la personne. A ce moment-là, on n'a plus une relation réellement respectueuse mais presque une relation de racisme à l'envers où parce qu'on ne comprend pas, on accepterait toute demande sans discuter.

Dr Bernard Vercruysse
Médecin Généraliste

Conclusions de la table ronde

Le 10 mai 2005, la Fondation Roi Baudouin a organisé aux Cliniques Saint Jean, à Bruxelles, une table ronde consacrée au sujet de ce rapport. Elle a réuni une trentaine de personnes représentant tous les secteurs directement concernés : médecins, psychologues, responsables hospitaliers, aumôniers musulmans, représentants religieux, médiatrices interculturelles, ... Cette table ronde a fait l'objet d'une note de synthèse qui peut être consultée dans son intégralité en annexe (Annexe IV). Les réflexions et analyses des différents participants ont mené aux conclusions suivantes :

• Nécessité d'éviter de "problématiser" le sujet

- Actuellement, les relations entre les patients musulmans et le secteur des soins de santé se déroulent sans problèmes notables dans la grande majorité des cas. Il serait donc dangereux de baser un débat quelconque sur les quelques cas extrêmes recensés dans les hôpitaux et qui relèvent souvent de patients issus de régions pratiquant un islam rigide.
- La dimension religieuse et / ou culturelle du patient musulman n'est qu'une dimension parmi d'autres caractéristiques personnelles (homme ou femme, jeune ou vieux, maigre ou gros, ...) qui doivent être prises en compte par les prestataires de soins.

• Nécessité d'une adaptation mutuelle par le dialogue

- Les participants à la table ronde se sont montrés favorables à des solutions basées sur le dialogue entre le patient et les prestataires de soins. C'est une voie intermédiaire entre l'option "communautariste" anglaise qui vise à s'adapter à toutes particularités quelles qu'elles soient et l'option "républicaine" à la française où l'exigence d'adaptation aux pratiques nationales est souvent la règle. Le rôle des pouvoirs publics n'est donc pas d'élaborer des normes de régulation générales au niveau public car les situations doivent être discutées au sein de chaque institution ou profession concernées.

– La communauté musulmane développe parfois une position défensive car elle a l'impression que le fait de s'affirmer comme musulman est en soi générateur de rejet. Le non respect de l'obligation légale de fournir à chaque patient musulman hospitalisé les coordonnées d'un imam en serait un des exemples les plus courants.

• **Nécessité de replacer le sujet dans la relation patient / professionnel de soins – empowerment des patients musulmans**

– Le patient doit être informé de la réalité des contraintes médicales et ne pas exiger d'un professionnel de soins que celui-ci adopte un comportement allant à l'encontre de ses valeurs déontologiques. Rencontrer n'importe quelle demande sous prétexte qu'elle émane d'une personne appartenant à une communauté allochtone reviendrait à pratiquer un racisme inversé.

– La réflexion relative à l'impact des différences religieuses et / ou culturelles dans le domaine de la santé doit reposer sur le respect mutuel et la prise en compte de la diversité culturelle d'une manière générale. L'amélioration de l'"empowerment" des patients musulmans permettrait une meilleure prise en charge de problèmes de santé publique propres à la communauté.

• **Nécessité d'élargir la réflexion au contexte socio-économique**

La réflexion relative à d'éventuelles adaptations aux demandes religieuses et / ou culturelles devrait notamment tenir compte de la situation socio-économique souvent défavorable des patients musulmans. En matière de santé, l'impact des conditions économiques est en effet plus important que celui de la religion ou de la culture.

• **Nécessité d'une meilleure formation des professionnels de soins – et meilleure connaissance du système belge de soins par les patients musulmans**

– De nombreux conflits entre patients musulmans et soignants relèvent de problèmes de communication, un effort doit être fait pour améliorer les connaissances des prestataires de soins à propos des conceptions musulmanes en matière de santé et de maladie. Tout comme il est utile que les patients musulmans aient une meilleure connaissance du système belge de soins.

– La réflexion à propos de l'impact des différences religieuses et / ou culturelles devrait s'effectuer au sein des professions et des institutions concernées. C'est à elles qu'il appartient en effet de fixer d'éventuelles limites, de déterminer ce qui est acceptable ou non. Les responsables politiques pourraient soutenir les initiatives liées à la diversité culturelle dans le monde des soins et les projets de formation des prestataires.

Annexe 1

Information sur la santé et le Ramadan par le réseau de médecins musulmans Avicenne et par le Dr. Abdallah, médecin généraliste strasbourgeois, converti, conférencier et consultant du site AllahouAkbar.com.

Le mois de Ramadan représente un mois particulier pour les musulmans puisqu'il s'agit d'une période où ils doivent jeûner. Chaque individu, pubère et mentalement apte, s'abstient de nourriture, de boissons et de rapports sexuels du matin (fajr) au soir (Maghreb). Cela est une obligation et fait partie des cinq piliers de l'Islam. Cependant il est permis au voyageur, à la femme enceinte et au malade de repousser à plus tard cette obligation. Nous comprenons que dans le cas d'une maladie chronique ces jours peuvent ne jamais être récupérés et il existe alors d'autres compensations (nourrir un pauvre...).

Ainsi chaque médecin, dans le cadre du respect des convictions de ses patients, expliquera pourquoi il est préférable que tel ou tel patient ne jeûne pas (équilibre trop difficile à obtenir pour un diabète insulinodépendant, impossibilité de décaler la prise de médicaments au long cours...). Par contre, nous pouvons très bien prescrire des antibiotiques à deux prises par jour pour une infection ORL et laisser le patient poursuivre son jeûne. Il est rappelé que les vaccinations, les prises de sang n'annulent pas le jeûne de même que toute prise oculaire ou nasale de médicaments. L'utilisation de médicaments en sublingual ou en aérosol est acceptée.

A l'opposé, une perte de connaissance est source d'annulation du jeûne. Sachant que la plupart des complications ont lieu par défaut d'observance du traitement, il est demandé à chaque prescripteur de trouver la meilleure solution pour le patient. Soit une interdiction formelle de jeûner (il faut alors bien argumenter car il s'agit d'une obligation qui ne sera pas remplie) soit un réaménagement des thérapeutiques

Le diabétique et le jeûne

Les dispensés de jeûner :

- Le vieillard qui est trop faible
- Le malade incurable qui ne peut jeûner du fait de sa maladie.

Les dispensés provisoirement de jeûner :

«Quiconque d'entre vous est malade ou en voyage, devra jeûner un nombre égal d'autres jours ». Sourate 2, verset 184. «Et quiconque est malade ou en voyage, alors qu'il jeûne un nombre égal d'autres jours. _ Allah veut pour vous la facilité, Il ne veut pas la difficulté pour vous,..... » Sourate 2, verset 185.

- La femme enceinte
- Le malade aigu (curable)
- La femme qui allaite

Des études :

Beaucoup d'études ont été réalisées sur des malades diabétiques pendant le mois de Ramadan et ont eu pour but de vérifier l'effet du jeûne sur ses patients, afin de répondre à leurs attentes.

- Dr Riad SOULAÏMANI et ses collaborateurs à l'hôpital universitaire du roi Khaled, publiée dans la revue « Nutrition Research » 1991,11 : 261- 4
- Dr CHAMAKHI dans la revue « Medicographia » 1991,13 (supp. 1) : 27-9
- Dr CHANDALIA / « Practical Diabetes » 1987, 4 : 287- 90

Ses études ont été réalisées chez les patients diabétiques de type II. Elles n'ont montré aucun changement du taux de l'hémoglobine glucosée pendant leur jeûne. Ses patients n'ont pas perdu du poids.

- 4) Dans une étude du Dr Barber publiée dans la revue BMJ, aucune augmentation du nombre des patients diabétiques n'a été constatée parmi les admis à l'hôpital durant le mois de Ramadan.
- Dans une autre étude du Dr Laajam, publiée dans la revue Est Afr. Med. J. 1990, 67 : 732 – 6, Cette études a été réalisée sur 39 patients diabétiques type II. Il a été demandé à ses patients de continuer de prendre leur traitement antidiabétique pendant le mois de Ramadan. A la fin de cette étude le Dr Laajam et ses coll. n'ont pas observé de chute du taux de la glycémie. Il a conclu, que les diabétiques de type II peuvent jeûner après avis de leur médecin.
- L'étude de l'université de Rabat et Casablanca, publiée dans la célèbre revue britannique B.M.J en 1993 a été réalisé sur 591 patients diabétiques type II traité par Daonil.

Les patients ont été divisés en trois groupes :

Le 1^{er} groupe de patients a choisi de ne pas jeûner, il a été demandé au 2^e groupe de jeûner et de continuer son traitement antidiabétique oral (Daonil), mais en changeant la dose du matin (al fajr) contre celle du soir (après la rupture du jeûne). Le 3^e groupe de patients a choisi de jeûner et de prendre le Daonil, mais en réduisant le dose du matin (Sohour : avant le levé du soleil, al fajr) de 25%. Pendant la durée du mois de Ramadan, le taux de la glycémie chez les 3 groupes a été identique. Aucun malaise hypoglycémique n'a été observé.

On peut conclure par cette étude, que les patients diabétiques de type II, traités par Daonil, peuvent jeûner en remplaçant la dose du matin contre celle du soir. Néanmoins cette étude a montrée une élévation très modérée du taux de la créatine, mais qui a été corrigé rapidement par la réhydratation pendant la période de rupture du jeûne.

Plan pratique de prise en charge thérapeutique des patients diabétiques type II pendant le mois de Ramadan

Quelques conseils :

- respecter un régime alimentaire spécifique, prescrit par le médecin traitant.
- Eviter les glucides.
- Garder ses activités habituelles.
- Rompre le jeûne (repas léger) dès le coucher du soleil le plutôt possible. (recommandation prophétique).
- Prendre un dernier repas (*sahour*) en fin de nuit, c'est-à-dire à l'approche de l'aube.
- Demander conseil au médecin traitant.

Le respect de ces conseils est souvent utile, favorise la perte du poids, et évite les complications de la maladie.

Plan pratique :

Groupe 1 : diabète traité par régime

Peuvent jeûner en respectant les conseils cités plus haut et après avis du médecin traitant.

Groupe 2 : diabète type II

sous groupe 2-a : prise du traitement antidiabétique oral en dose unique

Peuvent jeûner en prenant le traitement pendant la rupture du jeûne

sous groupe 2-b : traitement oral en deux prises

Ces patients peuvent jeûner en respectant les conseils cités en haut et en changeant la dose du soir contre celle du matin. La dose du soir doit être prise pendant la rupture du jeûne, et celle du matin (la moitié de la dose) doit être prise avant le lever du soleil (al fajr).

Groupe 3 : diabète type I (patients sous insuline)

Ces patients nécessitent une surveillance étroite de leur taux de glycémie ainsi qu'un ajustement thérapeutique.

En règle générale nous déconseillons le jeûne à ces patients.

Néanmoins nous proposons le plan suivant :

Sous groupe 3-a : diabète type I, sous insuline en dose unique mois de 40 UI par jour

Son patient peut jeûner en prenant l'insuline dès la rupture du jeûne.

Sous groupe 3-b : diabète type I, sous insuline en dose unique plus de 40 UI par jour.

Nous leur déconseillons de jeûner.

Sous groupe 3-c : diabète type I, sous insuline en deux prises.

Nous leur déconseillons de jeûner.

Cas particuliers :

Les diabétiques qui ne doivent pas jeûner :

- les enfants diabétiques
 - les femmes enceintes diabétique
 - les diabétiques avec des complications (rénales, vasculaires)
 - diabète difficilement contrôlé
 - patient ayant eu une acidocétose récente.
- N'oubliez pas : demandez l'avis de votre médecin traitant

Aspects médicaux

Le Ramadan a des conséquences médicales importantes, dans le domaine hormonal, dans le domaine de l'hydratation, sur le transit, dans le domaine psychologique également.

- **dans le domaine hormonal** : le jeûne entraîne une inversion des cycles insuline-glucagon.

Durant le reste de l'année, l'hormone digestive la plus sécrétée est l'insuline. Il s'agit d'une hormone qui permet au glucose, un sucre qui constitue le véritable carburant de notre organisme, de pénétrer dans les cellules pour y être consommé et transformé en énergie. L'insuline permet également la mise en réserve du surplus d'énergie fournie par l'alimentation. Il semble qu'il existe une importante relation entre l'insuline et le système adrénergique. L'adrénaline est l'hormone de l'effort, de la consommation rapide d'énergie, du combat.

L'insuline en faisant entrer le glucose dans les cellules entraîne dans les premiers jours de Ramadan des hypoglycémies c'est à dire des chutes du taux de glucose dans le sang.

Ces hypoglycémies sont responsables de la sensation de faim ressentie par le jeûneur.

Durant le Ramadan, après les premiers jours, l'insuline laisse sa place prédominante au glucagon. Le glucagon est l'hormone du jeûne, elle va mobiliser les réserves de l'organisme en particulier les graisses pour fabriquer le précieux glucose qui n'est plus apporté par l'alimentation.

La prédominance du glucagon au bout de quelques jours de jeûne permet de moins présenter d'hypoglycémies graves et donc de moins sentir la faim.

- **dans le domaine de l'hydratation** : le corps perd naturellement de l'eau en permanence : par la respiration, par la transpiration, par les urines et par le tube digestif (dans les selles). En temps normal, les apports couvrent les pertes, si ce n'est pas le cas, la soif nous rappelle à nos devoirs vis à vis de notre corps.

Mais lors du jeûne, il ne nous est pas possible de répondre à la soif en absorbant de l'eau. Le corps va alors s'adapter en réduisant les pertes : les urines deviennent beaucoup plus concentrées et moins abondantes, le tube digestif récupère l'eau des selles qui deviennent alors plus dures ce qui risque d'amener une constipation.

C'est ainsi qu'une fois par an, en jeûnant, nous réactivons des mécanismes de notre corps qui ne sont pas utilisés en temps normal mais qui, en cas de pénurie de nourriture ou d'eau, nous permettraient de survivre plus longtemps. On peut raisonnablement penser que la réactivation régulière de ces mécanismes les entretient et leur permet d'être immédiatement disponible en cas de besoin, comme l'exercice physique entretient les muscles, les os et les articulations.

- **dans le domaine psychologique** : Le jeûne est incontestablement une contrainte que l'esprit impose au corps. Le fait de jeûner est une victoire de la volonté du croyant sur ses pulsions naturelles.

L'islam vise à une hiérarchisation des forces psychiques, physiques et sociales : la

logique doit dominer les sentiments, de même que la morale doit canaliser les pulsions comme l'exprime le hadith suivant :

*“Selon Abou Mohammed Abdallah ben Amrou ben El-Aç (que Dieu soit satisfait de lui et de son père), l'Envoyé de Dieu (à lui, bénédiction et salut) a dit : « **Aucun de vous ne deviendra véritablement croyant que lorsque ses passions se plieront aux règles que je vous ai apportées.** »* Hadith N°41 (première partie) rapporté par An Nawawi.

Le jeûne permet de montrer au croyant qu'il peut canaliser ses passions par sa raison puisqu'il réussit chaque jour à surmonter ses pulsions de faim et de soif.

Cette victoire quotidienne construit véritablement le psychisme des croyants.

Un autre aspect est l'interdiction de la colère durant le jeûne. Or la faim et la soif constituent des aiguillons qui nous rendent plus irritables. Si le croyant arrive à dominer ses pulsions de colère durant cette période d'irritabilité accrue qu'est le jeûne, il y arrivera d'autant mieux lorsqu'il ne jeûnera pas !

C'est ainsi que le jeûne du Ramadan est une formidable école de patience et d'endurance permettant aux croyants de renforcer leur personnalité tout en les rendant plus sociables et plus agréables.

Quelques conseils diététiques : Il découle de ce qui précède que le régime alimentaire du jeûneur en bonne santé doit être modifié s'il ne souhaite pas subir les inconvénients qui pourraient résulter d'un jeûne mal préparé (constipation, hypoglycémies, infections urinaires...). Voici quelques conseils de bon sens :

- Il faut se lever pour manger et boire avant l'aube. Le "petit déjeuner" comprendra des boissons abondantes comme des produits laitiers par exemple, des aliments contenant des sucres lents tels que des semoules, des farines, des céréales...., des fruits frais pour les vitamines, des dattes en quantité suffisante (plus de dix par jour) pour permettre au transit intestinal de fixer l'eau et donc d'éviter la constipation.
- Le repas de rupture du jeûne ne sera pas trop abondant, il comportera des boissons abondantes en évitant les produits sucrés, il se fera de préférence en deux temps, rupture simple avec du lait et des dates, repas dans un deuxième temps comprenant beaucoup de légumes de manière à absorber suffisamment de fibres.
- On absorbera utilement au moment du coucher une cuillère à soupe d'huile d'olive de manière à favoriser le transit.

Le Ramadan et la maladie

Cette partie s'adresse surtout aux malades, elle comporte des aspects techniques qui peuvent dérouter ou paraître fastidieux.

Comme on peut le constater dans les versets 183 à 185 de la Sourate II cités plus haut, les malades ont la possibilité de s'abstenir de jeûner durant le temps de leur maladie.

Mais les malades souhaitent souvent jeûner, malgré leur maladie. Ils doivent alors prendre un ou plusieurs avis médicaux pour prévoir, dans la mesure du possible quels seront les effets du jeûne sur leur maladie.

Un médecin musulman, aura tendance à essayer de favoriser le jeûne sans doute plus qu'un autre qui risque de ne pas bien comprendre l'acharnement de son patient à vouloir jeûner en dépit de sa maladie.

Certaines maladies sont, plus que d'autres, sensibles au jeûne. Un petit nombre d'entre elles seront examinées sans que cela dispense les malades de consulter leur médecin pour avis et examen de la situation au cas par cas. Il est ici supposé que le patient est un adulte et que la maladie est isolée.

Les maladies rénales : le rein est un organe de filtration et d'élimination des déchets, le problème est que les malades du rein se perçoivent souvent comme étant en bonne santé puisqu'ils ne souffrent pas !

Or le jeûne du Ramadan, du fait de la privation de boissons et surtout en période de grandes chaleurs, entraîne la diminution de la filtration glomérulaire rénale.

Je conseille donc aux patients souffrant d'une maladie rénale "en poussée" et/ou dont la clairance à la créatinine est inférieure à 70 ml/minute de ne pas jeûner. Ceux qui souhaitent malgré tout essayer devront effectuer un ou deux jours de jeûne puis contrôler l'absence d'infection urinaire et à nouveau leur fonction rénale : **si elle s'est aggravée, ils doivent arrêter de jeûner**, sinon, ils peuvent continuer avec une surveillance hebdomadaire.

Le diabète : Le diabète est une maladie durant laquelle le glucose augmente dans le sang. On distingue le diabète non insulino-dépendant (qui est traité par des comprimés par voie orale) et le diabète insulino-dépendant dans lequel des injections régulières d'insuline sont nécessaires.

Les patients diabétiques non-insulino-dépendants qui souhaitent jeûner peuvent le faire en continuant leur traitement s'il se fait en une ou deux prises quotidiennes en adaptant éventuellement leur traitement sur les conseils de leur médecin et en veillant à rompre leur jeûne s'ils présentent un malaise.

Par contre, les patients qui souffrent d'un diabète insulino-dépendant sont plus difficiles à conseiller. Je pense que s'ils souhaitent absolument jeûner, il faut qu'ils remplissent les conditions suivantes :

- 1° Le diabète doit être équilibré par le traitement depuis plus d'un mois.
- 2° Le patient doit savoir correctement pratiquer l'autocontrôle de sa glycémie (le taux de sucre dans le sang). Pour cela il faut qu'il dispose d'une machine personnelle de contrôle de sa glycémie et qu'il sache s'en servir.
- 3° Le malade doit, avant de commencer à jeûner, aller voir son médecin traitant et lui annoncer son intention de jeûner, lui expliquer ce que ça implique, lui demander de revoir son protocole d'injections d'insuline en fonction des horaires des repas et en fonction des résultats de sa glycémie.

Il faut bien noter deux choses :

- le médecin traitant est un conseiller en matière de santé, il doit bien expliquer le pourquoi de ses avis mais il ne peut pas choisir à la place du patient s'il doit jeûner ou pas.
- pour la grande majorité des savants musulmans, l'injection d'insuline ne rompt pas le jeûne, de même que le contrôle de la glycémie. Elles sont donc possibles durant la journée de jeûne.
- 4° Durant la journée de jeûne, le diabétique doit contrôler sa glycémie plus souvent que d'habitude et en particulier au moindre malaise.
- 5° Si la glycémie descend en dessous de 0,70 gr/l, il doit absolument rompre le jeûne même si son intention de départ était de jeûner toute la journée. C'est très important parce que s'il ne le rompt pas, il met sa vie en danger.

L'asthme : Il faut d'abord souligner que l'asthme est une maladie mortelle. D'autre part un certain nombre de patients "jouent" à se faire peur en retardant le moment de la prise de médicament lors de la crise. C'est un "jeu" très déconseillé !!!

- Soit leur asthme est bien stabilisé (moins d'une crise par semaine) grâce à Allah par l'intermédiaire de leur traitement. Ils doivent donc essayer de jeûner en poursuivant leur traitement habituel :
- * Pour les comprimés, comme il n'y a qu'une ou deux prises par jour, voir plus bas sur la prise de médicaments durant Ramadan
- * Pour les corticoïdes inhalés (bécotide, pulmicort....) Il est possible de les prendre en une ou deux fois par 24 h, donc même chose, les prendre en dehors des périodes de jeûne.
- * Le problème se pose pour les bronchodilatateurs inhalés, en général des β mimétiques de type Ventoline® (Salbutamol), Maxair® (Pirbutérol), Bricanyl® (Terbutaline) Car une toute petite partie du produit passe quand même dans l'oesophage. La question est donc de savoir si en inhaler durant les périodes du jeûne rompt le jeûne ou pas sachant que la prise de ce type de médicament quatre fois par jour ou plus peut être nécessaire.... (donc également durant la journée, période de jeûne). **La majorité des savants, tout en soulignant le devoir absolu de traiter une**

crise, considèrent que la prise d'aérosols inhalés rompt le jeûne.

Mais si une crise survient, ils doivent immédiatement interrompre leur jeûne pour se traiter sans attendre, ils devront alors rattraper la journée de jeûne une fois que cela ira mieux ou payer le repas d'un pauvre.

- Soit leur asthme n'est pas stabilisé, (plusieurs crises par jour), il est alors préférable qu'ils n'essaient pas de jeûner pour ne pas déstabiliser encore plus leur état et qu'ils poursuivent scrupuleusement leur traitement. Ils devront alors rattraper la journée de jeûne une fois que cela ira mieux ou payer le repas d'un pauvre.

La grossesse : Il faut d'abord remarquer que la grossesse n'est pas une maladie mais un état physiologique. Par ailleurs des générations de musulmanes ont jeûné tout en étant enceintes, si le jeûne avait un effet négatif sur la santé de la mère ou de l'enfant, on l'aurait remarqué de longue date !

Il faut tempérer les remarques précédentes en rappelant que la femme enceinte, plus que d'autres, risque de faire des hypoglycémies durant sa grossesse et que si elle en fait, le bébé qu'elle porte en fait aussi, ce qui risque de lui être dommageable.

On peut donc affirmer qu'une femme enceinte a le droit de jeûner mais qu'elle doit arrêter de le faire si elle ressent un malaise car le bébé risque de souffrir.

La prise de médicaments : Les médecins sont souvent interrogés par les patients sur la prise de médicaments. Il faut souligner, en accord avec tous les savants musulmans, **que l'absorption par voie orale d'un médicament durant la journée rompt le jeûne.**

Les fréquences de prises de médicaments sont calculées en fonction de leur élimination. Il ne faut donc pas "sauter" une prise au risque de compromettre tout le traitement. Par contre une adaptation des horaires de prise est souvent possible :

- Pour les patients qui prennent un traitement à prendre deux fois par jour, ils peuvent le prendre en se levant le matin avant l'aube et reprendre leur traitement au moment de l'Iftar (rupture du jeûne au coucher du soleil) le soir.
- Pour les patients qui prennent un traitement à prendre trois fois par jour, en général, ils peuvent le prendre le matin avant l'aube, le soir à l'Iftar et plutôt que de prendre le traitement à midi, absorber la troisième prise au moment du coucher.....

Une autre question concerne les injections. Une grande majorité de savants sont d'avis que les injections effectuées dans un but médical (pas la toxicomanie à l'héroïne donc) ne rompent pas le jeûne, sauf si elles ont un but nutritif (injection de sérum glucosé par exemple).

Il est donc tout à fait licite de se faire vacciner durant Ramadan par exemple. Il faut signaler qu'il existe des savants (minoritaires) qui considèrent que tout apport extérieur de produit étranger rompt le jeûne. Ceux qui choisissent de suivre cette fatwa ne pourront pas alors se faire vacciner durant la journée.

A ma connaissance, les prises de sang, dans la mesure où il n'y a pas de consommation d'un produit mais plutôt prélèvement, ne rompent pas le jeûne.

Annexe II

Extraits du Code de déontologie médicale de l'Ordre belge des Médecins
Le médecin au service du patient

CHAPITRE I

RELATIONS AVEC LE PATIENT

Art. 27 Le libre choix du médecin par le patient est un principe fondamental de la relation médicale. Tout médecin doit respecter cette liberté de choix et veiller à ce qu'elle soit sauvegardée.

Art. 28 Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

De même, le médecin peut se dégager de sa mission à condition d'en avertir le patient ou son entourage, d'assurer la continuité des soins, et de fournir toutes les informations utiles au médecin qui lui succède.

Art. 29 Le médecin doit s'efforcer d'éclairer son malade sur les raisons de toute mesure diagnostique ou thérapeutique proposée.

Si le malade refuse un examen ou un traitement proposé, le médecin peut se dégager de sa mission dans les conditions prévues à l'alinéa 2 de l'article 28.

Art. 30 Quand le patient est un mineur d'âge ou un autre incapable et s'il est impossible ou inopportun de recueillir le consentement de son représentant légal, le médecin prodiguera les soins adéquats que lui dictera sa conscience.

Art. 31 Librement choisi par le patient ou imposé à celui-ci en vertu d'une loi, d'un règlement administratif ou des circonstances, le médecin agit toujours avec correction et compréhension; il s'abstient, sauf incidences thérapeutiques formelles, de toute intrusion dans les affaires de famille; il s'interdit de heurter les convictions philosophiques, religieuses ou politiques.

Art. 32 Librement choisi ou non, le médecin ne prendra que des décisions dictées par sa science et sa conscience.

Art. 33 (modifié le 15/04/2000) Le médecin communique à temps au patient le diagnostic et le pronostic; ceci vaut également pour un pronostic grave, voire fatal. Lors de l'information, le médecin tient compte de l'aptitude du patient à la recevoir et de l'étendue de l'information que celui-ci souhaite.

En tout cas, le médecin assure le patient d'un traitement et d'un accompagnement ultérieurs adéquats. Le médecin y associe les proches du patient, à moins que ce dernier ne s'y oppose. A la demande du patient, il contacte les personnes que celui-ci a désignées.

Annexe III

Ouvrages de référence

- “L’islam et les musulmans en Belgique : note de synthèse”. Fondation Roi Baudouin – Programme Société civile. Hassan Bousetta (FNRS – Ulg) et Brigitte Maréchal (UCL). 2003.
- “Problèmes de santé et expression de la plainte chez les Marocains de Belgique”. Louis Ferrant et Philip Hermans. Les cahiers du GERM. Collection “Expériences et analyses”. IV/1991, numéro 219.
- “Ramadan, impact en médecine générale”. Naïma Bouali. Santé Conjuguée. Octobre 2003. n° 26.
- “Les problèmes de santé chez les Marocains vivant en Belgique”. Louis Ferrant, Philip Hermans. Collection “Expériences et analyses”. Les Cahiers du Germ. IV/1991, numéro 219.
- “Les troubles de la sexualité chez les femmes issues de l’immigration musulmane”. Dr Dominique Roynet. Collection “Expériences et analyses”. Les Cahiers du Germ. I/1994, numéro 228.
- “Symbolique de la plainte dans la culture turque”. Antoine Gailly. Collection “Expériences et analyses”. Les Cahiers du Germ. II/1991, numéro 217.
- “La Belgique a demandé des bras. Ce sont des hommes qui sont venus..., 40 ans d’immigration marocaine en Belgique”. Santé conjugué. Juillet 2004. Numéro 29.
- “Santé : le traitement de la différence”. Coordination par Didier Fassin. Revue Hommes et Migrations, mai-juin 2000, n° 1225.
- “Migrants : comprendre les différences pour mieux soigner”. Le Quotidien du Médecin. n° 7535. 6 mai 2004. Page 13.
- “Le patient musulman. Guide pratique”. Dr Anas Châker. Editions Essalam. 2004
- “Diversiteit in de Gezondheid zorg”. Medischcontact. Jaargang 57. nr 21, 24/05/2002. Annika den Dikken.
- “Concordance in Muslim patients in primary care”. A. Bashir, M. Asif, F.M. Lacey, C.A. Langley, J.K. Marriot and K.A. Wilson. The International Journal of Pharmacy Practice, September 2001.
- “Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg”. Hans Verrept. Cultuur en Migratie. Jaargang 18. Nummer 2. 2000.
- “Allochtone zorgconsulent, financiering & organisatie”. Utrecht, Forum, 20 februari. 2004 (<http://www.forum.nl/pdf/conference-20-2-04.pdf>).
- “Eindevaluatie project “De allochtone zorgconsulent” Forum, NIGZ, Schakels et LVH. Juin 2003.
- “Médiation interculturelle dans les hôpitaux”. Cellule de coordination de la médiation interculturelle, Service Public Fédéral de la Santé Publique, de la Sécurité alimentaire et de l’environnement. Août 2000.
- “Migranten : geloof (Islam) en gezondheidszorg”. Steven Verbiest. Avril 2002 (<http://users.skynet.be/medico.be/islam.htm>).

Annexe IV

Note de synthèse

Table Ronde

“Les soins de santé face aux défis de la diversité :
le cas des patients musulmans”

10/05/2005

Ont participé à la table ronde :

Dr. Naima **Bouali**, Médecin Généraliste, Maison Médicale “Norman Bethune”, Bruxelles

Monsieur **Bouhna**, Imam attaché à la Clinique St Jean, Bruxelles

Mevrouw Hamida **Chikhi**, Coördinator dienst interculturele bemiddeling, Foyer vzw, Brussel

Madame Nuran **Cicekciler**, Psychologue, Groupe Santé Josaphat (Centre de Planning Familial), Bruxelles

Mevrouw Régine **De Bruycker**, Verbond van Verzorgingstellingen vzw, Caritas, Brussel

Dr. Jan **De Maeseneer**, Arts, Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, Ledeborg

De heer Jozef **De Witte***, Directeur, Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding, Brussel

Monsieur Philippe **Dubois**, Cabinet de la Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances (la Ministre Christiane Vienne), Jambes

De heer Louis **Ferrant**, Huisarts, W.V.V.H., Berchem

Dr. Patrick **Gerard**, Directeur Général, Clinique St. Jean asbl, Bruxelles

De heer Jan **Grauls***, Voorzitter van het Directiecomité, Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlands Handel en Ontwikkelingssamenwerking, Voorzitter van het Begeleidingscomité “Islam en moslims in België” van de Koning Boudewijnstichting, Brussel

Madame Marie-Jeanne **Guillaume**, Infirmières hospitalière, sociale et psychiatrique, Auteur de la publication “Soignants et musulmans : duel ou duo?”, Centre El Kalima, Bruxelles

Madame Fatima **Hanine***, Collaboratrice au service juridique, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, Bruxelles

Madame Brigitte **Harmant-Jacquemain**, Consultante Service Ethique et Pastorale, Fédération des Institutions Hospitalières de Wallonie, Erpent

Dr. Winfried **Huba**, Huisarts, Wijkgezondheidscentrum De Sleep, Gent

De heer Piet **Janssen***, Directeur, Vlaams Minderhedencentrum, Brussel

Monsieur Altaï **Manço**, Institut de Recherche, Formation et d'Action sur les Migrations (IRFAM), Liège

Madame Brigitte **Maréchal***, Chercheuse, UCL, Louvain

Madame Jamila **Moussaoui**, Psychologue clinicienne, “Santé en exil”, Charleroi

Madame Firouzeh **Nahavandi***, Directrice, Institut de Sociologie, Bruxelles

Monsieur Mohamed **Rharib**, Prof. de religion islamique et Aumônier hospitalier, Monceau-sur-Sambre

Monsieur Fathi **Tlatli***, Network Global Industry Director, DHL Worldwide – Pharmaceuticals & Healthcare, Diegem

Madame Carine **Vassart**, Journaliste, Malèves Ste.Marie

Mevrouw Ria **Vandenreyt**, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel

Monsieur Dan **Van Raemdonck***, Président, La Ligue des Droits de l'Homme, Bruxelles

Dr. Bernard **Vercruysse**, Président du Forum des Associations de Médecins Généralistes, Bruxelles

De heer Hans **Verrept**, Celverantwoordelijke Interculturele Bemiddeling, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Brussel

* *membre du comité d'accompagnement 'islam et musulmans' de la Fondation Roi Baudouin*

Pour la Fondation Roi Baudouin

Guido **Knops**, Directeur

Benoit **Fontaine**, Conseiller de programme

Ilse **Bonné**, Assistente

Au cours de la table ronde, consacrée aux patients musulmans dans les soins de santé en Belgique qui s'est déroulée aux Cliniques Saint-Jean (Bruxelles), un certain nombre de pistes de réflexion et de propositions de modifications / ajouts au rapport consacré aux patients musulmans dans le système de soins de santé ont été avancés par les participants. Ce document présente la synthèse des arguments de nécessités évoqués lors des discussions.

- **Nécessité d'éviter de "problématiser" le sujet**

Par rapport à un certain nombre de pays voisins, les relations entre les patients musulmans et le système de soins de santé au sens large se déroulent dans leur grande majorité sans problème en Belgique. Il serait donc imprudent et contreproductif de placer les questions relatives à ce sujet sous le signe de conflits potentiels. Cependant, beaucoup de participants ont reconnu que le contexte géopolitique international (attentats de 2001, guerre en Irak, problème palestinien,...) pèse lourdement sur les relations entre la société d'accueil belge et les personnes allochtones en provenance de pays musulmans. "On retrouve les conflits mondiaux dans nos salles d'attente", notait l'un des médecins. La sensibilité quant à l'appartenance communautaire et les réactions qu'elle engendre parfois rendent ainsi les choses plus difficiles.

Un responsable d'une association de médecins généralistes a d'ailleurs fait remarquer qu'il y avait un réel danger de tronquer la relation thérapeutique elle-même si on la basait uniquement sur le repérage des spécificités. Chaque individu, a-t-il relevé, a des caractéristiques propres (homme / femme, gros/maigre, jeune/vieux) qui en font un patient différent d'un autre, caractéristiques dont le médecin doit tenir compte dans son approche. S'il y a un problème entre un praticien et un patient musulman, ne s'agirait-il pas plutôt alors d'un problème plus général de respect des patients et de prise en compte des caractéristiques humaines propres quelles qu'elles soient?

Certains participants se sont d'ailleurs interrogés sur la pertinence de l'exploration des rapports entre patients musulmans et soins de santé en se demandant s'il ne serait pas plutôt judicieux d'étendre la préoccupation à l'ensemble des groupes concernés par la diversité culturelle.

La question de l'identification des patients musulmans en tant que tels a été posée par plusieurs participants : certains ont fait remarquer qu'il existait des différences, voire des divergences notables entre les différentes composantes de la "communauté islamique". La nécessité de faire la distinction entre éléments relevant de la culture et ceux relevant de la religion a aussi été soulevée.

De même, si certains participants ont insisté sur l'impact important des conditions socio-économiques souvent précaires dans lesquelles vivent les populations originaires de pays musulmans, d'autres ont en revanche estimé que l'évolution, notamment chez les jeunes allochtones, les éloigne de l'image infrascolarisée qui leur est souvent collée. Dans le même ordre d'idée, des participants ont mis en doute le lien quasiment automatique que l'on établit entre personnes issues d'une communauté musulmane et le statut de croyant.

Autre piste évoquée : la réintroduction d'une sorte "d'objection de conscience" tant de la part des prestataires de soins que des patients. Dans le cas des premiers, il s'agirait de leur permettre de refuser de pratiquer certains actes (par exemple une interruption de grossesse), dans le cas des seconds, il s'agirait cette fois de leur accorder l'opportunité de refuser de subir certains traitements ou certaines interventions.

Un participant a, enfin, expliqué qu'aux Etats-Unis, c'est la diversification au sein

du personnel de soins qui a surtout permis d'améliorer la prise en charge et le respect des patients issus d'horizons divers. C'est une information à mettre en relation avec l'arrivée d'un nombre croissant de personnes issues de la communauté musulmane dans les filières d'études (et donc plus tard dans les professions) médicales et paramédicales.

En résumé

- *Actuellement, les relations entre les patients musulmans et le secteur des soins de santé se déroulent sans problèmes notables dans la grande majorité des cas. Il serait donc dangereux de baser un débat quelconque sur les quelques cas extrêmes recensés dans les hôpitaux et qui relèvent souvent de patients issus de régions pratiquant un islam rigide.*
- *La dimension religieuse et / ou culturelle du patient musulman n'est qu'une dimension parmi d'autres caractéristiques personnelles (homme ou femme, jeune ou vieux, maigre ou gros,...) qui doivent être prises en compte par les prestataires de soins.*

• Nécessité d'une adaptation mutuelle par le dialogue

Dans le cas des institutions de soins, plusieurs participants ont estimé que le débat devait être cadré dans une perspective d'amélioration de l'adaptation mutuelle patients / institutions. Cette position, largement défendue lors de la table ronde, est révélatrice d'un choix qui rejette à la fois l'option "communautariste" anglaise qui vise à s'adapter à toutes particularités quelles qu'elles soient et l'option "républicaine" à la française où l'exigence d'adaptation aux pratiques nationales est souvent la règle.

Un représentant de la religion islamique a rappelé que certains principes de base, essentiels pour la traduction concrète du respect dus aux patients musulmans, n'étaient toujours pas respectés. Il en référait ainsi à un texte de la Communauté française garantissant à chacun la possibilité de faire appel à un secours spirituel de son choix (curé, pasteur, imam, conseiller laïque, rabbin) et qui n'est toujours pas appliqué dans bon nombre d'hôpitaux car ceux-ci ne fournissent pas systématiquement aux patients les coordonnées d'un imam ou d'un aumônier islamique auxquels ils pourraient faire appel.

De même, un local adéquat pour effectuer la toilette mortuaire - un rite funéraire très important pour la personne et sa famille - n'est pas toujours prévu et les conditions précaires dans lesquelles sont alors effectués ces rites de passage n'offrent pas une image très respectueuse des croyances des musulmans et renforcent chez eux le sentiment que leurs revendications les plus légitimes ne sont jamais satisfaites. Enfin, l'absence de lieu de culte adapté a aussi été pointée. Un cas comme celui de l'hôpital universitaire Saint-Luc (Bruxelles) où un "carrefour spirituel" ouvert à toutes les religions et mis à disposition des patients, a été donné en exemple.

D'une manière générale, la communauté musulmane est d'ailleurs demandeuse de collaboration aux décisions : une suggestion a ainsi été faite quant à la participation des aumôniers et imams concernés dans les conseils d'éthique des institutions hospitalières, principalement dans les hôpitaux accueillant une forte proportion de patients musulmans.

Dans certains cas, il sera sans doute possible d'enlever la cause du refus du patient (par exemple par la mise à disposition de soignants féminins lorsque c'est possible dans les limites de l'organisation des soins). En revanche, dans d'autres cas, cela ne sera pas possible : il faudra dès lors que le débat, largement étendu à la société, permette de définir jusqu'où il est possible d'aller dans la négociation et les limites au-delà desquelles les prestataires de soins n'iront pas. C'est un débat qui doit faire

l'objet d'une réflexion systématique, situations par situations, comme cela s'est pratiqué entre autres aux Pays-Bas à propos des certificats de virginité, un travail qui a permis de déterminer quels étaient les rôles respectifs des différents intervenants.

A plusieurs reprises, on a d'ailleurs relevé à quel point la non-prise en compte d'éléments comme ceux-là pouvait susciter une attitude défensive chez les patients musulmans et est potentiellement source de conflits. Un participant a notamment déclaré que l'attitude défensive des patients musulmans résultait en partie du fait que l'étiquette "islam" est souvent perçue comme un reproche, comme une critique de la part d'une société d'accueil sécularisée. La crispation aurait également des causes sociopolitiques larges : la difficulté d'accès à l'emploi, au logement, les obstacles à l'insertion sociale, la non-reconnaissance de l'islam,...

La relation patient / soignant doit être replacée dans un contexte plus général de respect. Elle doit donc permettre de reconnaître "l'autre", de le replacer dans toutes ses dimensions (et pas seulement la dimension religieuse). Dans le cadre de cet apprentissage mutuel, il serait sans doute judicieux que des personnes respectées dans la communauté, comme les aumôniers par exemple, effectuent une information des patients potentiels à propos du système de soins et de la réalité des contraintes médicales dans le respect de chacune des parties.

Parallèlement, le patient musulman – et les soignants – devraient pouvoir disposer d'informations et de références correctes sur ce qui est autorisé ou interdit dans le domaine des traitements et des soins. Il existe, en Belgique, un comité de théologiens qui pourrait être utilement consulté dans ce sens et fournir les personnes-ressources pour le corps médical et les hôpitaux afin de clarifier diverses situations et de faciliter les traitements.

Néanmoins, certains participants ont fait remarquer que la communauté musulmane n'est justement pas homogène et que les prescrits/interdits peuvent varier sensiblement d'une école théologique à l'autre.

Une participante a, en outre, émis le souhait de voir le rapport souligner également l'impact que les sensibilités culturelles et religieuses pouvaient avoir au-delà du seul secteur curatif. Dans le cas de l'ex-Inspection de la médecine scolaire (aujourd'hui devenue "Centres de promotion de la Santé à l'école") de la Communauté française, on pourrait par exemple réfléchir à l'impact des différences culturelles et/ou religieuses sur des cours comme ceux visant à prévenir les maladies sexuellement transmissibles parmi le public des adolescents.

En résumé

- *Les participants à la table ronde se sont montrés favorables à des solutions basées sur le dialogue entre le patient et les prestataires de soins. C'est une voie intermédiaire entre l'option "communautariste" anglaise qui vise à s'adapter à toutes particularités quelles qu'elles soient et l'option "républicaine" à la française où l'exigence d'adaptation aux pratiques nationales est souvent la règle. Le rôle des pouvoirs publics n'est donc pas d'élaborer des normes de régulation générales au niveau public car les situations doivent être discutées au sein de chaque institution ou profession concernées.*
- *La communauté musulmane développe parfois une position défensive car elle a l'impression que le fait de s'affirmer comme musulman est en soi générateur de rejet. Le non respect de l'obligation légale de fournir à chaque patient musulman hospitalisé les coordonnées d'un imam en serait une preuve.*

- **Nécessité de replacer le sujet dans la relation patient / professionnel de soins – ‘empowerment’ des patients musulmans**

Dans le cas de la médecine générale, il ne faudrait pas, a estimé un praticien, arriver à un système où les professionnels de soins se diraient : “Il s’agit d’un patient musulman donc je dois être attentif à ceci ou cela”. Le risque de ce type de réaction mécaniste est qu’elle pourrait mener à une situation absurde où pour respecter les particularismes de l’autre, le soignant en arriverait à ne plus se respecter lui-même en acceptant de faire des choses qu’il réprouve. Exemple cité : le cas des certificats de virginité qui sont délivrés sans même qu’un examen de la patiente soit pratiqué, ce qui va à l’encontre de la déontologie médicale. La relation thérapeutique doit donc rester avant tout un dialogue : il s’agit de comprendre les valeurs de l’autre, d’expliquer les siennes et de fonctionner ainsi dans un espace de négociation.

Si l’on ne peut s’y plier, il ne s’agit plus d’une relation thérapeutique et on pourrait même imaginer qu’une adaptation inconditionnelle d’un prestataire de soins à toutes les demandes culturelles ou religieuses des patients relève d’une sorte de racisme inversé où l’on ne s’interrogerait plus sur le bien-fondé d’une demande ou d’un refus d’une personne, partant du fait qu’elle est “différente”. Une participante rappelait d’ailleurs que la relation thérapeutique induit la prise en compte d’un patient d’une manière globale et donc, notamment, au travers de son expérience familiale et environnementale au sens large.

On a également fait remarquer que l’institution elle-même – ou du moins sa représentation mentale – pouvait être à la base de certaines crispations des patients dans la mesure où l’hôpital réfère à des périodes de crise dans la vie de chacun et où la douleur, la souffrance, la mort, peuvent exacerber les réactions. Il serait donc peut être judicieux pour le personnel soignant d’avoir une meilleure connaissance de l’expression et des conséquences réelles spécifiques de ces valeurs fondamentales pour les individus.

La relative surconsommation de soins chez les patients musulmans devrait d’ailleurs être abordée dans le cadre de cette relation patient/praticien. L’objectif n’est en effet pas de sanctionner cette surconsommation due à la méconnaissance des systèmes de soins mais bien d’aider, de renforcer les patients en leur donnant plus d’informations leur permettant de faire des choix ou en leur apprenant à mieux formuler les questions aux soignants afin de prendre une décision. Il s’agit donc d’agir au niveau de “l’empowerment” des patients eux-mêmes.

Une participante a également fait remarquer qu’il serait totalement contre-indiqué d’imaginer envoyer les patients d’une origine / appartenance culturelle ou religieuse déterminée chez un praticien de même obédience sous prétexte que la communication serait alors plus correcte. Ce serait en contradiction totale avec une société promouvant la diversité culturelle.

En résumé

- *Le patient, de son côté, doit être informé de la réalité des contraintes médicales et ne pas exiger d’un professionnel de soins que celui-ci adopte un comportement allant à l’encontre de ses principes déontologiques. Rencontrer n’importe quelle demande sous prétexte qu’elle émane d’une personne d’origine étrangère reviendrait à pratiquer un racisme inversé inacceptable.*
- *La réflexion relative à l’impact des différences religieuses et / ou culturelles dans le domaine de la santé doit reposer sur le respect mutuel et la prise en compte de la diversité culturelle d’une manière générale. L’amélioration de l’“empowerment” des patients musulmans permettrait une meilleure prise en charge de problèmes de santé publique propres à la communauté.*

- **Nécessité d'élargir la réflexion au contexte socio-économique**

Les caractéristiques du patient musulman acquièrent-elles leur spécificité de par l'appartenance culturelle et/ou religieuse ou ces caractéristiques seraient-elles influencées par le contexte socio-économique dans lequel évoluent généralement les patients musulmans?

Un participant a fait remarquer que, chez ces patients et leur famille, la connaissance même du système de soins n'est pas très bonne : le circuit et le processus de soins, les différents intervenants, le choix de l'une ou l'autre technique, ... C'est un constat qui pourrait d'ailleurs s'appliquer à d'autres groupes socio-économiques de niveau équivalent, mais chez les patients issus des communautés musulmanes, l'obstacle de la langue vient se superposer encore aux difficultés de départ. Cette méconnaissance explique en partie une certaine surconsommation de produits et d'exams parmi ces populations.

Un autre participant, médecin généraliste dans une structure qui reçoit quelque 55 nationalités différentes, constatait que, dans sa patientèle, le statut importait parfois plus que l'appartenance culturelle. Concrètement, cela signifiait entre autres que le fait d'être illégal en Belgique avait un impact plus important pour la santé que le fait d'appartenir à l'une ou l'autre religion.

Au-delà de l'aspect purement économique, des facteurs comme le passage d'une société du "nous", les sociétés traditionnelles où le recours aux autres est important, à une société du "je", comme dans les sociétés occidentales où l'individu est censé agir de manière autonome, pose également problème aux personnes migrantes qui s'intègrent dans le processus de soins.

En résumé

La réflexion relative à d'éventuelles adaptations aux demandes religieuses et / ou culturelles devrait notamment tenir compte de la situation socio-économique souvent défavorable des patients musulmans. En matière de santé, l'impact des conditions économiques est en effet plus important que celui de la religion ou de la culture.

- **Nécessité d'une meilleure formation des professionnels de soins et meilleure connaissance du système belge de soins par les patients musulmans**

Beaucoup de participants ont insisté sur l'importance d'améliorer la connaissance des professionnels de soins à propos des conceptions musulmanes en matière de santé et de maladie. Des initiatives qui devraient viser à accroître le respect par la connaissance mais également à faciliter les soins grâce à l'apport d'arguments d'informations aux soignants.

Une meilleure connaissance des patients d'origine musulmane ne se limite pas à la dimension culturelle et religieuse. Un médecin faisait ainsi remarquer que des pathologies propres comme le diabète de type II représentait un réel défi pour la santé publique dans la mesure où cette pathologie est effectivement présente de manière inquiétante dans ces populations et que les conséquences en sont jusqu'à aujourd'hui sous-estimées. Or, le risque n'est pas actuellement suffisamment pris en compte, notamment par un dépistage systématique.

Les raisons du recours à la médecine traditionnelle pourraient d'ailleurs être explorées ou exploitées plus avant. C'est une démarche que mène par exemple une association comme "Entre deux mondes" qui cherche à donner une place à la médecine traditionnelle au sein de la médecine classique.

Une participante a aussi insisté sur le fait que beaucoup de situations conflictuelles avaient, en réalité, pour origine des malentendus dans la communication, en dehors de tout élément lié à la langue, à la culture, à la religion. Une piste de solution à explorer serait alors de développer des projets interculturels (au sens large et touchant donc toutes les communautés) afin d'améliorer le dialogue et l'apprentissage mutuel du respect des limites.

Actuellement, les pratiques en matière de formation semblent différer assez fortement d'une faculté à l'autre dans le cas des médecins, d'une école à l'autre dans le cas du personnel médical et paramédical. Ces formations à l'interculturel n'existent en effet pas partout et semblent surtout se manifester en fonction de l'intérêt de l'un ou l'autre membre académique. Il pourrait donc être utile de réfléchir au modèle de formation à instaurer.

Quant à l'information au sens plus large – et notamment sur ce qui est permis ou interdit – la forme qu'elle devrait revêtir ne fait pas l'unanimité. Pour certains, il devrait s'agir de brochures ou d'ouvrages répertoriant les permis/interdits à l'usage des soignants et "labellisés" par les autorités religieuses. Pour d'autres, il faudrait plutôt établir un cadre de débat dans lequel chacun pourrait chercher une solution au cas par cas et en fonction de la culture de travail qui lui est propre. Dans cette dernière optique, l'objectif serait donc de dégager des pistes de solutions plutôt que des réponses toutes faites.

En résumé

- *De nombreux conflits entre patients musulmans et soignants relèvent de problèmes de communication. Un effort doit être fait pour améliorer les connaissances des prestataires de soins à propos des conceptions musulmanes en matière de santé et de maladie. Tout comme il est utile que les patients musulmans aient une meilleure connaissance du système belge de soins.*
- *La réflexion à propos de l'impact des différences religieuses et / ou culturelles devrait s'effectuer au sein des professions et des institutions concernées. C'est à elles qu'il appartient en effet de fixer d'éventuelles limites, de déterminer ce qui est acceptable ou non. Les responsables politiques pourraient soutenir les initiatives liées à la diversité culturelle dans le monde des soins et les projets de formation des prestataires.*

Executive summary

Ce rapport s'inscrit dans une réflexion générale portée par la Fondation Roi Baudouin sur la place de l'islam et des musulmans en Belgique et en Europe. Il a pour objectif d'examiner les relations existant entre les patients musulmans et le système de santé en Belgique. La question centrale de ce travail est la suivante : y a-t-il des conceptions de santé, de maladie, d'éthique propres à l'islam et ces différences culturelles peuvent-elles être à la source de problèmes dans les relations entre les patients musulmans et les professionnels ou structures de santé?

Ce travail n'a pas valeur de recherche scientifique, il est avant tout une "photo", la plus fidèle possible et à un moment donné, de la situation des patients musulmans dans le système des soins en Belgique.

Actuellement, les relations entre les patients musulmans et le secteur des soins de santé se déroulent sans problèmes notables dans la grande majorité des cas. Il serait donc dangereux de baser un débat quelconque sur les quelques cas extrêmes recensés.

Les demandes émanant des patients musulmans et basées sur des éléments culturels ou religieux touchent principalement au régime alimentaire et au respect des rites funéraires dans les hôpitaux. Certaines périodes comme le jeûne du Ramadan peuvent également avoir un impact en matière de santé publique dans la mesure où le non respect des traitements peut présenter un danger chez certains malades chroniques.

On constate cependant parfois, dans des zones où un islam plus rigoriste est de mise, des cas plus problématiques où les pratiques religieuses tendent à s'opposer aux contraintes biomédicales. Il peut s'agir, par exemple, du refus catégorique de voir un professionnel de soins masculin (médecin, anesthésiste, infirmier,...) s'occuper d'une patiente et qui peut déboucher sur des agressions verbales et physiques des soignants.

Enfin, une série d'éléments propres à la population féminine d'origine musulmane, comme la demande de certificats de virginité et les reconstructions d'hymen suscitent également des débats au sein du monde médical.

Face à ces situations qui relèvent au moins autant de la géopolitique que de la santé publique, les médecins et les établissements hospitaliers réagissent actuellement au cas par cas en fonction de leur expérience ou de leur sensibilité à la question.

Faut-il d'ailleurs imaginer des solutions globales, élaborer des "guidelines" qui baliseraient le travail quotidien des professionnels de soins? Ou faut-il plutôt laisser la décision relever du dialogue au sein de la relation entre les soignants et les patients, chacun pouvant exprimer ses valeurs mais dans le respect de celles de l'autre?

Un autre élément important dans ce débat est la présence de plus en plus forte, au sein du système de soins de santé, de professionnels issus des communautés musulmanes (médecins, infirmières, personnel paramédical,...). Dans certains pays, cela a entraîné l'émergence de demandes communautaristes dans l'accomplissement du travail. Dans d'autres, ce phénomène est au contraire perçu comme un facteur pouvant améliorer l'accueil et la qualité des soins aux patients. Seul l'avenir pourra dire ce qu'il en sera de la Belgique.

D'une manière générale d'ailleurs, le débat autour des spécificités des patients au sein du système de santé ne doit pas être confiné au seul islam, la diversité culturelle représentant une tendance croissante dans nos sociétés contemporaines.

Enfin, Le 10 mai 2005, la Fondation Roi Baudouin a organisé aux Cliniques Saint Jean, à Bruxelles, une table ronde consacrée au sujet de ce rapport. Elle a réuni une trentaine de personnes représentant tous les secteurs directement concernés : médecins, psychologues, représentants des pouvoirs publics, responsables hospitaliers, aumôniers musulmans, représentants religieux, médiatrices interculturelles,... Cette table ronde a fait l'objet d'une note de synthèse qui peut être consultée dans son intégralité en annexe (Annexe IV).

This report occurs within the context of a general reflexion carried out by the King Baudouin Foundation on the place of Islam and of Muslims in Belgian and European societies. Its objective is to examine the existing relations between Muslim patients and the healthcare system in Belgium. The central question in this work is the following : are there conceptions of health, of illness, of ethics peculiar to Islam and can it be that these cultural differences are the source of the problems in relations between Muslim patients and the healthcare professionals or structures?

This work does not have any scientific research value, it is first and foremost a "snapshot", the most faithful possible and at a given moment, of the situation concerning Muslim patients within the healthcare system in Belgium.

As things stand, the ongoing relations between Muslim patients and the healthcare sector are without any notable problems in the overwhelming majority of cases. It would therefore be dangerous to base a debate of any kind on the few recorded exceptions. The demands emanating from Muslim patients and based on cultural or religious elements concern mainly the dietary regime and the respect accorded to funeral rites in hospitals. Certain periods such as the fast of Ramadan can also have an impact on public health in the sense that the non-respect of treatments can present a danger to chronically ill persons.

We do however find, in the areas where a stricter form of Islam prevails, more problematic cases whereby religious practices tend to be in opposition to biomedical requirements. There can occur for example a categorical refusal to see a male healthcare care professional (doctor, anaesthetist, nurse etc.) take care of a female patient and which can result in verbal and physical aggression towards the medical staff.

Finally, a number of elements particular to the female Muslim population, such as requests for virginity certificates and hymen reconstruction are also provoking debates within the medical community.

Faced with these situations which are in equal measure a matter of geopolitics as well as public health, the doctors and the hospital establishments are currently dealing with this on a case by case basis in accordance with their experience and their sensitivity to the issue.

Should one moreover devise global solutions, draw up "guidelines" which would map out the daily work routine for healthcare professionals? Or rather should one allow for this to be a decision based on dialogue occurring in the relationship between the care providers and the patients, where each one can give expression to their own values while respecting those of others.

Another important element in this debate is the increasing prominence, within the healthcare system, of professionals originating from the Muslim communities (doctors, nurses, paramedical personnel etc.). In certain countries, this has led to the emergence of communitarian demands within the work environment. In other countries, this phenomenon is on the contrary perceived to be a factor which can improve the initial welcome and quality of care towards patients. Only time will tell as to how this will evolve in Belgium.

More generally also, the debate on the specificity of patients in the healthcare system should not be confined only to Islam, as cultural diversity is a growing tendency in our contemporary societies.

Finally, on the 10th May 2005, the King Baudouin Foundation organised a round table at the Saint Jean Clinic in Brussels devoted to the subject of this report. It brought together thirty or more individuals representing all of the sectors directly affected : doctors, psychologists, policy maker representatives, hospital staff, the clergy, Muslims, religious representatives, intercultural mediators etc. A summary of this round table is available in full herewith included (Annex IV).

La Fondation Roi Baudouin

Contribuer à l'amélioration des conditions de vie de la population

www.kbs-frb.be

La Fondation Roi Baudouin est une fondation d'utilité publique qui a vu le jour en 1976, l'année des 25 ans de règne du Roi Baudouin. La Fondation est indépendante et pluraliste. Nous œuvrons pour améliorer les conditions de vie de la population.

Les dépenses annuelles totales de la Fondation sont de quelques 39 millions d'euros par an. Ce budget nous permet de réaliser pas mal de choses au service de la société, mais nous ne pouvons pas tout faire. C'est pourquoi nous choisissons de mettre l'accent sur certains thèmes prioritaires, que nous adaptons aux besoins changeants de la société. Nos programmes centraux pour les années à venir sont: Justice sociale, Société civile, Gouvernance, et Fonds & Philanthropie d'aujourd'hui.

Le programme 'Justice sociale' détecte de nouvelles formes d'inégalité sociale et soutient des initiatives qui accroissent l'autonomie des personnes les plus vulnérables. Avec le programme 'Société civile', nous cherchons à stimuler l'engagement citoyen et à renforcer le mouvement associatif. 'Gouvernance' entend associer plus étroitement les citoyens aux décisions sur les modes de production et de consommation des biens et des services ainsi qu'aux évolutions dans les sciences médicales. Quant au programme 'Fonds & Philanthropie d'aujourd'hui', il vise à encourager des formes modernes de générosité: la Fondation fournit des informations aux donateurs et leur propose toute une gamme d'instruments de philanthropie.

A côté de ces quatre programmes centraux, la Fondation mène aussi plusieurs 'Initiatives spécifiques et structurelles'. Nous menons un projet sur l'aménagement du quartier européen à Bruxelles, soutenons Child Focus et avons conclu un partenariat structurel avec le European Policy Centre. Précisons encore que tous nos programmes et projets accordent une attention particulière à la diversité culturelle et à l'équilibre des relations hommes-femmes.

Pour atteindre notre objectif, nous combinons différentes méthodes de travail: nous soutenons des projets de tiers, nous développons nos propres projets sur certains thèmes, nous organisons des journées d'étude et des tables rondes réunissant des experts et des citoyens, nous mettons sur pied des groupes de réflexion sur des enjeux actuels et futurs, nous rassemblons autour d'une même table des personnes aux visions très diverses, nous synthétisons les informations ainsi obtenues dans des publications et des rapports (gratuits),...

En tant que fondation européenne en Belgique, la Fondation Roi Baudouin est active au niveau local, régional, fédéral, européen et international. Nous tirons bien sûr parti de notre implantation à Bruxelles, capitale de l'Europe, de la Belgique et des deux grandes Communautés de notre pays.

Vous trouverez de plus amples informations sur nos projets et publications sur notre site internet:

www.kbs-frb.be Renseignements pratiques par e-mail info@kbs-frb.be ou tél. +32-70-233 728

Fondation Roi Baudouin, rue Brederode 21, B-1000 Bruxelles

+32-2-511 18 40, fax +32-2-511 52 21

Les dons à partir de 30 euros versés à notre compte 000-000004-04 sont fiscalement déductibles.



Avec le soutien de la Loterie Nationale