



HAL
open science

Convictions religieuses et santé

Madeleine Legoux

► **To cite this version:**

| Madeleine Legoux. Convictions religieuses et santé. Sciences pharmaceutiques. 2009. hal-01732408

HAL Id: hal-01732408

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732408>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1

2009

FACULTE DE PHARMACIE

CONVICTIONS RELIGIEUSES ET SANTE

T H E S E

Présentée et soutenue publiquement

Le 04 mars 2009

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par **Madeleine LEGOUX**

née le 14 janvier 1985 à Paris (75)

Membres du Jury

Président :	M. François BONNEAUX,	Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy.
Juges :	Mme. Jane-Laure DANAN,	Responsable de l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers), Centre Psychothérapeutique de Nancy (Laxou).
	Mme. Marie-France POCHON,	Docteur es Sciences Pharmaceutiques.
	M. Mohamed SI ABDALLAH,	Docteur en Médecine.

UNIVERSITE Henri Poincaré - Nancy 1
FACULTE DE PHARMACIE

DOYEN

Chantal FINANCE

Vice-Doyen

Francine PAULUS

Président du Conseil de la Pédagogie

Pierre LABRUDE

Responsable de la Commission de la Recherche

Jean-Claude BLOCK

Directeur des Etudes

Gérald CATAU

Responsable de la Commission des Relations Internationales

Janine SCHWARTZBROD

Responsable de la Communication

Francine KEDZIEREWICZ

Responsable de la Commission Hygiène Sécurité

Laurent DIEZ

Responsable de la filière Officine :

Gérald CATAU

Responsables de la filière Industrie :

Isabelle LARTAUD

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable du CEPH :

(Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier)

Jean-Michel SIMON

Doyen Honoraire : Claude VIGNERON

Professeur Emérite : Gérard SIEST

Professeurs Honoraires

Thérèse GIRARD

Michel JACQUE

Lucien LALLOZ

Pierre LECTARD

Vincent LOPPINET

Marcel MIRJOLET

François MORTIER

Maurice PIERFITTE

Louis SCHWARTZBROD

Maîtres de Conférences Honoraires

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Andrée IMBS

Marie-Hélène LIVERTOUX

Jean-Louis MONAL

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

Assistante Honoraire

Marie-Catherine BERTHE

ENSEIGNANTS

PROFESSEURS

Gilles AULAGNER	Pharmacie clinique
Alain BAGREL	Biochimie
Jean-Claude BLOCK	Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	Pharmacologie cardiovasculaire
Chantal FINANCE	Virologie, Immunologie
Pascale FRIANT-MICHEL	Mathématiques, Physique, Audioprothèse
Marie-Madeleine GALTEAU.....	Biochimie clinique
Christophe GANTZER	Microbiologie environnementale
Max HENRY	Botanique, Mycologie
Jean-Yves JOUZEAU	Bioanalyse du médicament
Pierre LABRUDE	Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Dominique LAURAIN-MATTAR.....	Pharmacognosie
Isabelle LARTAUD.....	Pharmacologie
Pierre LEROY.....	Chimie physique générale
Philippe MAINCENT.....	Pharmacie galénique
Alain MARSURA.....	Chimie thérapeutique
Patrick MENU.....	Physiologie et physiopathologie humaine
Jean-Louis MERLIN.....	Biologie cellulaire oncologique
Alain NICOLAS.....	Chimie analytique
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS.....	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN.....	Biochimie, Biologie moléculaire
Janine SCHWARTZBROD	Bactériologie, Parasitologie
Jean-Michel SIMON.....	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Claude VIGNERON.....	Hématologie, Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Monique ALBERT.....	Bactériologie, Virologie
Sandrine BANAS.....	Parasitologie
Mariette BEAUD.....	Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT.....	Communication et Santé
Michel BOISBRUN.....	Chimie thérapeutique
Catherine BOITEUX.....	Biophysique, Audioprothèse
François BONNEAUX.....	Chimie thérapeutique
Cédric BOURA.....	Physiologie
Gérald CATAU.....	Pharmacologie
Jean-Claude CHEVIN.....	Chimie générale et minérale
Igor CLAROT.....	Chimie analytique
Jocelyne COLLOMB.....	Parasitologie, Organisation animale
Joël COULON.....	Biochimie
Sébastien DADE.....	Bio-informatique
Dominique DECOLIN.....	Chimie analytique
Béatrice DEMORE.....	Pharmacie clinique
Joël DUCOURNEAU.....	Biophysique, Audioprothèse, Acoustique
Florence DUMARCAY.....	Chimie thérapeutique
François DUPUIS.....	Pharmacologie
Raphaël DUVAL.....	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE.....	Hématologie
Adel FAIZ.....	Biophysique-acoustique

Luc FERRARI.....	Toxicologie
Stéphane GIBAUD.....	Pharmacie clinique
Françoise HINZELIN.....	Mycologie, Botanique
Thierry HUMBERT.....	Chimie organique
Frédéric JORAND.....	Santé et Environnement
Francine KEDZIEREWICZ.....	Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT.....	Informatique, Biostatistiques
Brigitte LEININGER-MULLER.....	Biochimie
Faten MEHRI-SOUSSI.....	Hématologie biologique
Christophe MERLIN.....	Microbiologie environnementale et moléculaire
Blandine MOREAU.....	Pharmacognosie
Maxime MOURER.....	Pharmacochimie supramoléculaire
Dominique NOTTER.....	Biologie cellulaire
Francine PAULUS.....	Informatique
Christine PERDICAKIS.....	Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO.....	Pharmacologie
Virginie PICHON.....	Biophysique
Anne SAPIN.....	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER.....	Mycologie, Botanique
Nathalie THILLY.....	Santé publique
Gabriel TROCKLE.....	Pharmacologie
Noëlle VAULTIER.....	Biodiversité végétale et fongique
Mohamed ZAIYOU.....	Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI.....	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER..... Sémiologie

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD..... Anglais

ASSISTANT

Annie PAVIS..... Bactériologie

SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITE (SCD)

Anne-Pascale PARRET..... Directeur

Jeannine GOLEC..... Responsable de la section Pharmacie-Odontologie

SERMENT DES APOTHICAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

Ɖ' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

Ɖ'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

Ɖe ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES
DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE
CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

A mon président et directeur de thèse, M. François BONNEAUX,

Maître de Conférences à la faculté de pharmacie de Nancy,

Pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail, et pour avoir accepté d'encadrer ma thèse,

Veillez recevoir ces remerciements comme témoignage de ma gratitude.

A mes juges,

Mme Jane-Laure DANAN,

Responsable de l'IFSI au Centre Psychothérapique de Nancy (Laxou),

Pour l'attention que vous avez portée à cette thèse, et pour la correction efficace que vous en avez faite,

Veillez recevoir mes sincères remerciements.

Mme Marie-France POCHON,

Docteur es sciences pharmaceutiques,

Pour avoir aimablement accepté de lire mon travail et m'avoir fait partager votre intérêt pour les soins palliatifs,

Veillez recevoir mes sincères remerciements.

M. Mohamed SI ABDALLAH,

Docteur en médecine,

Pour avoir accepté si gentiment de juger ce travail, pour votre accueil chaleureux,

Veillez recevoir mes sincères remerciements.

Au Docteur Marc TENENBAUM, pour votre aide précieuse...

Au Docteur Denis EVRARD,

Et à tous ceux qui m'ont aidée dans ce travail... Merci !

A mes parents,

Pour votre soutien et votre inlassable patience face à mon mauvais caractère....

Un immense merci pour vos lectures et relectures de cette thèse, pour vos idées et vos remarques pertinentes,

Pour tes petites fiches récapitulatives, merci papou !

A mon frère et mes sœurs,

Pour tous ces moments passés ensemble...

Et en particulier à toi Aimée, pour tous ces cours que tu m'as fait réciter... et que tu retenais plus vite que moi !

A toi Ivo,

Pour le bonheur que tu distilles partout où tu passes...

A mes couz' Hélène et Marie-Agnès,

A ma famille...

A mes amis,

A toi Marion, sans toi, j'aurais changé de voie 36 fois ! Merci pour ta patience et ton infinie gentillesse. Sache-le, tu es une amie formidable.

A toi coloc... à ce moment béni où on a décidé d'habiter ensemble...

Aux rencontres inattendues qui donnent des choses... exceptionnelles : Laetitia avec un sac sur le dos (San Sebastian, San Diego et tous les endroits de rêve à venir...), Channy dans cet amphi de P1, Thomas sur ce banc rue lionnois (je ne re citerai pas les 1^{ers} mots !!), Vanina à cette fête de mariage où tu ne connaissais personne, Amélie en pièce, Lakshmi au parc Ste Marie, Corine un 2 janvier à la pharmacie de la Salle, Karine à un comptoir, Héloïse devant une salle d'examen (mais quand cela a-t-il réellement commencé ??)...

Aux pharma : Aurélie, Channy, Christelle, Claire, Emilie, FH, Lucie, Marie-Eve, Mathilde, Thomas... Merci pour tous ces moments inoubliables avec chacun d'entre vous ou tous ensembles, entre autres pour la tente des boulets en Italie, et ces moments au lac du Bourget...

A toute l'équipe de la pharmacie Gérard à Nancy,

Pour m'avoir accueillie avec beaucoup de gentillesse lors de mes premiers stages, merci.

A toute l'équipe de la pharmacie de la Salle à Nancy,

M. LIBERT, M. DIDIER, Maxime, Annick, Grèg...

Et à toi Pauline, puisque tout ça a commencé grâce à toi.

Si c'est ici qu'il faut le redire, alors je le répète : je ne changerais de métier pour rien au monde, et je crois que vous y êtes pour beaucoup.

Et particulièrement toi Annick, merci!

Promis, on boira le champagne sans conséquence...

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1^{ERE} PARTIE : LES RELIGIONS PRODUCTRICES DE PRESCRIPTIONS	5
1. Définitions :.....	6
2. Le corps médical face à Dieu :	7
3. Santé et religion, un lien inaliénable :	7
4. Implantation des religions en France :	11
5. Quelques traits relatifs aux croyances :.....	14
5.1. Le judaïsme :	14
5.2. Le christianisme :	18
5.3. L'islam :	19
2^{EME} PARTIE : L'INTERFERENCE DES PRESCRIPTIONS RELIGIEUSES AVEC LA SANTE	22
1. Religion et interdits alimentaires :	23
1.1. Prescriptions alimentaires permanentes :	23
1.1.1. La religion juive :	23
1.1.2. La religion musulmane :	26
1.1.3. Les religions chrétiennes :	27
1.2. Prescriptions alimentaires temporaires :	28
1.2.1. La religion juive :	28
1.2.2. La religion musulmane :	29
1.2.3. Les religions chrétiennes :	30
1.3. Lever des interdits :	30
1.4. Problèmes liés à la composition des médicaments :	32
1.5. Un référentiel : le Médiel :	33
2. Cas particulier du Ramadan :	34
2.1. L'ulcère gastroduodéal évolutif :	34
2.2. Le diabète :	35
2.3. Chronothérapie :	41
2.4. Chronopharmacologie :	41
3. Cas particulier de Pessah :	42
4. Tableau récapitulatif pour le judaïsme et l'islam :	44
5. Examens médicaux, soins et religions :	45

6.	Douleur et religions :	46
6.1.	Histoire de la douleur :	46
6.2.	Quelques définitions :	49
6.3.	Point de vue des religions sur la prise en charge de la douleur :	49
6.3.1.	Concernant le judaïsme :	49
6.3.2.	Concernant le christianisme :	50
6.3.3.	Concernant l'islam :	50
7.	Les soins dispensés en fin de vie :	52
7.1.	Les soins palliatifs : d'un point de vue historique et législatif :	52
7.2.	Le regard des religions sur les soins dispensés en fin de vie :	54
8.	Religion et reproduction :	57
8.1.	Quelques définitions :	57
8.2.	Tableau récapitulatif :	60
8.3.	Quelques précisions :	61
8.3.1.	Concernant les catholiques :	61
8.3.2.	Concernant les protestants :	62
8.3.3.	Concernant les juifs :	63
8.3.4.	Concernant les musulmans :	63
3^{EME} PARTIE : LE ROLE DU PHARMACIEN FACE AUX CONVICTIONS RELIGIEUSES.		65
1.	Aspects règlementaires :	66
1.1.	Lois et décrets :	66
1.2.	Code de la Santé publique et Code de Déontologie médicale :	68
2.	Définitions :	69
2.1.	Définition de la Santé :	69
2.2.	Définition de l'éducation thérapeutique du patient :	69
3.	Favoriser l'observance :	71
4.	L'empreinte culturelle :	73
4.1.	L'influence sur la place des médicaments :	73
4.2.	Les rapports patients-professionnels de santé :	74
4.3.	La place de l'automédication :	77
4.4.	Le recours à la médecine traditionnelle :	77
4.5.	Les croyances de santé :	78
5.	Stratégies permettant de gérer les problèmes rencontrés :	79
5.1.	Gérer des situations difficiles :	79
5.1.1.	Des informations trop rapidement données :	79
5.1.2.	Un vocabulaire difficile pour le patient :	80
5.1.3.	La gestion de la famille :	81
5.1.4.	Le problème des intermédiaires :	82
5.1.5.	Et s'il n'y a pas de traducteur ?	83
5.2.	Les solutions possibles face aux données multiculturelles et aux convictions religieuses :	83
CONCLUSION		86
BIBLIOGRAPHIE		87

Introduction

L'observance se définit comme l'exécution des règles de la pratique religieuse, l'obéissance à ces règles.¹

Dans le domaine médical, elle correspond à l'exécution des prescriptions du médecin. Ce terme d'observance (*compliance* en anglais) donne un rôle passif au patient quant au suivi de son traitement. Pourtant, considérer l'observance comme une obéissance passive est une erreur.

L'observance peut en effet être influencée par une multitude de facteurs : [1]

- des facteurs liés directement aux caractéristiques de la maladie : caractère aigu ou chronique de la maladie, durée de la maladie, type et gravité des symptômes...
- des facteurs liés aux caractéristiques du traitement : complexité, commodité, effets indésirables, délai d'action, coût....
- des facteurs perceptuels : déni de la maladie, peur de la dépendance, absence de confiance envers les professionnels de santé....
- des facteurs comportementaux et sociaux : obstacles liés à l'environnement du patient, absence de soutien social, culture et croyances....

C'est sur ce dernier point que portera cette thèse. Quelle place peuvent avoir les convictions religieuses des patients dans la pratique du médicament? Comment pouvons-nous exercer notre rôle de gardien de l'observance thérapeutique lorsque nous sommes confrontés à des contingences religieuses?

Ce sujet étant très vaste, nous restreindrons cette étude du point de vue des religions dites « historiques », c'est à dire les trois religions monothéistes : judaïsme, christianisme et islam. D'autre part, nous essayerons de l'axer plus particulièrement du point de vue du pharmacien d'officine.

¹ Définition du Petit Robert.

Lorsqu'on pense « religion et santé », on évoque effectivement très rapidement des problèmes d'ordre éthique, concernant le début et la fin de vie : conception, procréation, avortement d'une part, soins palliatifs, euthanasie d'autre part.... Ces questions peuvent nous concerner directement au comptoir, mais relèvent plus du domaine hospitalier. Il existe d'ailleurs une « Charte de la laïcité dans les services publics » qui fixe les droits des agents et des usagers du service public. Il y est stipulé que « les usagers [...] ont droit au respect de leurs croyances et de participer à l'exercice de leur culte ».

Concernant l'accompagnement en fin de vie, il existe d'ailleurs une tension entre le code pénal et les codes de déontologie médicale et de santé publique. Le traitement de la douleur des malades en phase terminale et ses conséquences, sont le nœud de la démarche en soins palliatifs. La médecine française est imprégnée de la culture de la lutte pour la « vie à tout prix », et peut aller à l'encontre des convictions religieuses et personnelles de certains. Au Québec, la conviction religieuse du patient est d'ailleurs un motif valable pour fonder un refus de traitement. Les débats autour de ces sujets sont nombreux et récurrents actuellement. [2] Nous nous contenterons de faire un état des lieux de ce qu'en disent les trois religions monothéistes.

Les problèmes que nous souhaitons traiter ici sont ceux liés à la pratique même d'une religion, dans la vie de tous les jours, pratique qui a des répercussions immédiates sur le suivi d'un traitement, pratique qui nous concerne quotidiennement au comptoir en tant que pharmacien, et donc en tant qu'acteur en santé de première ligne. Nous avons en effet, et ce de plus en plus, un rôle fondamental d'éducateur en santé, et nous devons être au courant des « pratiques culturelles » de nos patients afin d'optimiser notre rôle de conseil.

Posséder une culture ou être doué de psychisme est strictement équivalent, et la différence culturelle est une donnée de fait, aussi incontournable que l'existence du cerveau, du foie ou des reins. [...] Il n'est évidemment aucun homme sans culture.

Tobie Nathan².

² Ethnopsychiatre né en 1948.

1^{ère} partie :

Les religions productrices de prescriptions

1. Définitions :

Selon Emile Durkheim³, la religion est « *un système solidaire de croyances et de pratiques relatives à des choses sacrées, c'est-à-dire séparées, interdites, croyances et pratiques qui unissent en une même communauté morale, appelée Eglise, tous ceux qui y adhèrent* » (1912). [3]

Le mot religion vient du latin *religio* qui vient du mot *religare* (lier, relier) et signifie, selon Tertullien⁴, la relation des hommes avec le divin.

Le mot religion peut également provenir de *relegere* qui signifie ce qu'on recueille avec soin, ce qu'on lie ensemble [4], mais aussi ce qu'on relit : des mythes, des textes fondateurs, un enseignement (c'est l'origine du mot *Torah* en hébreu), une récitation (*Coran* en arabe), un ou plusieurs livres (*Biblia* en grec)... C'est en recueillant, répétant, relisant les mêmes paroles, les mêmes textes qu'on finit par communier dans les mêmes croyances, les mêmes idéaux, et finalement par créer du « lien ».

Lorsqu'on ouvre le dictionnaire au mot « culture », la définition donnée est la suivante : c'est « *une action de cultiver* », « *un ensemble des usages, des coutumes, des manifestations artistiques, religieuses, intellectuelles qui définissent et distinguent un groupe, une société* » ou encore « *un ensemble de convictions partagées, de manières de voir et de faire qui orientent plus ou moins consciemment le comportement d'un individu, d'un groupe* ». [5]

Comprendre une culture, c'est donc apprendre à connaître ses mythes, ses croyances, ses savoirs et comprendre les réalités profondes de leur existence, c'est-à-dire à partir de quelles réalités et de quelles interprétations de ces réalités elle est née.

Tout individu qui naît a au moins une culture car il est marqué par la société dans laquelle il va vivre. Les concepts de culture et d'identité sont alors évidemment intriqués. A ce propos, Tobie Nathan écrit que « *la culture est le système qui, non seulement rend cohérent l'espace social, mais est aussi, et surtout, le système intérieur aux individus permettant de clôturer leur espace psychique* ». [4]

Dans cette thèse, nous essayerons de nous limiter aux prescriptions liées aux religions elles-mêmes, et non pas aux prescriptions découlant de la culture entourant ces religions.

³ Sociologue français (1858-1917).

⁴ Théologien (né entre 150 et 160, décédé entre 230 et 240 à Carthage).

2. Le corps médical face à Dieu : [6]

Une étude française, datant de 2002, a montré que seulement 16% des médecins libéraux et 17% des médecins hospitaliers s'estiment assez informés sur les préceptes religieux appliqués au corps, à la maladie et à la douleur. 75% des médecins de ville ne posent jamais de questions à leurs patients concernant leur confession religieuse. Seuls 7% des médecins hospitaliers ont déjà pris contact avec une autorité religieuse afin d'avoir un éclairage sur les pratiques pouvant faire obstacle aux prescriptions médicales. Il s'agit dans ce cas de trouver une réponse que le personnel soignant n'a pas été en mesure de fournir au patient. 17% des médecins hospitaliers déclarent y avoir eu recours pour aider le patient à accepter une prescription médicale qu'il craignait ou qui lui était interdite par ses convictions religieuses.

Pourtant, l'interaction entre pratique médicale et pratique religieuse est évidente : 67% des libéraux et 78% des hospitaliers affirment avoir été confrontés à une situation dans laquelle les convictions religieuses ou les pratiques culturelles du patient ont interféré dans la relation avec ce dernier ou dans le suivi de la prescription.

3. Santé et religion, un lien inaliénable :

La maladie étant aussi vieille que l'humanité, dès les temps les plus reculés, certains hommes ont essayé de soigner leurs semblables. Ces premiers guérisseurs ont été des sorciers ou des prêtres qui procédaient par incantation ou par gestes rituels sans recourir d'abord à aucun remède matériel.

Longtemps, religion et médecine sont restées confondues. A titre d'exemple, dans la mythologie égyptienne, on peut relever l'existence de Sekhmet, déesse à tête de lionne, patronne du corps médical, qui était responsable des maladies mais disposait aussi du pouvoir de les guérir... [7]

Le pouvoir de guérison était d'ailleurs jadis associé à la médiation exercée entre l'homme et les forces naturelles divinisées par le chaman, le sorcier, le druide... En Egypte comme chez les Hébreux, la médecine était exercée par les ministres des religions : prêtres, prophètes, détenteurs des secrets de recettes qu'ils cachaient dans les temples.

Chez les Babyloniens (2100 av. J.C.), la maladie était considérée comme la conséquence d'une offense envers les dieux médecins. La maladie apparaissait alors comme un châtement, le seul recours étant d'apaiser les dieux par la prière, les formules incantatoires, magiques ou religieuses.

En Grèce, Asklépios (Esculape en latin) était le dieu de la Médecine et de la chirurgie, et les Asclépiades, qui se consacraient à son culte étaient des prêtres médecins. C'est dans ce pays, au V^{ème} siècle avant J.C. que la médecine a pris naissance en se séparant des pratiques religieuses.

Asklépios avait une fille, Hygia, déesse de la santé (ce qui donnera hygiène en français). Elle est représentée assise sur un trône et couronnée d'herbes médicinales. Dans sa main gauche elle tient une coupe autour de laquelle s'enroule un serpent. Cette légende fournit l'explication du caducée, enseigne des pharmaciens d'officine. [8]

Le plus illustre médecin grec, Hippocrate, né en 460 avant J.C., peut être considéré comme le véritable créateur de la médecine occidentale. C'est lui qui instaure la pratique du diagnostic raisonné, fondé sur l'interrogatoire et l'examen du patient, et qui participe donc à la dissociation de l'approche scientifique et de la magie. Ses prescriptions simples, notamment des régimes bien équilibrés, tranchent avec les pratiques magiques et religieuses jusqu'alors en vigueur.

Le serment qui porte son nom, encore prêté dans les facultés de médecine, correspond à un code de règles morales régissant l'art médical : respect de la vie, droit aux soins pour tous, secret médical... [9]

Il est d'ailleurs à noter qu'Hippocrate pratiquait également l'art de la pharmacie. En effet, à cette époque, médecine et pharmacie étaient exercées par la même personne. C'est avec lui qu'apparurent diverses formes pharmaceutiques telles que les infusions, les gargarismes, les suppositoires, les cataplasmes...

Dans la Rome antique, Dioscoride, chirurgien des armées de Néron et surnommé le « père de la matière médicale », écrivit un traité de matière médicale en grec qui fut traduit en français au XV^{ème} siècle. Il constituait le livre de référence des apothicaires à cette époque. [8]

Mais les pharmaciens considèrent à juste titre qu'ils sont les héritiers de Galien. Médecin

de Marc-Aurèle, né à Pergame vers 131, il donna son nom à la pharmacie galénique. Il est le fondateur de l'allopathie (qui consiste à traiter la maladie par l'utilisation d'agents qui produisent des effets différents de ceux de la maladie traitée), doctrine opposée à celle d'Hippocrate plutôt partisan de l'homéopathie.

Pendant des siècles, médecine et pharmacie ont été concurremment exercées par des laïcs et des religieux. À la décadence de l'Empire romain, c'est un homme d'Etat et écrivain romain, réfugié dans un monastère, Cassiodore (né en Calabre en 468) qui fut à l'origine de l'intérêt qui s'est manifesté alors dans les couvents pour le traitement des maladies du corps. Vers la fin du V^{ème} siècle, il invita les moines à prendre connaissance des meilleurs ouvrages de médecine, tels que ceux d'Hippocrate, de Dioscoride, de Galien... Il leur conseilla d'apprendre à reconnaître les plantes médicinales et à préparer les médicaments. Les religieux furent donc tout naturellement conduits à exercer la médecine et c'est à cette époque qu'on vit se développer dans la plupart des monastères des jardins de plantes médicinales.

Les soins étaient généralement donnés aux malades dans les couvents mêmes, qui comportaient une sorte de dispensaire, une salle d'hospitalisation, et une pharmacie, parfois une simple armoire, dont était chargé un moine apothicaire.

En France, c'est au VII^{ème} siècle que les premiers Hôtel-Dieu font leur apparition. Ils sont en général situés à l'ombre de la cathédrale, et dépendent de l'autorité de l'évêque. Au départ, ils servent à héberger les pèlerins et à évangéliser les voyageurs. Petit à petit, cette fonction va se transformer d'une part en hospice et d'autre part en hôpital accueillant les malades, les vieillards et les nécessiteux.

Plus tard, Charlemagne s'efforce aussi d'élever le niveau intellectuel du clergé, et crée de nombreuses écoles religieuses où l'étude des simples (plantes médicinales) constitue la principale base de l'enseignement pharmaceutique. [8]

En Orient, au VII^{ème} siècle, les arabes apportent une contribution considérable à la thérapeutique. Ils traduisent les œuvres d'Hippocrate, de Galien et aussi des textes hindous et persans. Ils créent de nombreux centres universitaires. Avicenne, né vers 980 à Boukhara, médecin réputé, rédige le *Canon de la Médecine*, ouvrage où sont consignées les réalisations des plus éminents médecins grecs, indiens, persans et arabes. Il enrichit la médecine par ses propres observations, notamment sur le cœur, et sur des maladies telles la variole, la rougeole,

le diabète... Sa médecine élimine les explications magiques de l'Antiquité, il développe la médecine en tant que science.

En Occident, jusqu'au Moyen-âge, la médecine reste très dépendante de l'Eglise qui dirige les hôpitaux, les asiles et les léproseries, et qui régit l'enseignement dans les universités. Les moines des abbayes ont assuré la fonction de médecin et de préparateur de médicaments jusqu'en 1271. A cette date, la faculté de médecine de Paris impose la création d'une corporation, celle des apothicaires.

Cependant, jusqu'à la fin du XVII^{ème} siècle, le lien entre médecine et religion restera central, les soins restant souvent organisés par des institutions religieuses. La Déclaration royale de 1777 précise nettement le monopole des pharmaciens. Elle stipule qu'il est désormais interdit aux communautés séculières et régulières, ainsi qu'aux hôpitaux d'avoir des pharmacies « si ce n'est pour leur usage particulier intérieur ». C'est également à cette époque qu'un véritable enseignement public des sciences nécessaires à cet art est instauré grâce à la création du Collège de Pharmacie à Paris. [10]

De nos jours, en France, la séparation de l'Etat et de l'Eglise est effective. Les structures universitaires et médicales publiques sont laïques. Les religions restent cependant des patrimoines vivants de réflexion et de pensée. Les progrès rapides et importants de la science dans les domaines de la génétique, de la procréation, posent des problèmes délicats de bioéthique. Les débats qui ont lieu actuellement autour de ces grandes questions s'appuient sur les traditions philosophiques et les traditions religieuses.

4. Implantation des religions en France : [11]

Selon une étude de l'IFOP⁵ sur l'implantation des religions en France, datant du mois de décembre 2006, 64% des habitants sur le territoire français se déclarent « d'orientation » catholique, soit environ 40 millions de personnes. Tous, bien sûr, ne pratiquent pas et sont même assez éloignés de l'Eglise catholique. On peut parler de « catholiques sociologiques », c'est à dire des personnes qui sont nées de familles catholiques mais qui aujourd'hui ne pratiquent plus vraiment.

On dénombre par ailleurs, 2,1% de protestants inégalement répartis sur le territoire (soit plus d'un million de personnes). Certains départements se distinguent par une présence protestante non négligeable : le Bas-Rhin et le Territoire de Belfort en particuliers.

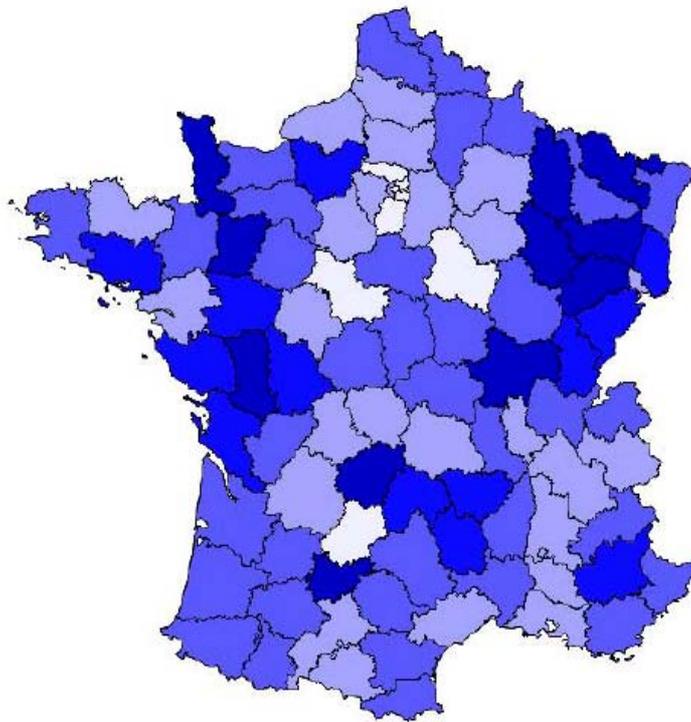
Les personnes de culture arabo-musulmane sont entre 4 et 5 millions en France, ce qui représente environ 6 à 8% des habitants du territoire. 36% d'entre eux se disent croyants et pratiquants. La géographie de l'islam en France oppose assez nettement la France industrialisée et urbanisée du Nord-est à une France plus rurale et plus tertiaire de l'Ouest. Cette répartition tient notamment à l'histoire de l'immigration nord-africaine qui est venue se fixer depuis les années soixante dans les zones où l'industrie demandait de la main-d'œuvre. Le littoral méditerranéen, géographiquement proche du Maghreb, a aussi accueilli une part importante de l'immigration.

Les juifs représentent quant à eux 0,6% à 1% des habitants (soit environ 600 000 personnes). Les points de fixation de cette religion résident essentiellement dans les grandes agglomérations.

Plus du quart de la population ne se dit aujourd'hui proche d'aucune religion.

⁵ Institut Français d'Opinion Publique.

Implantation du catholicisme en France :

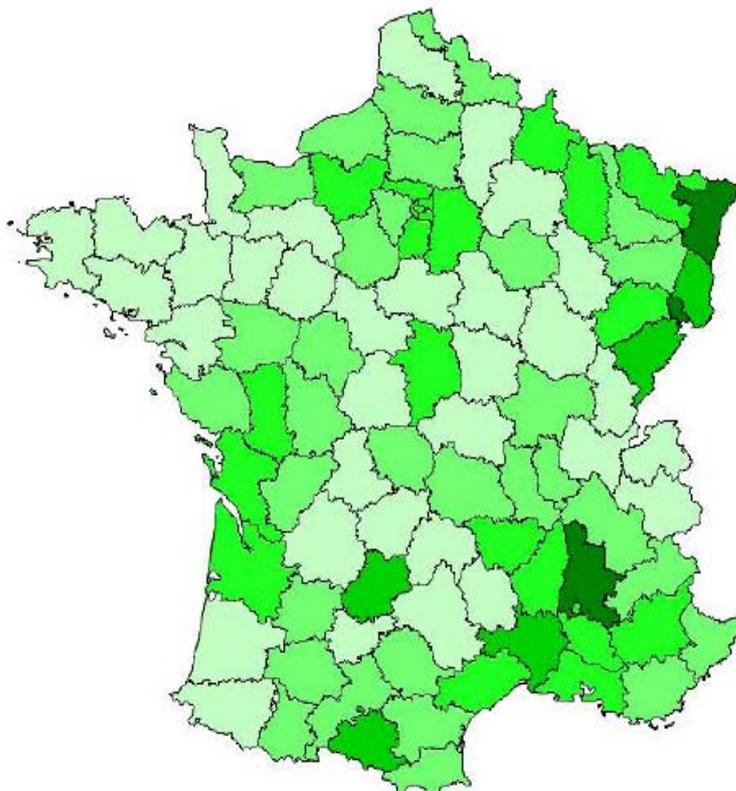


Légende



Moyenne nationale (hors Corse) : 64%

Implantation du protestantisme en France :

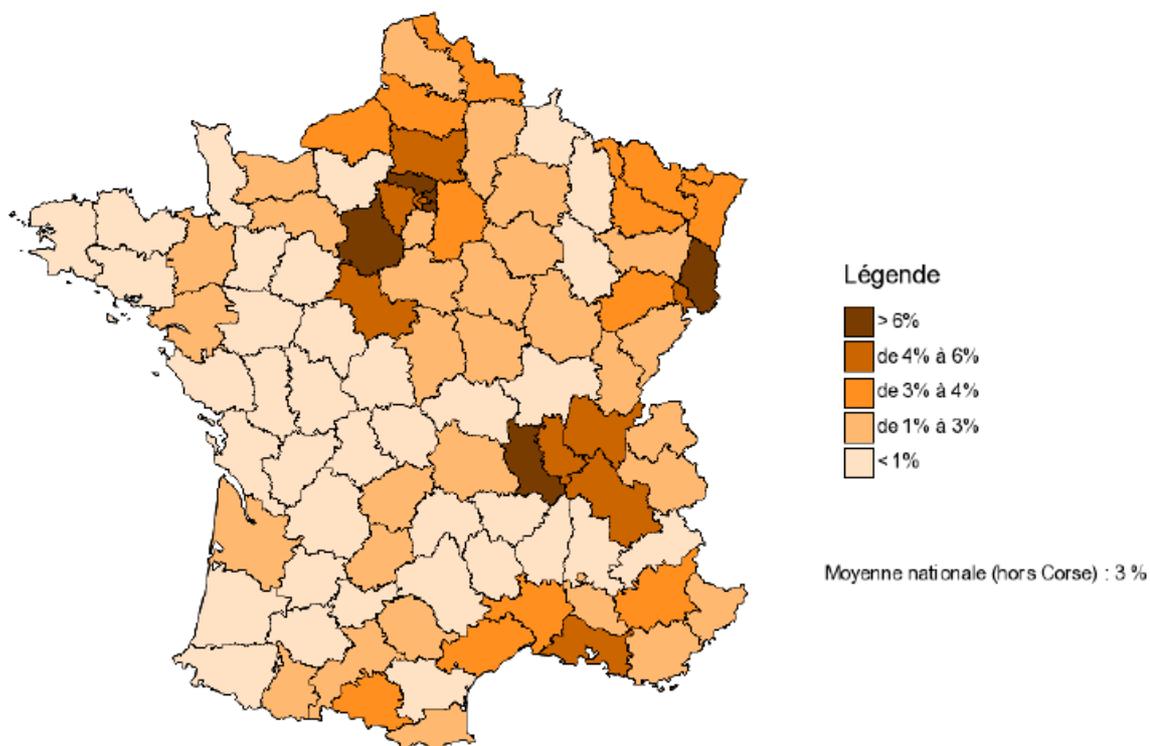


Légende

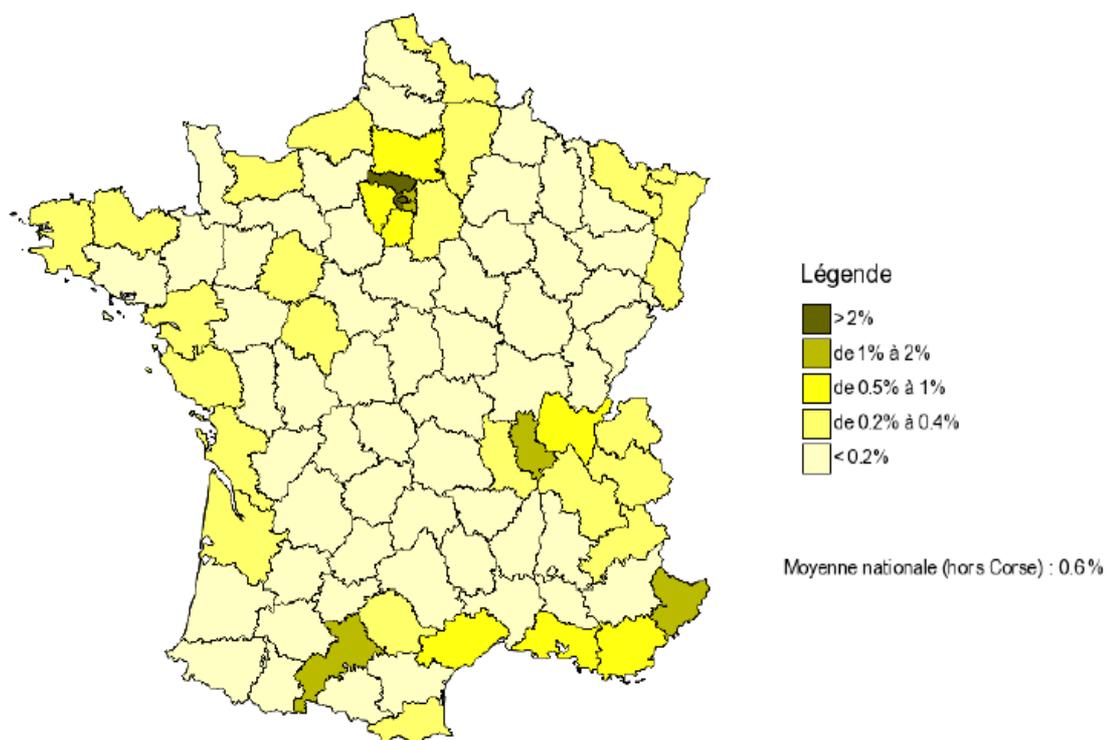


Moyenne nationale (hors Corse) : 2.1 %

Implantation de l'Islam en France :



Implantation du judaïsme en France :



5. Quelques traits relatifs aux croyances :

5.1. Le judaïsme :

Le premier trait fondamental du judaïsme est un monothéisme radical : un Dieu unique a créé l'Univers et le gouverne par Sa providence. Il mène le destin de chaque homme et celui de l'humanité toute entière. Il est aussi le Juge Suprême à qui il faudra rendre des comptes et qui punira ou récompensera chacun selon ses actes. Il n'y a donc ni hasard ni fatalité.

Ainsi, tout appartient à Dieu et le juif pieux ne saurait placer aucune barrière entre sa vie spirituelle et sa vie quotidienne. C'est pourquoi il s'efforce d'étudier dans la Torah et le Talmud quel doit être son comportement en toutes circonstances.

Un deuxième concept essentiel du judaïsme est l'Alliance faite entre Dieu et le peuple hébreu sur le mont Sinaï vers 1250 avant J.C. qui lui donna les dix commandements ou Décalogue. [12]

La Bible hébraïque est la base de la tradition juive avant de devenir celle des religions chrétienne et islamique. Elle comporte vingt-quatre livres, répartis en trois ensembles : la Torah, les Neviim et les Ketoubim. La Torah occupe la place la plus éminente. Le mot Torah signifie « enseignement », « doctrine ». Elle contient les vérités fondamentales sur Dieu et sur l'homme, c'est un guide de vie religieuse et morale pour l'individu.

Les Neviim sont les livres des prophètes, et les Ketoubim comprennent à la fois des psaumes, des proverbes, des récits religieux et philosophiques.

Parallèlement, il existe une Torah orale qui explicite la tradition écrite. Elle est transmise de maîtres à élèves pendant des générations et mise par écrit entre le II^{ème} et le V^{ème} siècle, donnant ainsi naissance au Talmud. [13]

Le judaïsme est avant tout un humanisme et un style de vie aux règles strictes. Il n'a aucune autorité suprême, ni clergé. Les rabbins sont des chefs spirituels reconnus pour leur connaissance des textes sacrés. [12] Le lieu de culte est la synagogue.

Il existe deux courants dans le judaïsme :

- les Ashkénazes : juifs d'Europe Centrale, ils parlent le Yiddish, langue composée d'allemand médiéval, d'hébreu et de slave.
- les Sépharades : juifs des pays méditerranéens, ils utilisent différentes langues inspirées de l'arabe ou de l'espagnol médiéval.

Outre leurs infimes divergences culturelles, l'essentiel de leurs pratiques reste identique.

En hébreu, la loi juive se dit *Halacha*. Ce terme dérive du verbe hébraïque HaLoCh qui signifie « marcher avec, avancer, progresser ». C'est une loi qui n'est donc pas statique, elle évolue en tenant compte des progrès techniques de la médecine notamment.

Comme nous le verrons par la suite, la religion juive impose un certain nombre de règles qui ont trait à l'hygiène. En terme d'hygiène sexuelle, il existe des lois concernant la circoncision et l'abstinence pendant et après les périodes menstruelles. En terme d'hygiène sanitaire, il existe des lois concernant l'abattage des animaux, la préparation de la viande, les aliments et les mélanges interdits. Il existe également des lois relatives à la vie matrimoniale et aux rapports conjugaux, des lois concernant le shabbat... Toutes ces lois sont faites pour préserver la vie physique de la personne, et servent donc de bouclier à sa santé. La médecine juive a donc un caractère essentiellement prophylactique. [13]

Enfin, on pourra remarquer que les 613 commandements, qui renvoient symboliquement au nombre des membres et des organes du corps humain, témoignent de l'importance attachée au corps et à son bon fonctionnement, et de l'articulation qui est faite dans le judaïsme entre corps et esprit. [14]

Calendrier des fêtes religieuses : [6]

Le shabbat (en hébreu, *chômer*) est fixé au samedi. Pendant ce jour de recueillement, 39 travaux de transformation créatrice sont interdits. Ce jour est entièrement consacré à la prière, à l'étude de la Torah, au repos et à la fête en famille et entre amis.

Il débute le vendredi soir, vingt minutes avant le coucher du soleil et se termine le samedi à la tombée de la nuit. Pendant ce laps de temps, les pratiquants n'utilisent aucun moyen moderne de confort et de communication. Ces règles seront obligatoirement enfreintes

si une vie est en danger. Par contre, elles ne sont strictement jamais transgressées à l'occasion d'un décès. Aucune démarche n'est possible auprès des autorités juives le jour du shabbat.

Roch Hashana (en hébreu, *début de l'année*) : 1er et 2 Tichri, jour de l'an. A cette date, débute une période d'austérité et de pénitence de dix jours pour préparer Yom Kippour.

Yom Kippour (en hébreu, *le grand pardon*) : 10 Tichri, ce jour est consacré au jeûne et à la prière.

Souccoth : 15 et 16 Tichri, c'est la fête des cabanes.

Hanoukka : du 25 Kislev au 2 Teveh, c'est la fête des lumières.

Pourim : le 14 Adar, fête d'Esher.

Pessah : du 15 au 22 Nissan, c'est la Pâque juive. En hébreu, Pessah signifie « passer par dessus ». Ce nom vient rappeler qu'au cours des Dix Plaies infligées aux Egyptiens, Dieu envoya un ange pour tuer tous les premiers-nés égyptiens mais qu'il « passa au-dessus » des maisons des Hébreux et les préserva. Pessah commémore donc la sortie du peuple hébreu d'Egypte et le don de la Torah à Moïse sur le mont Sinai.

Chavouoth : les 5 et 6 Sivan, sept semaines après Pessah, c'est la Pentecôte qui rappelle le don de la Torah à Moïse.

Le Décalogue : (Exode, 20)

Alors Dieu prononça toutes ces paroles en disant :

Je suis l'Eternel, ton Dieu qui t'ai fait sortir du pays d'Egypte, d'une maison d'esclavage.

Tu n'auras pas d'autre Dieu que moi. Tu ne te feras point d'idole, ni une image quelconque de ce qui est en haut dans le ciel, ou en bas sur la Terre, ou dans les eaux au-dessous de la Terre. Tu ne te prosterner point devant elles, tu ne les adoreras point; car moi, l'Eternel, ton Dieu je suis un Dieu jaloux, qui poursuis le crime des pères sur les enfants jusqu'à la troisième et la quatrième génération, pour ceux qui m'offensent : et qui étends ma bienveillance à la millième, pour ceux qui m'aiment et gardent mes commandements.

Tu n'invoqueras point le nom de l'Eternel, ton Dieu, à l'appui du mensonge; car l'Eternel ne laisse pas impuni celui qui invoque son nom pour le mensonge.

Souviens-toi du jour du Shabbat pour le sanctifier. Durant six jours tu travailleras et t'occuperas de toutes mes affaires; mais le septième jour est la trêve de l'Eternel ton Dieu : tu n'y feras aucun travail, toi, ton fils ou ta fille, ton esclave, ta servante, ton bétail, ni l'étranger qui est dans tes murs. Car en six jours l'Eternel a fait le ciel, la terre, la mer et tout ce qu'ils renferment, et il s'est reposé le septième jour; c'est pourquoi l'Eternel a béni le jour du Shabbat et l'a sanctifié.

Honore ton père et ta mère, afin que tes jours se prolongent sur la terre que l'Eternel, ton Dieu, t'accordera.

Tu ne tueras point.

Tu ne commettras point d'adultère.

Tu ne voleras pas.

Tu ne rendras point contre ton prochain un faux témoignage.

Tu ne convoiteras pas la maison de ton voisin. Tu ne convoiteras pas la femme de ton prochain, son esclave ni sa servante; son bœuf ni son âne, ni rien de ce qui est à ton prochain.

5.2. Le christianisme :

Issu du judaïsme, le christianisme est fondé par Jésus-Christ, le Messie (*Celui qui est envoyé par Dieu*) annoncé par les prophètes d'Israël, renouvelant l'alliance d'Abraham en l'étendant à tous les peuples. Pour les Chrétiens, Jésus est le fils de Dieu, venu sur la terre pour sauver les hommes du péché originel et leur ouvrir les voies de la vie éternelle. [15]

La foi en Jésus, ressuscité des morts et vivant pour toujours, est au centre de la foi chrétienne.

La vie, le message et l'enseignement de Jésus sont retranscrits par les Evangiles, rédigés par quatre disciples sous l'influence de l'Esprit Saint : Matthieu, Marc, Luc et Jean.

De nos jours, le christianisme rassemble de nombreuses traditions nées de désaccords sur l'enseignement ou sur la manière de célébrer le culte :

- l'Eglise catholique est l'héritière de Saint Pierre qui l'avait reçue de Jésus. Le pape est son successeur sur la terre et les évêques sont soumis à son autorité. En nombre, c'est la plus importante des Eglises chrétiennes.

- les Eglises orthodoxes, séparées de Rome en 1054 après le grand schisme, restent fidèles à la doctrine définie par le Concile de Chalcédoine (451) affirmant la nature divine et humaine du Christ et régissant l'organisation de la hiérarchie ecclésiastique. Les Eglises de chaque contrée sont autonomes.

- les Eglises protestantes ne reconnaissent que l'autorité souveraine de la Bible en matière de foi chrétienne. Les deux courants existant dans cette religion, luthériens et calvinistes, sont liés à des combats identiques menés parallèlement en Allemagne par le prêtre catholique Martin Luther (1483-1546) et en Suisse par Jean Calvin (1509-1564). Ils se révoltent contre les indulgences et la primauté du Pape Léon X. Luther, excommunié, publie un Nouveau Testament et deux catéchismes en langue allemande pour qu'ils puissent être lus par tous les fidèles. Il rompt avec certaines pratiques comme les interdits alimentaires, le célibat des prêtres, la condamnation du divorce... [6] Placée sous le signe de la responsabilité, donc de l'écoute, l'éthique protestante se place aussi dans le champ de l'interprétation et du débat. [13]

- Les anglicans, les amishs, les mormons, les méthodistes, les baptistes, les évangélistes... sont également des fidèles d'Eglises chrétiennes. Mais nous n'entrerons pas

dans le détail de leurs pratiques religieuses au sein de cette thèse.

5.3. L'islam :

Né après le judaïsme et le christianisme qui ont refusé de reconnaître en Mahomet un prophète s'inscrivant dans la même lignée spirituelle, l'islam marque de son empreinte la vie quotidienne, sociale et privée des musulmans.

Orphelin de père, Mahomet est un homme pieux. Un soir de printemps de l'an 610, alors qu'il est en prière sur la colline d'Hîra, l'ange Gabriel apparaît. Il reviendra pendant vingt-deux ans pour lui transmettre la parole divine qui lui demande d'être juste et charitable, d'aider les pauvres et les orphelins. [12] Avec l'aide de ses compagnons, Mahomet la transmet dans le Coran (*lecture à haute voix*). Fondement de la vie religieuse et spirituelle, le Coran comporte des prescriptions d'ordre juridique, alimentaire, hygiénique et social.

Autour de Mahomet se rassemblent ceux qui veulent vivre selon le message coranique, les musulmans (*ceux qui s'en remettent à Dieu*). Les premiers fidèles sont mal vus par les habitants de la Mecque, les prédications de Mahomet y provoquant l'hostilité des grandes familles. Le 16 juillet 622, tous doivent fuir. C'est l'Hégire, l'émigration, l'an zéro du calendrier musulman. Après la mort de Mahomet en 632, des califes dirigent les fidèles. La nouvelle religion se répand très vite de par le monde. Mais des divisions éclatent au sein des fidèles. Deux courants se distinguent :

- les Sunnites (90%) qui suivent Aïcha, la veuve de Mahomet, qui représente la tradition,
- les Chiïtes (10%) qui pensent que l'héritage de Mahomet est représenté par ses descendants. [12]

En plus des vertus morales (honnêteté, pardon, générosité), des rites de purification (ablutions avant les prières), des interdits alimentaires, de la tradition de circoncire les garçons et l'obligation de l'étude du Coran, l'islam repose sur cinq piliers :

- ✓ la profession de foi (*shahada*) : *il n'y a d'autre Dieu qu'Allah et Mahomet est l'envoyé d'Allah,*

- ✓ la prière rituelle cinq fois par jour en direction de la Mecque,
- ✓ le jeûne durant le mois de Ramadan,
- ✓ le pèlerinage à la Mecque une fois dans sa vie,
- ✓ l'aumône aux pauvres.

Le Coran recommande la tolérance la plus grande en matière de religion. Il admet la religion chrétienne et la religion juive. Il autorise les hommes musulmans à épouser des juives ou des chrétiennes sans qu'elles soient obligées de changer de religion. Dans un hadith, Mahomet ordonne même au musulman de respecter la religion de sa femme, de lui en faciliter la pratique et de l'accompagner au besoin jusqu'à l'église ou à la synagogue pour l'exercice de son culte. [13]

Le deuxième fondement de la loi musulmane est la Sunna (*tradition*). C'est l'ensemble des *hadiths*, traditions fondées sur les actes et les paroles du prophète. La transmission des *hadiths* a été en grande partie verbale. Elle précise les prescriptions d'ordre religieux, social et économique. C'est le support d'un système culturel. C'est une parole qui éclaire les comportements et les choix. De nombreux musulmans attribuent au Coran ce qui est en réalité formulé dans un hadith, transmis par la tradition orale.

La *charia* (loi islamique) a été élaborée à partir du Coran, de la Sunna, mais aussi à partir de l'*ijtihad*. Il s'agit de l'effort intellectuel créatif permettant de trouver une solution à des problèmes non résolus ou non mentionnés par le Coran ou la Sunna. C'est un essai d'adaptation à des circonstances nouvelles. Des réponses à des problèmes tels que ceux issus des progrès de la biologie y sont donnés. Les règles nouvelles sont créées par les *oulémas* qui sont les jurisconsultes musulmans. [13]

La charia comporte cinq principes essentiels :

- la profession de foi,
- le respect des biens personnels et des biens d'autrui,
- le respect de l'intégrité physique de l'homme,
- le respect de l'intégrité psychique de l'homme,
- le respect de la pérennité généalogique et de la filiation.

Ce sont ces trois derniers principes qui servent de base pour répondre aux questions de bioéthique actuelles. [13]

Concernant le culte, l'islam n'a pas de clergé mais des préposés à certaines fonctions : par exemple les muezzins appellent à la prière, les imâms guident la prière et sont responsables des mosquées, les mollahs enseignent à l'école coranique, les oulémas, comme nous l'avons vu précédemment étudient les questions religieuses, et les qâdîs rendent la justice selon la charia. [12]

Calendrier des fêtes religieuses :

Le vendredi n'est pas réellement un jour de repos hebdomadaire pour les musulmans, mais le jour où chacun doit se rendre à la mosquée pour la grande prière publique de midi. L'office est suivi d'une réunion festive amicale et familiale.

Jour de l'an : 1^{er} muharram.

Jeûne d'Achoura : les 9 et 10 muharram.

Mouloûd : le 12 rabi al-awwal, fête de la nativité du prophète Mahomet.

Mi'râj : le 27 rajab, c'est la fête de l'ascension nocturne de Mahomet sur la monture ailée de l'ange Gabriel de la Mecque à Jérusalem.

Jeûne de Ramadan : il commence le 1^{er} ramadhân (9^{ème} mois de l'année musulmane), il correspond à l'époque de l'année où Mahomet reçut les premières révélations du Coran par l'ange Gabriel. Comme le prophète jeûnait à ce moment là, les musulmans jeûnent et relisent entièrement le Coran à la mosquée.

Aïd El Fitr (en arabe, *fête de rupture*) : le 1^{er} shawwâl, c'est la fête solennelle de la rupture du jeûne du Ramadan. Traditionnellement, cette fête dure 3 jours.

Aïd El Adha : le 10 de dhoû l-hijja, c'est la fête du sacrifice. Elle rappelle l'obéissance d'Abraham envers Dieu. Abraham s'apprêtait à sacrifier son fils en l'égorgeant lorsque Dieu arrêta son bras, et lui substitua un mouton. Cet événement est célébré par le sacrifice d'un mouton. C'est aussi la période du pèlerinage à la Mecque. [6]

2^{ème} partie :

L'interférence des prescriptions religieuses avec la santé

1. Religion et interdits alimentaires :

La conduite de l'homme face à la nourriture relève de facteurs sociaux, spirituels et culturels qui ont une valeur symbolique importante. C'est une manière pour les religions et les cultures de fonder et d'affirmer une identité collective.

La plupart des religions ont prescrit des usages spécifiques à l'alimentation de leurs fidèles, principalement pour des raisons spirituelles.

1.1. Prescriptions alimentaires permanentes :

1.1.1. La religion juive :

Les prescriptions alimentaires juives sont définies par les règles de la *kasherout*. Il s'agit d'un corpus de lois permettant de définir si un aliment est permis ou non à la consommation, en fonction de sa provenance et de sa préparation. Les juifs subdivisent les denrées alimentaires en produits *kasher*, c'est à dire « convenables » ou « aptes », et non *kasher*. La Bible hébraïque interdit formellement aux juifs de consommer ces aliments impropres.

La *kasherout* concerne essentiellement les aliments d'origine animale, et implique le respect d'un rite d'abattage. En France, le *Beth Din* (en hébreu, *foyer de la loi*) est le seul organisme habilité par le Consistoire Israélite à délivrer l'estampille *kashère* à l'alimentation licite. En échange, il perçoit des taxes qui sont utilisées pour entretenir les synagogues, les centres communautaires...

Pour le judaïsme, le corps est respecté en tant qu'enveloppe sacrée de l'âme. L'âme est d'ailleurs identifiée au sang dans le Deutéronome :

« *L'âme de la chair est dans son sang* » (Deutéronome XII, 23).

C'est pourquoi la viande doit être *kasherisée*, c'est à dire vidée de son sang avant d'être consommée.

« *Vous ne mangerez point de chair avec son âme, avec son sang* »
(Lévitique XXVII, 11). [14]

Les règles principales sont les suivantes :

Pour les aliments d'origine animale :

- Ils doivent présenter des signes particuliers et provenir d'espèces particulières : on retiendra que pour les animaux vivant sur terre, seuls les animaux à sabots fendus et ruminant leur nourriture sont considérés comme purs. Il s'agit donc du bœuf, du veau, du mouton, de l'agneau et de la chèvre. Les animaux impurs sont ceux n'ayant pas le sabot fendu, à savoir le chameau, l'âne ou le cheval; ou ne ruminant pas leur nourriture comme le lapin ou le porc (le porc est aussi considéré comme impur parce qu'il est omnivore).

« Voici les animaux que vous pouvez manger entre tous les quadrupèdes qui vivent sur la terre : tout ce qui a le pied corné et divisé en deux ongles, parmi les animaux ruminants, vous pouvez en manger. »

(Lévitique, 11, 2-4)

La volaille est autorisée (poulet, poule, oie, canard...) si le principe d'abattage est respecté.

- Ils doivent être abattus de manière rituelle : il faut trancher la veine jugulaire, la carotide, la trachée et l'œsophage d'un seul geste continu au moyen d'un couteau effilé ne présentant aucune encoche... Vider en un minimum de temps le corps de l'animal de son sang diminue les toxines non évacuées par un autre mode d'abattage. Les parties interdites à la consommation comme le sang, le nerf sciatique et la graisse doivent être retirées. L'abattage rituel des animaux autorisés doit être précédé par une prière sur l'animal. Elle sollicite l'autorisation divine de tuer une créature divine conformément au commandement : *« Tu ne tueras point »*.
- Seul le lait des espèces licites peut être consommé.
- Les laitages ne sont jamais servis lors d'un repas carné, c'est pour cette raison qu'on dispose de vaisselles différentes. Les rabbins ont fixé à six heures le délai devant s'écouler entre la consommation de viande et celle d'un produit lacté.

- Tout aliment contenant des graisses animales, de la gélatine ou du sang, est impropre à la consommation. Le beurre et la margarine végétale ne sont pas prohibés. Pour ces raisons, certains laits maternisés et certains médicaments seront interdits.

« Toute graisse et tout sang, vous vous abstenrez d'en manger »

(Lévitique, 3, 17).

La consommation de yaourts et de desserts lactiques fabriqués à partir de présure (enzyme de l'estomac des jeunes ruminants non sevrés utilisée pour faire cailler le lait) ou de caillette et/ou contenant de la gélatine est donc prohibée.

- Crustacés, coquillages et fruits de mer sont interdits à la consommation car ils se nourrissent de nombreux éléments impurs. Il en est de même pour les poissons sans écailles ou sans nageoires, leur mode d'élimination des déchets étant incomplet, leur chair est susceptible d'être porteuse de maladie. Par contre, aucune préparation particulière n'est exigée par la cacherout pour les poissons autorisés.

Pour les aliments d'origine végétale :

Ils doivent être vérifiés afin de s'assurer de l'absence de parasites visibles à l'œil nu. Ils sont lavés scrupuleusement afin de les débarrasser de toute présence d'insectes.

La cashérisation :

Une pièce de viande ou de volaille, même rituellement abattue, contient encore du sang et doit en être débarrassée avant d'être cuisinée. Ce processus s'effectue en trois étapes :

- la *cheriyya* (ou lavage) : la viande est plongée dans un récipient rempli d'eau et trempée sur toute sa surface pendant une demi-heure, afin de la ramollir pour qu'elle puisse absorber le sel. Les liquides sont drainés en déposant la viande sur une planche rainurée inclinée.
- la *meli'ha* (ou salaison) consiste à saler la viande de tous les côtés, on la laisse sur

une planche pendant une heure.

- la *hada'ha* (ou rinçage) : la viande est rincée sept fois.

Concernant l'alcool, seul le vin fabriqué de la presse du raisin jusqu'à sa mise en bouteille sous le strict contrôle de l'autorité rabbinique est autorisé à la consommation et au culte. [6]

Généralement, le vinaigre de vin, la moutarde ou tout autre aliment fabriqué à partir de vin ou d'alcool sont achetés dans une épicerie cachère.

Enfin, on notera que certains additifs alimentaires peuvent poser problème. A titre d'exemple, le colorant alimentaire E 120, obtenu à partir de la cochenille, insecte de la famille des coccidés, colorant utilisé en confiserie, ou encore dans le tarama, est strictement prohibé dans l'alimentation cachère. Seuls les colorants issus du domaine végétal ou préparés à partir de produits chimiques sont autorisés par la cacherout. [6]

1.1.2. La religion musulmane : [6]

Halal est un terme général en langue arabe qui signifie « licite », par opposition à *haram* qui désigne ce qui est « illicite », interdit par la religion.

Le Coran interdit explicitement la consommation de viande de porc sans même en expliquer l'origine. Il rend également illicite la consommation de viande de cheval, d'âne, de mulet... en raison de leur utilité pour les travaux des champs et le transport des personnes et des marchandises. Les carnassiers et charognards pouvant se repaître de chair impure, les bêtes amphibies, et les animaux à griffes comme le lapin ou le lièvre sont également interdits.

Tout comme chez les juifs, l'abattage suit un rituel : la bête doit être couchée sur le côté gauche, la face tournée vers la Mecque. Le sacrificateur invoque le nom d'Allah avant d'égorger l'animal en tranchant la trachée au dessus du larynx ainsi que les carotides et les jugulaires. L'animal est ensuite vidé de son sang afin que l'homme ne mélange pas son âme à celle de l'animal en absorbant sa chair. En effet, l'islam considère que l'âme est véhiculée par le sang.

L'arrêté interministériel du 27 juin 1996 accorde aux trois grandes mosquées de Paris, Evry et Lyon la capacité d'agréer les sacrificateurs musulmans.

Il est important de noter que tout produit composé à partir de graisses animales ou de gélatine est prohibé. Nous verrons par la suite que cet interdit peut poser des problèmes dans la délivrance de certains médicaments.

Concernant les poissons, tous sont autorisés et aucun abattage rituel n'est exigé.

Concernant le vin et l'alcool, le Coran interdit strictement leur consommation.

1.1.3. Les religions chrétiennes :

L'Eglise chrétienne s'oppose au respect de tout interdit alimentaire, conformément au Nouveau Testament qui les abolit très clairement.

« Ce n'est pas ce qui entre dans la bouche qui rend l'homme impur, mais ce qui sort de la bouche, voilà ce qui rend l'homme impur »

(Evangile de Saint Matthieu, 15, 11).

Cependant, pendant dix siècles, l'Eglise a maintenu l'interdit du Lévitique de manger des viandes non saignées. Le temps passant, cette prescription est tombée en désuétude en Occident, alors que ce précepte a été maintenu en Orient.

De nos jours, en France, toute bête est égorgée en deuxième intention, après avoir été étouffée ou électrocutée, puis vidée de son sang. Ce dernier peut être utilisé pour la préparation de la charcuterie, comme le boudin par exemple. [6]

Quelques Eglises chrétiennes ont maintenu l'interdit biblique de s'abstenir de manger de la viande non saignée en première intention, comme les églises adventistes.

On notera que concernant les catholiques, il est traditionnel de s'abstenir de viande et de nourritures grasses le vendredi. S'agissant des protestants, aucun interdit alimentaire n'est à mentionner.

1.2. Prescriptions alimentaires temporaires :

1.2.1. La religion juive :

Il existe certaines lois supplémentaires qui s'ajoutent à celle de la cacherout pour les jours saints spécifiques et uniquement lors de ces jours.

Yom Kippour est le nom officiel de la célébration juive également connue comme le Jour du Grand Pardon. Elle a lieu le 10^{ème} jour du mois de Tishri dans le calendrier hébreu. C'est le jour de la repentance, considéré comme étant le jour le plus saint et le plus solennel de l'année juive. Les juifs observent un jeûne de 25 heures, au cours duquel ils prient avec ferveur. Durant cette journée, ils respectent également les interdictions du Shabbat, comme l'interdiction de travailler ou d'allumer un feu.

L'abstention totale de nourriture et de boisson commence une demi-heure avant le coucher de soleil afin de limiter le risque de manger pendant la fête.

Le jeûne est obligatoire pour tout individu sain, y compris les femmes enceintes. Il est interdit pour toute personne qui pourrait s'en porter mal, en particulier les diabétiques et les personnes devant prendre des médicaments.

Ce jour est respecté par une vaste majorité de juifs laïcs.

Il existe quatre autres jeûnes dans le calendrier liturgique hébraïque. Tous débutent au point du jour pour se finir à la tombée de la nuit. Ils commémorent les sièges et les destructions du temple de Jérusalem.

Durant la fête de Pessah, en plus des règles régissant l'alimentation kasher, il est interdit de consommer, de garder ou de tirer profit du *hamets*. On range sous cette appellation tout produit composé d'une des cinq espèces de céréales suivantes : blé, orge, avoine, épeautre, seigle, qui sous l'action de ferments, de la chaleur ou de l'humidité subissent le processus de la fermentation. Seul le pain azyme⁶ est autorisé pendant ces sept jours. Tout aliment, solide ou liquide, contenant un tant soit peu de *hamets* est interdit à la consommation. De ce fait, il faut faire attention à un certain nombre d'excipients et additifs qui peuvent provenir de l'amidon de blé par exemple.

⁶ Azyme vient du grec : *a* privatif et *zumê* levain, c'est un pain **non levé**.

Le repas traditionnel de la fête de Pessah (Seder) rappelle la sortie d'Egypte : pain azyme, agneau pascal, et herbes amères. Il est d'usage d'employer durant Pessah, dans la mesure du possible, une vaisselle et une batterie de cuisine réservées exclusivement à cette fête.

« Pendant sept jours tu mangeras du pain sans levain. » (Devarim, 16, 3)

« Tu feras le sacrifice de Pessah avec du menu et du gros bétail. » (Devarim, 16, 2)

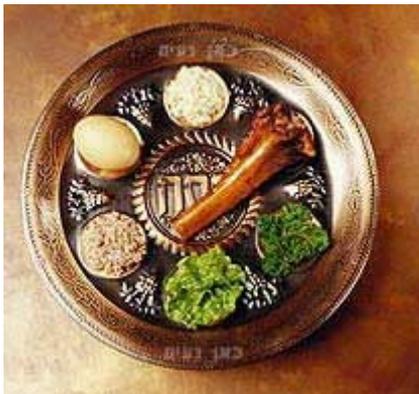


Figure 1 : composition du Seder (1)



Figure 2 : pain azyme (1)

1.2.2. La religion musulmane : [6]

Deux jeûnes sont à mentionner : le jeûne de l'Achoura et celui de Ramadan.

Le jeûne de l'Achoura dure 2 jours, selon les recommandations de Mahomet, qui avait promis de le faire, comme les juifs avaient l'habitude de jeûner pour remercier le divin de sa protection accordée à Moïse et aux hébreux au temps de Pharaon.

Le jeûne de Ramadan correspond au 9^{ème} mois de l'année musulmane (29 ou 30 jours lunaires). C'est un des cinq piliers de l'islam.

Une année de l'Hégire se divise en mois lunaires, qui ont chacun alternativement 29 ou 30 jours. L'année lunaire totalise 354 jours. De ce fait, le mois de Ramadan se décale chaque année d'une dizaine de jours. Durant ce mois, tout musulman pubère s'abstient de manger, boire, fumer, prendre des médicaments oraux et d'avoir des relations sexuelles de l'aube au coucher du soleil. En fonction du lieu géographique et de la saison, cette période peut durer de

12 à 18 heures. Il n'y a aucune limitation de consommation d'aliments et de boissons entre le coucher du soleil et l'aube. Globalement, durant cette période, la tendance est de manger plus de sucre, de graisses et de viandes.

Le Ramadan met l'accent sur le partage et la vie communautaire. Les pratiquants s'invitent pour les repas lors de la rupture du jeûne. Le jeûne est un devoir pour tous les musulmans adultes et sains. Celui qui jeûne de l'aube au crépuscule pendant le mois de Ramadan avec foi, verra le pardon de ses péchés, son corps sera purifié et gagnera une âme pieuse et vertueuse. C'est pour ces raisons que beaucoup insistent pour jeûner, même malades et malgré un avis médical contraire.

1.2.3. Les religions chrétiennes :

Pour les catholiques, l'année liturgique dénombre deux jeûnes : celui du mercredi des Cendres (qui marque le début du Carême) et celui du vendredi Saint (qui précède le week-end de Pâques). Ces jeûnes ne sont absolument pas stricts. On peut prendre un petit déjeuner, un repas principal durant la journée et une collation le soir.

D'autre part, l'abstinence de consommation de viande et de nourriture grasse reste traditionnelle les vendredis de Carême. Par tradition, certaines familles continuent à manger du poisson le vendredi, c'est aussi le cas dans beaucoup de restaurations collectives.

Pour les protestants, aucune exigence de jeûne n'est prescrite.

1.3. Lever des interdits : [6]

Quelque soit la religion, jamais la vie d'un fidèle ne doit être mise en danger par le suivi d'un jeûne spirituel, même s'il existe différentes interprétations des fidèles et des ministres du culte. Le suivi du jeûne doit d'ailleurs être découragé pour les femmes enceintes ou allaitant, pour les diabétiques insulinodépendants, les épileptiques, les vieillards, ou les malades souffrant d'une maladie aiguë...

D'autre part, le jeûne ayant des répercussions sur de nombreux paramètres biologiques, les bilans sanguins ou urinaires devraient être reportés chez les patients pratiquant le jeûne.

Concernant les interdits alimentaires, il faut considérer que la nécessité lève l'interdiction. Chez les juifs, il est autorisé de consommer des aliments interdits en quantité nécessaire pour la survie jusqu'à ce que le patient dispose à nouveau d'une nourriture cachère.

Pour l'islam, manger une denrée illicite met le fidèle en état d'impureté, il ne peut alors pas toucher le Coran, ni entrer dans une mosquée. Mais dans le cas où la vie d'un musulman serait en danger, il est autorisé à consommer des aliments interdits jusqu'à ce qu'il dispose à nouveau d'une nourriture halal.

« Cependant, celui qui est contraint par nécessité, et non par esprit d'opposition ou désinvolture, ne commet aucun péché. Dieu est tout indulgent et tout compatissant. »

(Coran, 2, 173)

Jeûne du Ramadan :

L'Islam exempte de la pratique du Ramadan tout sujet si le jeûne est susceptible d'altérer la santé.

« Allah cherche à vous faciliter l'accomplissement de la règle, il ne cherche pas à vous la rendre difficile ».

(Sourate 2, La Génisse, verset 185).

Certaines pathologies contre-indiquent la pratique du jeûne. On peut citer les cas de l'ulcère évolutif, l'insuffisance cardiaque, l'infarctus du myocarde récent, l'hypertension artérielle compliquée....

La religion musulmane autorise également les femmes enceintes et les femmes qui allaitent à s'abstenir de pratiquer le jeûne afin d'éviter des complications pour le nouveau-né ou pour elle-même.

Voyages, cycles menstruels, maladies aiguës peuvent aussi dispenser du jeûne, mais il faudra « rattraper » les jours sans jeûne au cours de l'année qui suit le Ramadan. Les enfants

n'ayant pas atteint l'âge de la puberté, les infirmes et les vieillards sont également exemptés. On peut noter que les enfants n'ayant pas atteint l'âge de la puberté peuvent pratiquer un jeûne limité.

Pessah :

Selon la religion juive, soigner le corps, c'est permettre à l'homme de continuer à prononcer les louanges divines et à servir Dieu et l'humanité. On comprend donc l'obligation de profaner le shabbat pour sauver un malade. [13]

Malgré l'importance des interdits pendant la Pâque juive, nombreux sont levés en cas de maladie : les traitements pour les maladies cardio-vasculaires, pour la maladie de Parkinson ou d'Alzheimer sont à suivre pendant Pessah, qu'il s'agisse de comprimés, de gélules ou de capsules.

Pour les autres pathologies, l'avis du médecin sera respecté après consultation d'une autorité rabbinique.

1.4. Problèmes liés à la composition des médicaments : [18]

Plus de 1 000 médicaments contiennent comme ingrédients inertes de la gélatine ou de l'acide stéarique dérivés de produits de porc ou de bœuf.

La peau de porc est une source importante pour la production de gélatine comestible, l'acide stéarique quant à lui est extrait des gras de porc et de bœuf.

L'emploi de ces médicaments chez des patients dont les croyances religieuses interdisent la consommation de ces produits peut poser des problèmes éthiques.

Bien souvent, les médecins et les patients ne sont pas au courant que les médicaments peuvent renfermer ces produits. Une étude a montré que sur 100 patients interrogés, 63 souhaiteraient que leur médecin les informe de cette situation lorsqu'elle se présente et 35 % des patients aimeraient que les autres professionnels de santé, c'est à dire infirmières et pharmaciens, le fassent également. Tous les patients ont évoqué la possibilité de l'arrêt du

traitement par ces médicaments. L'observance thérapeutique diminuerait donc dans cette situation.

Il est également important de noter que 70% des médecins interrogés ne savaient pas que plusieurs médicaments pouvaient renfermer des ingrédients dérivés de produits de porc ou de bœuf.

1.5. Un référentiel : le Médiel :

Il existe aujourd'hui un guide des médicaments cacher, qui sont autorisés par le conseil des rabbins orthodoxes de Paris. Créé en 1997, son nom est le *Médiel*, et il est désormais diffusé gracieusement aux professionnels de santé (dont les pharmaciens), il est également téléchargeable sur internet.

Il est financé par les laboratoires qui payent pour que leurs médicaments ou produits y figurent. La composition est bien entendu passée au crible par des chimistes et des rabbins. Cette liste non exhaustive est renouvelée chaque année. Depuis quelques années, il y figure notamment des laits infantiles.

Un médicament ne répond aux règles de la cacherout que s'il contient des ingrédients d'origine animale non cacher en quantité inférieure au 1/60ème, et s'il est exempt d'alcool.

On notera que les médicaments homéopathiques unitaires des laboratoires Dolisos et Boiron ont été reconnus cacher par le rabbinat de France.

En cas de doute, le Dr Gilles Assuied, auteur du Médiel, conseille de proposer une forme neutre et sans goût (sous forme de comprimé, plutôt que sirop ou ampoule), dont on ne tirera aucun plaisir, et qui s'éloigne de la notion d'aliment. [17]

En cas d'impasse, de changement impossible, ou de refus catégorique du patient, le pharmacien peut recontacter le médecin ou se mettre en relation avec l'autorité religieuse concernée.

2. Cas particulier du Ramadan :

Plus d'un milliard de musulmans à travers le monde sont concernés par le jeûne du Ramadan. Il constitue l'une des cinq bases fondamentales sur lesquelles l'Islam a été bâtie.

Comme nous l'avons dit précédemment, le nombre de musulmans en France est compris entre 4 et 5 millions. 36% d'entre eux se disent « croyants et pratiquants », un tiers affirment prier chaque jour, 70% observer le Ramadan. [6]

La décision du jeûne peut être prise par trois personnes : le patient lui-même, son médecin, et un conseiller religieux. Il faut que chacune de ces trois personnes soient conscientes des risques liés à ce jeûne. Et il est du devoir du pharmacien de renforcer les messages délivrés par le médecin.

Prenons deux exemples concrets et courants : l'ulcère gastroduodéal et le diabète.

2.1. L'ulcère gastroduodéal évolutif :

C'est une maladie gastroentérologique fréquente. La prévalence⁷ de l'ulcère duodéal est de 8%, celle de l'ulcère gastrique de 2%. On estime donc, en moyenne, qu'une personne sur dix développera un ulcère gastrique ou un ulcère duodéal au cours de sa vie.

Elle est définie anatomiquement par une perte de substance de la paroi de l'appareil digestif. L'ulcère résulte d'un déséquilibre entre des facteurs protecteurs de la muqueuse gastroduodénale comme la sécrétion de mucus, et des facteurs d'agression comme la sécrétion d'acide qui peut être augmentée par le stress, des toxiques comme l'alcool et le tabac, ou encore des médicaments comme l'aspirine, les anti-inflammatoires stéroïdiens, ou les corticoïdes. L'infection par *Helicobacter pylori* est également une cause de gastrite chronique.

Le traitement de l'ulcère se fait à l'aide d'antiacides (inhibiteurs de la pompe à protons, antihistaminiques H2), et doit être accompagné de règles hygiéno-diététiques strictes. Dans le cas de l'infection par *Helicobacter pylori*, on a recours à une antibiothérapie en plus de l'inhibiteur de la pompe à protons. Le traitement est long, et il doit être suivi

⁷ Rapport du nombre de cas d'un trouble morbide à l'effectif total d'une population, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens, à un moment ou pendant une période donnés.

scrupuleusement, afin d'éviter toute rechute.

Il est recommandé aux patients souffrant de cette pathologie de ne pas jeûner, afin d'éviter les complications, voire les rechutes. Si le patient veut malgré tout jeûner, il faut lui rappeler les règles hygiéno-diététiques à suivre dans son cas : suppression du tabac et des excitants au maximum, continuer son traitement médicamenteux, et prendre de préférence les anti-sécrétoires et les antiacides le plus tard possible dans la nuit pour qu'ils fassent effet dans la journée.

Il faudrait aussi que le traitement médicamenteux soit commencé avant et continué après (et ce, pendant plusieurs semaines) la période de Ramadan. Pour un malade, le Ramadan doit être une période qui se prépare à l'avance.

2.2. Le diabète :

Le thème « diabète et Ramadan » a fait l'objet de nombreuses études, notamment sur les effets physiologiques du jeûne et sur la prise en charge thérapeutique du patient durant cette période.

L'étude EPIDIAR (Epidemiology of Diabetes and Ramadan) [19], impliquant 12 243 personnes atteintes de diabète et vivant dans 13 pays islamiques, a montré que 43% des personnes atteintes de diabète de type 1 et 79% des personnes atteintes de diabète de type 2 jeûnaient pendant le Ramadan. Il y aurait donc 50 millions de musulmans atteints de diabète dans le monde qui jeûneraient une fois par an, alors même que le Coran les en dispense spécifiquement.

Chez les personnes atteintes de diabète de type 1 et chez les personnes atteintes de diabète de type 2 mal équilibré, le jeûne est associé à de multiples risques. Seuls les diabétiques non insulino-dépendants et les diabétiques indemnes de toute affection intercurrente et/ou de complications dégénératives [6] devraient être autorisés à jeûner. Il est important que la surveillance médicale soit plus régulière pendant cette période, afin de détecter de façon plus précoce toute complication aiguë qui pourrait avoir des conséquences néfastes et qui justifierait l'interruption immédiate du jeûne.

Parmi les principales complications liées au jeûne, on peut citer l'hypoglycémie, l'hyperglycémie, l'acidocétose, la déshydratation et la thrombose.

- L'hypoglycémie :

L'étude EPIDIAR montre que les diabétiques de type 1 et 2 ont respectivement 4,7 et 7,5 fois plus de risques d'hypoglycémie durant le Ramadan [20]. La réduction de l'apport d'aliments majore inéluctablement le risque d'hypoglycémie. Ce risque est amplifié par les efforts fournis durant la journée, et ce d'autant plus en France où le rythme de vie et de travail n'est pas modifié durant le Ramadan. Si l'hypoglycémie arrive, il faut interrompre le jeûne et procéder à un resucrage du patient le plus rapidement possible.

- L'hyperglycémie :

L'étude EPIDIAR montre que les diabétiques de type 1 et 2 ont respectivement 3 et 5 fois plus de risques d'hyperglycémie sévère (nécessitant une hospitalisation) pendant le Ramadan. [20]

Les changements chronologiques (inversion du rythme jour/nuit) et la richesse en sucre des repas pris à la rupture du jeûne augmentent ces variations importantes de la glycémie. Les risques encourus sont d'autant plus importants que le traitement médicamenteux est mal (voire pas du tout) adapté durant cette période.

- L'acidocétose :

Elle est la conséquence d'une carence en insuline. Lorsque l'organisme manque de sucre, il se met à consommer les graisses de réserves de l'organisme. Il y a alors formation de corps cétoniques qui pourront être utilisés par le cerveau. Cela permet donc la continuité de l'alimentation du cerveau par des substrats énergétiques, même lors de périodes d'hypoglycémie. Ce phénomène de compensation entraîne l'acidocétose qui se caractérise par une polypnée, une haleine particulière (on parle d'haleine à l'odeur de pomme reinette) et un risque de coma augmenté (en effet, la production de corps cétoniques ne protège pas de l'hypoglycémie à long terme).

Le risque de développer une acidocétose durant le Ramadan est accru, en particulier lorsque la glycémie est élevée avant le début du jeûne.

Ce risque est d'autant plus élevé que de nombreux patients diminuent leurs doses d'insuline considérant que pendant le Ramadan leur prise alimentaire est réduite.

- La déshydratation :

Elle est plus marquée lorsque le Ramadan se déroule durant les périodes de fortes chaleurs, et que le temps de jeûne est allongé. Elle peut être aggravée par des problèmes de diarrhée, de syndrome fébrile... Dans ce cas, le jeûne devrait être interrompu.

D'autre part, la déshydratation est majorée lorsqu'il y a hyperglycémie. L'hyperglycémie entraîne en effet la perte de fluides corporels en raison d'une miction excessive et contribue à la déplétion d'électrolytes dans l'organisme. Les premiers symptômes perceptibles par le patient sont ceux d'une pression artérielle trop basse : vertiges, faiblesse générale... On peut alors assister à des pertes de connaissance, des chutes...

- La thrombose :

Elle est directement liée au degré de déshydratation. D'autre part, les personnes atteintes de diabète ont des taux d'anticoagulants endogènes plus faibles et sont donc plus exposées à la formation de caillots sanguins qui peuvent entraîner une attaque cardiaque ou un accident vasculaire cérébral. [21]

L'augmentation de la viscosité sanguine entraînée par la déshydratation accentue ce risque de thrombose.

La formation universitaire que nous avons reçue à la faculté ne nous prépare pas à apporter les réponses aux questions liées au jeûne, et nous pouvons être vite pris au dépourvu face au patient qui attend de nous des connaissances à ce sujet.

L'interrogation la plus fréquente concerne la voie d'administration et les formes galéniques compatibles avec le rite.

Suite au congrès de Casablanca, en juin 1995, qui abordait « le point de vue de l'islam sur certains thèmes médicaux contemporains », un texte final concernant les pratiques médicales compatibles avec le jeûne du Ramadan y a été rédigé. Un consensus conclut que seules la voie orale et la voie intraveineuse à but de nutrition parentérale sont unanimement interdites au cours du jeûne. Toutes les autres voies d'administration et formes galéniques sont autorisées, y compris les comprimés sublinguaux à base de trinitrine pour traiter ou prévenir les crises d'angor. [6]

Certaines questions concernent également la répartition des prises médicamenteuses quotidiennes et les règles d'hygiène de vie à adopter. Il est de notre devoir de répéter certains conseils : [22]

- il ne faut pas interrompre son traitement pendant le Ramadan
- il ne faut modifier la prescription qu'avec l'accord préalable du médecin traitant
- il ne faut pas prendre plusieurs prises de médicaments en même temps au moment de la rupture du jeûne
- il faut essayer de faire deux repas bien espacés : un au coucher du soleil, au moment de la rupture du jeûne et un juste avant l'aube.
- l'exercice physique doit être modéré, et il doit être évité peu avant la rupture du jeûne
- il ne faut pas jeûner s'il y a maladie intercurrente
- en ce qui concerne l'alimentation : il faut privilégier les glucides à index glycémique élevé au moment de la rupture du jeûne et ceux à index glycémique bas au repas précédant l'aube. Il faut éviter l'excès de gâteaux et de sucreries, et s'hydrater suffisamment.
- il faut renforcer l'auto surveillance glycémique.

Il est important de conseiller la consultation médicale dans les semaines précédant le début du Ramadan. Afin qu'il se déroule dans les meilleures conditions possibles, le Ramadan se « prépare » environ deux semaines avant son commencement. Ainsi le médecin peut constater la continuité de l'efficacité thérapeutique, et au besoin effectuer un ajustement médicamenteux.

Notre vigilance doit être toute particulière vis à vis des médicaments à prendre à jeun ou ceux pouvant subir une interaction liée à l'alimentation. Entre la rupture du jeûne et le lever du soleil, les pratiquants passent une bonne partie du temps à s'alimenter. Il est donc difficile de trouver des moments où l'estomac soit réellement vide. Il faut conseiller de faire deux repas bien séparés : un à la rupture du jeûne et un avant le lever du soleil. Ainsi, le patient peut être considéré à jeun 2 à 3 heures après le premier repas et ½ heure à une heure avant le dernier repas; la prise médicamenteuse pourra donc avoir lieu dans cet intervalle de temps.

En tant que pharmaciens, nous avons donc un rôle déterminant à jouer pour optimiser le bon usage du médicament durant la période de Ramadan.

Modifications thérapeutiques chez le patient diabétique :

Le prescripteur peut être amené à modifier le traitement médicamenteux du patient diabétique durant la période de Ramadan, afin d'éviter les risques énoncés ci-dessus.

✓ Patients sous hypoglycémifiants oraux :

Les médicaments qui consistent à augmenter la sensibilité à l'insuline sont associés à un risque nettement plus faible d'hypoglycémie que les médicaments qui agissent en augmentant la sécrétion d'insuline. Les patients sous metformine (GLUCOPHAGE®, STAGID®...) peuvent donc jeûner sans risque, la probabilité d'hypoglycémie étant infime. La dose peut cependant être modifiée par le médecin en prenant par exemple deux tiers de la dose quotidienne au repas du soir et un tiers de la dose totale au repas pris avant l'aube.

La prescription pourrait évoluer de la façon suivante :

Metformine 500 mg, 1-1-1  Metformine 500 mg, 1-0-2.

En ce qui concerne les glitazones, rosiglitazone (AVANDIA®) et pioglitazone (ACTOS®), il n'y a généralement pas de changement.

Les sulfamides hypoglycémifiants posent eux plus de problèmes, et ne sont pas vraiment adaptés au jeûne, du fait qu'ils peuvent entraîner des hypoglycémies. Il faut préférer les sulfamides à demi-vie courte comme le gliclazide (DIAMICRON®), ou le glimépiride (AMAREL®) qui sont associés à un risque d'hypoglycémie plus faible. Les doses peuvent être modifiées (demi-dose par exemple). [21]

✓ Patients sous insulinothérapie :

Ces patients sont très exposés au risque de développer des complications graves, et ne devraient pas participer au jeûne. S'ils s'obstinent à jeûner, l'utilisation d'une insuline d'action prolongée ultra lente peut être une option. Elle s'utiliserait alors à raison de deux injections

quotidiennes à 12 heures d'intervalle, et serait associée à des bolus d'insuline rapide au moment des repas.

Une autre option serait d'utiliser une injection quotidienne de l'insuline d'action prolongée glargine (LANTUS®) ou une à deux injections quotidiennes de l'analogue de l'insuline détemir (LEVEMIR®), combinées à des analogues de l'insuline d'action rapide (HUMALOG®, NOVORAPID®) avant le repas. [21]

Ces patients doivent être extrêmement bien suivis par leur médecin.

L'insulinothérapie fonctionnelle :

Développée depuis les années 80 en Allemagne, l'insulinothérapie fonctionnelle est un mode de traitement insulinique qui permet au patient diabétique de type 1 d'adapter son traitement à son mode de vie, au lieu de l'inverse. L'objectif est de reproduire à la perfection le schéma physiologique de l'insuline comme chez un patient non diabétique. Pour cette raison, il est important d'évaluer parfaitement les glucides absorbés. Il existe des formules mathématiques simples élaborées par des diabétologues qui permettent de calculer précisément la dose d'insuline nécessaire au moment des repas en fonction de l'alimentation et des activités du patient.

Ce concept permet au diabétique de type 1 de vivre quasiment normalement et donc de s'adapter à la vie de tous les jours. Il pourrait donc également faciliter les périodes de jeûne.

Cependant, ce mode de traitement demande une grande prise en charge du patient à des fins d'apprentissage, une parfaite compréhension et une participation active dans la prise en charge de sa pathologie au quotidien.

2.3. Chronothérapie :

L'idéal serait l'utilisation de la prise orale unique le soir. Quand elle existe, les formes à libération prolongée devraient donc être privilégiées.

Pour les médicaments qui nécessitent deux prises par jour, la première prise peut se faire le soir au moment de la rupture du jeûne, et la seconde prise peut avoir lieu avant le lever du soleil.

Pour les médicaments ayant un rythme d'administration supérieur à deux prises, il est difficile d'établir une répartition adéquate pour la période qui s'étend entre la rupture du jeûne et le lever du soleil. Cela pourrait entraîner des modifications d'efficacité ou même de tolérance au traitement. Dans ce cas, conformément aux indications de la religion, les malades sont exonérés de jeûner.

2.4. Chronopharmacologie :

Le changement du moment d'administration des médicaments peut influencer leur tolérance ou leur efficacité.

Par exemple, l'effet thérapeutique de certains médicaments dont l'administration est reportée au soir peut altérer la qualité du sommeil qui est déjà bien perturbé durant cette période. On peut citer la théophylline, les antidépresseurs stimulants qui sont des psychostimulants; ou encore les diurétiques qui pris le soir réveillent à cause du besoin d'uriner qu'ils engendrent.

Afin de réduire ces inconvénients, le médecin peut, si c'est possible, pratiquer un changement de traitement.

3. Cas particulier de Pessah :

Le terme Pessah (qui en hébreu signifie *passage par dessus*) rappelle que Dieu épargna les premiers-nés du peuple d'Israël en passant au dessus de leurs maisons. En effet, après l'envoi divin des 9 plaies sur l'Égypte, Pharaon refusait toujours de reconnaître la puissance du Dieu d'Israël et de libérer les hébreux retenus en esclavage. L'éternel décida alors de la mort des premiers-nés mâles. Les hébreux marquèrent leurs maisons avec le sang d'un agneau sacrifié (signe de soumission des hommes à la volonté divine) pour être épargnés de cette dixième plaie. L'Éternel frappa pendant la nuit ; le fils de Pharaon n'échappa pas à la malédiction. Pharaon reconnut alors la puissance du Dieu d'Israël et libéra les hébreux. Ils partirent donc sans tarder, les femmes ne prirent pas le temps de faire lever la pâte du pain préparé pour le voyage.

La fête de Pessah commémore cet épisode.

Les jours précédents la fête de Pessah, l'intérieur des maisons doit être nettoyé méticuleusement afin de faire disparaître toute trace de levain. Comme nous l'avons vu précédemment, seul le pain azyme est autorisé pendant cette semaine-là. Les 14 et 15 Nissan, la fin de l'esclavage du peuple d'Israël est célébrée lors du Seder (qui signifie *ordre, rangement* en hébreu) qui est un repas solennel. Pain azyme, herbes amères et agneau composent ce repas, en souvenir de la sortie d'Égypte.

Pendant cette fête, en plus des règles régissant l'alimentation *casher*, il est donc interdit de consommer, garder ou tirer profit du hamets. Cette interdiction a des répercussions dans le domaine médical ; certains médicaments s'en trouvent en effet interdits.

Le Consistoire israélite publie chaque année une liste de médicaments autorisés pendant cette période particulière. Cette liste est étoffée d'année en année. Elle inclut aujourd'hui notamment certains produits cosmétiques qui contiennent des protéines de blé. [17]

On peut retenir les règles suivantes : toutes les gouttes (auriculaires, nasales ou oculaires) peuvent être utilisées, tout comme les suppositoires, les ovules et les formes

injectables. En ce qui concerne les pommades et les crèmes, elles peuvent être utilisées si les applications ne concernent pas la région buccale. [16]

Lorsque les spécialités existent sous ces formes, elles sont donc à privilégier.

Enfin, comme nous l'avons vu précédemment, malgré l'importance des interdits pendant la Pâque juive, nombreux sont levés en cas de maladie : les traitements pour les maladies cardio-vasculaires, pour la maladie de Parkinson ou d'Alzheimer sont à suivre pendant Pessah, qu'il s'agisse de comprimés, de gélules ou de capsules.

4. Tableau récapitulatif pour le judaïsme et l'islam :

		<u>Judaïsme :</u>	<u>Islam :</u>
<u>Toute l'année :</u>	<u>Règles</u>	Règles de la Cacherout Pas de gélatine de porc Vin cacher uniquement Attention à certains excipients	Pas de gélatine de porc Pas d'alcool
	<u>Lever des interdits</u>	Si la vie est en danger	Si la vie est en danger
	<u>Référentiel utilisable</u>	Le Médiel	
<u>Période particulière :</u>	<u>Prescriptions</u>	<u>Pessah :</u> règles de la Cacherout, et hamets interdit. Gouttes, suppositoires, ovules, formes injectables : autorisés. Pommades et crèmes : autorisées sauf pour la région buccale. Comprimés, gélules, capsules : cf référentiel.	<u>Jeûne de Ramadan :</u> Voie orale et voie intraveineuse à but de nutrition parentérale interdites. Toutes les autres formes médicamenteuses sont autorisées (y compris les comprimés sublinguaux de trinitrine).
	<u>Contre-indications</u>	Maladies cardiovasculaires Maladie de Parkinson Maladie d'Alzheimer	Ulcère évolutif, IDM récent, HTA compliquée, diabète insulino-dépendant ou diabète mal équilibré, épilepsie... Femmes enceintes et allaitant. Dispense avec rattrapage : voyages, cycles menstruels, maladies aiguës.
	<u>Référentiel</u>	Liste des médicaments autorisés éditée par le Consistoire de Paris.	

5. Examens médicaux, soins et religions :

Notre société étant empreinte de la culture catholique, le dimanche est encore pour bon nombre d'entre nous jour de repos, aussi bien au niveau personnel, qu'au niveau administratif. Comme nous l'avons vu au début de cette thèse, il n'en est pas de même pour toutes les religions. Il faudra éviter de programmer des consultations, des examens médicaux ou des interventions chirurgicales le vendredi pour les musulmans, le samedi pour les juifs, et le dimanche pour les chrétiens.

Certains examens peuvent être refusés par les patients. L'imagerie médicale (IRM, radiographie, scanner, échographie...) peut être considérée par certaines croyances comme une intrusion dans le domaine du sacré, c'est le cas notamment des musulmans. [15]

Pour ce qui est des prélèvements sanguins, des injections, perfusions ou prise de tension, nombreux patients juifs et musulmans apprécieront qu'ils soient effectués sur le bras droit, considéré comme le côté de la pureté.

D'autre part, il est souvent plus aisé de pratiquer des injections que des prélèvements. Tout comme l'ablation d'un organe, ils vont à l'encontre de la mission de prendre soin de l'enveloppe corporelle de l'âme. [6]

On peut aussi noter que beaucoup d'arabo-musulmans ont des difficultés à parler d'urines, de selles, de sperme ou de sang qui les mettent en état d'impureté spirituelle. Parfois la description de la plainte en pâtit. Il n'est en effet pas rare que le problème soit reporté sur d'autres parties du corps (des problèmes articulaires pour une impuissance sexuelle par exemple, ou parfois même des plaintes somatiques atypiques, et donc rebelles à toute thérapeutique). Les examens complémentaires et les traitements médicamenteux se révèlent alors fréquemment infructueux. [1] Nous reviendrons, par la suite, à l'importance de l'écoute et de la compréhension de la culture du patient dans sa prise en charge.

Certaines formes de médicaments peuvent également poser problème : le suppositoire, le lavement ou l'ovule sont des modes de traitement à administrer par voie impure pour les musulmans. C'est également le cas pour certains examens, comme l'examen gynécologique (chez les musulmans, il est réalisé de préférence par une femme), ou certains soins d'hygiène génito-urinaire réalisés par des soignants.

6. Douleur et religions :

6.1. Histoire de la douleur : [23], [24]

A l'époque d'Hippocrate, les causes des maladies ne sont pas connues, les connaissances anatomiques sont restreintes. La médecine se base donc essentiellement sur l'observation et l'écoute attentive des paroles du malade qui décrit son état. La douleur est comprise à partir de l'interprétation des signes, notamment la localisation qui est essentielle pour le diagnostic et la démarche thérapeutique. La douleur est acceptée comme un fait.

Pour Galien, la douleur est un changement d'un état à un autre, du fait de modifications internes ou externes. La douleur est un signe pour le diagnostic. Mais Galien s'intéresse aussi à la douleur en tant que sensation. Il met en avant l'idée que la douleur, comme la sensation, requiert la perception, c'est-à-dire la conscience. Il faut qu'il y ait communication entre le cerveau (centre organisateur) et l'organe stimulé.

Galien met également en place une classification des douleurs qui persistera jusqu'à la Renaissance : la douleur est soit pulsative, soit gravative (se dit d'une douleur qui s'accompagne d'une sensation de lourdeur), soit tensive, soit pongitive (se dit d'une douleur qui semble causée par une pointe). Chaque organe a une fonction spécifique, qui sera altérée selon un mode particulier, et provoquera ainsi une douleur spécifique.

Au X^{ème} siècle, la médecine arabe définit la douleur comme une modification des humeurs. Elle a pour fonction d'annoncer des crises ou le dénouement de la maladie, qui se termine par son évacuation (sueur ou hémorragie). La douleur est considérée comme un symptôme et permet ainsi le diagnostic, et l'évaluation de l'évolution de la maladie.

Durant le Moyen-âge, le corps est méprisé, la douleur est rédemptrice. La maladie a un statut ambigu : à la fois, elle est une punition de Dieu pour les fautes commises par le pécheur, mais le malade est aussi considéré comme un élu, car, par ses souffrances, Dieu l'appelle à supporter celles du Christ. Il obtient ainsi le salut, par le rachat de ses péchés.

A la Renaissance, on retrouve l'idée selon laquelle la douleur est une forme de

participation à la souffrance du Christ. Par ailleurs, le corps doit se soumettre à la raison, la douleur n'est pas écoutée. Mais la Renaissance est aussi l'époque de l'Humanisme, période de transition entre la pensée des anciens, et le rationalisme de Descartes. La douleur dépend de la représentation que nous en avons. D'autre part, au XVI^{ème} siècle, la science s'engage dans la découverte des phénomènes et des objets, notamment avec l'essor de la dissection. L'anatomie acquiert ainsi une dimension scientifique.

Le XVI^{ème} siècle est marqué par les guerres entre la France et l'Espagne. C'est à cette époque qu'Ambroise Paré développe la chirurgie conservatrice (cautérisations, amputations). Mais en l'absence de moyens antalgiques, la douleur occasionnée par la chirurgie est plus redoutée que celle causée par la blessure elle-même.

Au XVII^{ème} siècle, pendant que Descartes (1596-1650) s'intéresse aux douleurs du membre fantôme, Thomas Willis (1621-1675) découvre l'anatomie du cerveau, du système nerveux central, et du système nerveux végétatif. [15]

Le siècle des Lumières est celui du renforcement du rôle de la Raison. Par ailleurs, cette période est marquée par la séparation de domaines qui étaient jusqu'alors liés : l'Eglise, la métaphysique et la science. L'idée de douleurs infligées par Dieu apparaît inadéquate. La médecine des Lumières est basée sur l'observation, et pose également la question de la sensibilité. La douleur est reconnue comme nuisible. La médecine de cette époque, cherchant des signes objectifs, se retrouve confrontée à la problématique de la subjectivité de ce phénomène.

Au cours du XVIII^{ème} siècle, la douleur est définie comme une perception désagréable, on reconnaît la dimension de la conscience qui y est impliquée. A cette époque, Haller distingue diverses fibres : les fibres sensibles, qui provoquent la douleur quand elles sont stimulées, et les fibres insensibles qui n'occasionnent pas de douleur. Bichat (1771-1802), quant à lui, établit la distinction entre la vie animale et la vie organique. La vie animale concerne la sphère de la volonté et de l'activité. La vie organique concerne les organes. Dans la vie organique, on reçoit des impressions, dans la vie animale, on se les approprie. Il s'opère ainsi une transformation de l'impression quantitative en impression qualitative. La différence entre le plaisir et la douleur n'est donc qu'une question de quantité.

Au XIX^{ème} siècle, une éthique médicale se met en place concernant la douleur : il faut épargner la douleur au malade. En 1806, on découvre la morphine. En 1847, le chloroforme est utilisé pour la première fois par la reine Victoria lors de son septième accouchement. Le paracétamol est découvert en 1898 et l'aspirine en 1899.

Au XX^{ème} siècle, de nouvelles thérapeutiques sont envisagées pour combattre la douleur, notamment l'électrothérapie ou encore l'hypnose. L'utilisation de la morphine fait débat ; certains pensent qu'il faut l'utiliser pour soulager le malade, d'autres pensent qu'elle ne doit être utilisée que pour empêcher le malade douloureux de se suicider. [15]

La médecine palliative moderne connaît ses premiers développements en Angleterre au cours des années 1960. C'est au médecin anglais Cicely Sanders que l'on doit d'avoir donné l'impulsion de départ du mouvement. Après avoir acquis une longue expérience de soins auprès des malades cancéreux en phase terminale, elle prend conscience de l'importance de prendre en charge la douleur de ces patients en développant des traitements palliatifs efficaces pour lutter de manière prioritaire contre la douleur. De fortes doses de morphine sont utilisées pour soulager les douleurs des cancéreux en stade terminal. Déjà, la prise en charge de la douleur s'inscrit dans le cadre d'un accompagnement de la personne. Une attention particulière est portée aux dimensions psychologiques et relationnelles de la personne mourante.

En France, les utilisateurs de la morphine dans ce cas sont accusés de pratiquer l'euthanasie....

La mise en place de consultations « douleur », le traitement des douleurs chroniques et aiguës, les services de soins palliatifs se développent de façon importante aujourd'hui. La douleur est enfin reconnue et prise en charge. Mais des progrès restent à faire, la douleur met toujours mal à l'aise.

6.2. Quelques définitions :

La douleur, qui vient du latin *dolor*, se définit comme une sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps. [5]

La souffrance est définie comme le fait de ressentir une douleur physique ou morale. Elle est donc propre à chaque individu. Elle dépend de la sensibilité et du vécu de chacun.

La douleur est donc une réalité physique, alors que la souffrance est une atteinte à l'identité de la personne (Abbé Fabien Faul, professeur de théologie morale). [25]

L'euthanasie se définit par l'acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne dans l'intention de mettre un terme à une situation jugée insupportable.⁸

L'euthanasie est illégale en France et condamnée par toutes les religions, selon la raison qu'il n'appartient pas à l'être humain de disposer d'une vie qu'il a reçue de Dieu.

6.3. Point de vue des religions sur la prise en charge de la douleur :

6.3.1. Concernant le judaïsme :

Le dolorisme, qui est une tendance à exalter la valeur morale de la douleur, n'a pas lieu d'être dans le judaïsme. Le premier devoir de l'Homme est en effet de se préserver de toute souffrance. La tradition juive considère la maladie comme une anomalie, un scandale.

Tous les traitements antalgiques sont donc acceptés, même ceux dérivés des plantes opiacées, prohibés en temps ordinaire (les opiacés sont interdits en tant que drogues par les religions).

L'expression de la douleur est autorisée, ainsi que la révolte.

⁸ Définition du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE).

6.3.2. Concernant le christianisme :

Longtemps, les catholiques considéraient la souffrance physique comme rédemptrice. Accepter la douleur permettait d'expié ses fautes et de racheter son salut. Cette notion est encore très présente dans l'inconscient collectif. Il s'agit d'une vision déformée du message évangélique. En effet, la foi chrétienne considère que le salut est acquis une fois pour toute dans la mort et la résurrection du Christ. Ce salut est offert à tous. L'homme est laissé libre d'y consentir ou de le refuser. Il n'a pas besoin de souffrir pour cela.

Depuis quelques décennies, l'Eglise demande une compassion particulière envers les personnes souffrantes. Ayant pris acte des avancées médicales pour la prise en charge de la douleur, le Pape Pie XII remet en cause, dès 1956, les discours anciens. Dans son discours du 24 février 1957, à un groupe de médecins sur « les problèmes religieux et moraux de l'analgésie », il est clairement admis que l'administration d'antalgiques est légitime, aussi forts soient-ils, et quels que soient leurs effets secondaires quant à la perte de conscience et au raccourcissement de la durée de vie. [25] De plus, la suppression de la douleur peut aider le patient à réinvestir positivement la dimension spirituelle de son existence.

« La suppression de la douleur procure une détente organique et psychique, facilite la prière et rend possible un don de soi plus généreux ». (Pie XII)

Pour les protestants, toute valeur de salut ou d'expiation des fautes par la souffrance et la douleur est contestée. Tous les traitements antalgiques sont donc acceptés.

Il est d'ailleurs utile de noter que les pays de confession majoritairement protestante sont à la pointe en termes de prise en charge de la douleur (mise en place d'unités de soins palliatifs dans les établissements de soins).

6.3.3. Concernant l'islam :

Pour l'islam, nul n'est autorisé à mettre fin à ses jours ou à ceux d'une personne, même si la personne est atteinte d'une maladie incurable.

L'islam recommande le calme devant l'épreuve, la souffrance et même la mort. Il incite à la patience et à l'endurance, le musulman ne doit pas se révolter. [26] Tout bien, tout mal,

comme la vie et la mort sont des décrets de Dieu. La douleur n'est pas une sanction, elle est prédestinée. On parle de *mektoub* (le destin en arabe). Le dolorisme n'est pas pour autant reconnu dans l'islam. [6]

Assumer la souffrance, assumer la douleur est une pure manifestation de foi. Il est dit dans le Coran : « *Dieu se penche avec plus de miséricorde et de consolation vers l'homme qui souffre* ». D'autre part, si Dieu a créé les maladies et les douleurs pour les êtres humains, il est aussi dit qu'il a mis à leur disposition les moyens de les guérir et de les soulager. En cas d'échec, le malade devra accepter la douleur avec fatalisme, en préservant une foi immuable en Dieu. [6]

On pourra utiliser tous les traitements antalgiques, morphine et dérivés opiacés y compris. Le contrôle de la douleur est une nécessité (donc ce qui est illicite, selon les versets coraniques, devient licite en cas de nécessité).

Les soins palliatifs doivent donc apporter confort moral et physique. [26]

7. Les soins dispensés en fin de vie :

7.1. Les soins palliatifs : d'un point de vue historique et législatif : [27]

Au Moyen-âge, les soins aux indigents et aux incurables étaient déjà la préoccupation des Hôtels Dieu, mais ne faisaient pas encore l'objet de structures particulières.

Il faudra pour cela attendre le XIX^{ème} siècle. C'est à Lyon, en 1842, que Jeanne Garnier fonde l'association des Dames du Calvaire pour accueillir les malades incurables. En 1874, Aurélie Jousset crée un hospice à Paris qui deviendra l'actuelle Maison Jeanne Garnier, qui est aujourd'hui la plus grande unité de soins palliatifs en France.

Les anglo-saxons joueront un rôle prépondérant dans le développement des soins palliatifs. En 1967, Cicely Sanders fonde le St Christopher's Hospice autour d'une équipe interdisciplinaire composée de professionnels de santé, de bénévoles, et d'agents du culte qui travailleront ensemble dans la prise en charge du patient et de ses proches.

En France, ce sont les publications du Père Patrick Verspieren, en 1973, au retour d'un voyage d'étude au St Christopher's Hospice, qui vont réellement faire émerger le mouvement des soins palliatifs.

Le ministère de la Santé prend conscience, à ce moment-là, de la nécessité de réfléchir à la prise en charge des malades en fin de vie.

En 1984, dans un article de la revue « Etudes », Patrick Verspieren dénonce les pratiques d'euthanasie dans les hôpitaux. Le Comité Consultatif d'Ethique Médicale est créé. Un nouveau groupe de travail est constitué par le ministère de la santé. Il en résultera la rédaction de la Circulaire du 26 Août 1986⁹ relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. La première unité de soins palliatifs (USP) est alors ouverte par Maurice Abiven à l'hôpital international de la Cité Universitaire.

En 1989, de nombreuses associations se rapprochent des professionnels de santé pour fonder la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP). Son but est de développer et d'améliorer la prise en charge des personnes en fin de vie, et la qualité des soins

⁹ Encore appelée Circulaire Laroque.

reçus.

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 introduit les soins palliatifs dans les missions de tous les établissements de santé. En 1993, dans son rapport, le Dr Henri Delbecque¹⁰ émet des propositions autour de 3 axes :

- Le développement des soins palliatifs à domicile
- La planification des unités de soins palliatifs
- L'enseignement et l'information sur les soins palliatifs.

La loi du 9 juin 1999 garantit un droit d'accès aux soins palliatifs pour toute personne en fin de vie. La circulaire du 19 février 2002 précise, quant à elle, l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement.

Suite aux débats récurrents sur l'euthanasie¹¹, entre fin 2003 et le printemps 2005, une mission parlementaire est mise en place. Elle est présidée par M. Jean Leonetti. Les travaux menés à cette occasion se feront à la lumière d'avis de médecins, de philosophes, de sociologues, de représentants des cultes, d'acteurs des soins palliatifs... L'ensemble des recommandations de ce rapport a débouché sur une loi qui a été promulguée le 22 avril 2005, la loi Leonetti. Les principales propositions de cette loi sont les suivantes :

✓ Le refus de l'obstination déraisonnable : ce refus est consacré par une modification du code de déontologie médicale¹² et du code de la santé publique : « *les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable lorsqu'il n'existe aucun espoir d'obtenir une amélioration de l'état de la personne et qu'ils entraînent une prolongation artificielle de la vie* ».

✓ Le recours aux médicaments antidouleur : « *si pour soulager les souffrances du mourant, le médecin doit appliquer un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade [...]* ». [28] L'article 2 de la loi est destiné à garantir la légitimité de recourir à des traitements antalgiques qui présentent des dangers, lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen de soulager la souffrance d'une personne en fin de vie.

✓ Renforcer les droits du malade : garantir l'exercice de la liberté du malade face à la médecine en ce qui concerne l'intégrité de son corps. Le médecin doit recueillir avant d'agir

¹⁰ Chef de service de médecine interne du Centre hospitalier de Dunkerque.

¹¹ Suite notamment au décès de Vincent Humbert.

¹² Article 37 du Code de déontologie médicale.

le consentement du malade, quand il est apte à consentir ou à refuser. La loi garantit le droit de toute personne d'exprimer à l'avance ses souhaits de limitation de traitement, et d'être représentée par une « personne de confiance » dans le cas où elle perdrait l'aptitude à exprimer sa volonté. [29]

✓ L'importance de la collégialité et de la transparence dans la prise de décision des médecins, surtout dans le cas où le patient est inconscient.

Ce texte n'est pourtant pas sans ambiguïté. Par exemple, quels sont les critères de légitimité de la limitation ou de l'arrêt du traitement, lorsque la personne n'est plus en état d'exprimer sa volonté ?

Il existe également une ambiguïté sur la manière dont a été inscrit dans la loi le droit du patient de refuser toute intervention sur son corps, y compris la nutrition artificielle. L'article 3 stipule que le malade peut refuser non pas seulement « un traitement » mais « tout traitement ». Et l'alimentation artificielle est considérée par le Conseil de l'Europe des médecins et des théologiens comme un traitement...

Beaucoup dépendra donc du comportement des médecins, auxquels la loi ouvre une marge d'interprétation, ce qui leur laisse une grande part de responsabilité. [29]

7.2. Le regard des religions sur les soins dispensés en fin de vie : [30]

Dans le catéchisme de l'Eglise catholique, il existe un encouragement explicite à l'usage des soins palliatifs dans l'accompagnement des personnes en fin de vie.

Le commandement « *tu ne tueras point* »¹³ rappelé par le Christ est un fondement incontournable de l'amour et de la vie en société. Depuis maintenant cinquante ans, l'Eglise catholique a développé une réflexion éthique importante autour de cette question de l'accompagnement des mourants, mais aussi sur la question plus spécifique de l'euthanasie.

Dans son discours de février 1957, Pie XII donne plusieurs repères :

✓ il est permis d'utiliser un traitement antalgique à dose proportionnée à l'intensité des douleurs qui risque d'abrégé la vie du patient quand il n'y a pas d'autre moyen de le soulager et **à condition que l'on ait pas l'intention de faire mourir le malade**. Les antalgiques doivent être administrés selon des règles de bonnes pratiques et les doses doivent

¹³ Evangile selon St Matthieu (19,18).

être augmentées et ajustées progressivement en fonction de l'intensité de la douleur.

✓ il est permis d'endormir les patients gravement souffrants (par sédation). C'est une alternative que l'on peut proposer au patient qui demande la mort et que l'on n'arrive pas à soulager. Cette sédation obéit également à des règles de bonnes pratiques pour éviter des dérives euthanasiques.

Concernant l'abstention thérapeutique, la Congrégation pour la Doctrine de la Foi a donné des principes dès 1980. « *Dans l'imminence d'une mort inévitable malgré les moyens employés, il est permis en conscience de prendre la décision de renoncer à des traitements qui ne procureraient qu'un sursis précaire et pénible, sans interrompre pourtant les soins médicaux dus aux malades en pareil cas. Le médecin ne pourrait se reprocher alors la non-assistance à personne en danger* ». ¹⁴

En 1995, le pape Jean-Paul II dira dans l'Évangile de la vie : « *le renoncement à des moyens extraordinaires ou disproportionnés n'est pas équivalent au suicide ou à l'euthanasie : il traduit plutôt l'acceptation de la condition humaine devant la mort* ». ¹⁵

Concernant la nutrition artificielle, juifs et catholiques dénoncent les ambiguïtés de la loi Leonetti. L'alimentation et l'hydratation, même artificielles, ne sont pas des médicaments (donc ce n'est pas un traitement) mais la réponse à un besoin énergétique de base. « *Leur suspension induite pourrait revêtir la signification d'une véritable euthanasie* ». ¹⁶

Sur tous ces points, juifs et catholiques se retrouvent, et les dialogues entre religions ont donné lieu à une déclaration commune juive-catholique sur le soin des malades en fin de vie, cosignée le 26 mars 2007 par Monseigneur André Vingt-trois et le Grand Rabbin de Paris David Messas.

Concernant l'euthanasie, l'Église catholique a pris position à plusieurs reprises depuis 1940. Revendiquer l'euthanasie, c'est vouloir maîtriser la vie et la mort. Or, l'homme ne s'est pas donné la vie à lui-même, mais il l'a reçue en don. Il ne peut donc en être le maître absolu.

¹⁴ Congrégation pour la Doctrine de la foi « Déclaration sur l'euthanasie », Vatican, 1980.

¹⁵ Jean-Paul II, Encyclique de l'Évangile de la vie, Vatican, 1995, n°65.

¹⁶ Conseil Pontifical pour la pastorale des services de santé « Charte des personnels de santé », Vatican, 1995, n°120.

Ce pouvoir de vie et de mort n'appartient qu'à Dieu seul.

A ce propos, Joseph Sitruck, Grand Rabbin de France est clair. Pour lui, *« c'est Dieu qui a donné la vie et aucune autorité humaine ne peut en disposer. La vie est une chose tellement importante qu'il n'est pas question d'en abandonner le moindre instant. Aider quelqu'un qui souffre est une évidence, mais le tuer ou contribuer à abréger sa vie est une faute lourde pour l'avenir d'une société »*.

Pour les musulmans, *« la vie est sacrée dès son apparition et jusqu'à sa fin naturelle. C'est Dieu qui la donne et la reprend. Le musulman attend ce décret divin que nul ne peut avancer, ni reculer d'une minute... L'homme ne peut qu'aider à la vie et lutter contre la souffrance, toute démarche contraire se fait dans le non-amour, la non-charité, la non-religion »*.

« Donner la vie à quelqu'un, c'est comme donner la vie à toute l'humanité et donner la mort à quelqu'un équivaut à tuer toute l'humanité ».

« Nous ne défendons pas (...) l'acharnement thérapeutique mais optons en faveur des soins palliatifs qui évitent aux hommes de souffrir inutilement ».¹⁷[6]

L'essentiel est donc dans l'accompagnement et l'écoute inlassable du patient dans ces moments si difficiles de la vie.

¹⁷Propos de Dalil Boubakeur, Recteur de la Mosquée de Paris.

8. Religion et reproduction :

8.1. Quelques définitions :

L'insémination artificielle est une technique permettant la reproduction en dehors de tout rapport sexuel, par dépôt du sperme dans les voies génitales de la femme. C'est une des méthodes de la procréation médicalement assistée. [5] Elle est utilisée dans le cas de stérilité conjugale où l'ascension du sperme est rendue impossible.

La Fécondation In Vitro (ou FIV) est une fécondation que l'on réalise artificiellement au laboratoire, avant de placer l'œuf dans l'utérus maternel. Elle peut être hétérologue : il y a dans ce cas don de sperme ou d'ovule; ou homologue : dans ce cas, on utilise le sperme et l'ovule du couple désirant concevoir et élever l'enfant. [5]

La vasectomie est une méthode pratiquée notamment comme un moyen de stérilisation masculine et qui consiste à la section des canaux déférents. Ces canaux déférents permettent le transport des spermatozoïdes depuis les testicules vers le pénis. Avant l'éjaculation, ils sont mélangés au liquide fabriqué par les vésicules séminales et la prostate. La vasectomie consiste donc seulement à interrompre les canaux déférents pour que le sperme ne contienne plus de spermatozoïdes.

La ligature des trompes de Fallope (conduit situé entre l'ovaire et l'utérus) consiste à occlure les trompes pour empêcher la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule.

La loi du 4 juillet 2001 clarifie le statut de la stérilisation : désormais toute personne peut demander une stérilisation à visée contraceptive pour convenance personnelle. [31]

La contraception naturelle regroupe plusieurs méthodes :

✓ la méthode des températures : aussi appelée méthode Ogino-Knauss. La femme doit prendre sa température tous les matins et établir une courbe. La progestérone, hormone secrétée par le corps jaune, entraîne une augmentation de quelques dixièmes de degrés de la température corporelle dans les 12 à 14h qui suivent l'ovulation. Cette augmentation est donc signe d'ovulation. Il faudra exclure les rapports sexuels durant cette période pour que cette méthode se révèle efficace.

✓ la méthode de l'étude des modifications de la glaire cervicale : elle permet de déterminer les périodes de fertilité en fonction de l'état de la glaire cervicale. La glaire cervicale est une substance sécrétée par le col de l'utérus, c'est un des éléments essentiels entrant dans le processus de fécondation. En effet, la glaire cervicale change d'aspect au long du cycle menstruel. Au début du cycle, elle est plutôt épaisse (on ne peut pas l'étirer entre deux doigts). Elle forme un maillage étroit.

Au moment de l'ovulation, donc pendant la période de fécondité, elle change de composition, neutralisant l'acidité naturelle du vagin (qui est spermicide). Elle devient lâche, transparente. Le maillage se détend, permettant ainsi le passage des spermatozoïdes. Elle est aussi plus abondante, et plus filante (elle peut s'étirer entre deux doigts).

Après l'ovulation, la glaire redevient peu perméable, épaisse et cassante.

Cette méthode peut être utilisée même chez des femmes ayant des cycles menstruels irréguliers.

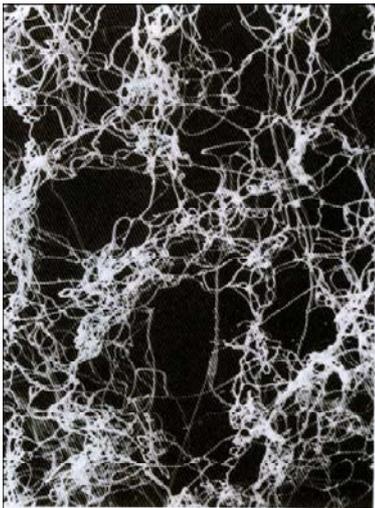


Figure 1 : glaire cervicale en période d'ovulation (2)



Figure 2 : glaire cervicale hors période d'ovulation (2)

Ces deux méthodes ne sont pas à proprement parler des méthodes de contraception. Elles sont fondées sur des périodes d'abstinence permettant l'espacement des naissances. Au sens strict du terme, la méthode de « retrait » n'est donc pas considérée comme une méthode de contraception naturelle.

L'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) est autorisée en France depuis la loi Veil du 17 janvier 1975, loi confirmée et complétée en 1979. Cette loi autorise l'IVG au cours des dix premières semaines d'aménorrhée. Le délai est allongé à quatorze semaines d'aménorrhée (soit douze semaines de grossesse) depuis le 18 mars 2001. L'IVG a lieu dans un centre agréé (centre de planning familial ou centre hospitalier), elle est remboursée par la Sécurité Sociale. Concernant les mineures, la jeune fille et l'un de ses parents doivent donner leur accord.

L'IMG (Interruption Médicale de Grossesse), anciennement appelée ITG (Interruption Thérapeutique de Grossesse), s'effectue dans le but de protéger la vie de la mère. Elle peut aussi avoir lieu quand le fœtus est atteint d'une maladie grave incurable au moment du diagnostic. Elle est possible en France à tout moment de la grossesse. La décision de l'IMG revient aux professionnels organisés en centres multidisciplinaires de diagnostic prénatal, afin de garantir la protection par rapport à des dérives sur le plan de l'éthique.

8.2. Tableau récapitulatif : [6], [13], [25], [32]

	Catholiques	Protestants	Juifs	Musulmans
Insémination artificielle	Oui, si le mari est le donneur	Oui	Oui, si le mari est le donneur	Oui, si le mari est le donneur
FIV hétérologue	Non	Oui	Non	Non
FIV homologue	Non	Oui	Oui	Oui
Contraception :				
✓ naturelle	Oui	Oui	Oui	Oui
✓ pilule, stérilet	Non	Oui	Tolérée // Non	A éviter
✓ ligature des trompes, vasectomie	Non	Oui	Non	Non
✓ préservatifs	Non	Oui	Oui, comme prévention du SIDA	Oui, au sein du couple comme contraception
IVG	Non	Sous la responsabilité individuelle	Non	Non
IMG	Non, pourrait conduire à l'eugénisme // oui si la mère est en danger	Oui si la vie de la mère est en danger	Oui, si la vie de la mère est en danger (< 40 jours, après recours au rabbin)	Oui, si avant le 120 ^{ème} jour

8.3. Quelques précisions : [6], [13], [25], [32]

8.3.1. Concernant les catholiques :

L'éthique catholique repose sur la « culture de la vie », et le respect de la vie de son origine à son terme. La vie est un don de Dieu que l'on doit respecter de manière absolue dès le moment de la conception. Le mariage est placé sous la double exigence de la fidélité et de la fécondité. L'Eglise catholique refuse pour cette raison, toutes les méthodes contraceptives artificielles, chimiques ou mécaniques mais encourage les méthodes dites naturelles.

Concernant le statut de l'embryon, l'Eglise catholique considère qu'il n'est pas concevable qu'il dépende du projet que l'on a sur lui. L'embryon, à quelque stade qu'il soit de son évolution, a le droit au respect qui est dû à tout être humain. La FIV est considérée comme une atteinte à la dignité de l'être humain, une forme d'instrumentalisation. Le diagnostic préimplantatoire implique en effet la création d'embryons in vitro avec le projet de sélectionner ceux que l'on implantera.

A propos de l'avortement, l'Eglise catholique le considère comme un crime. L'IVG est donc interdite. L'IMG peut être acceptée si la vie de la mère est en danger. Mais certains la refusent.

Pour ce qui est de la stérilisation, elle est illicite sauf quand elle est liée à une véritable thérapie portant sur la partie malade de l'organe sexuel, thérapie se révélant nécessaire et dont l'issue est positive.

Concernant le préservatif, le Vatican en interdit strictement l'utilisation, en rappelant les principes d'une éthique chrétienne fondée sur la chasteté et la fidélité. Cependant, nombreux évêques catholiques prônent aujourd'hui l'utilisation du préservatif pour endiguer l'épidémie du SIDA, pour « ne pas donner la mort » comme le prononçait le Cardinal Lustiger déjà en 1988.

8.3.2. Concernant les protestants :

Le « oui » à tous les items est à modérer. La religion protestante prône en effet une éthique de la responsabilité individuelle. Les réformateurs ont rompu avec une ancienne tradition du christianisme qui voyait dans l'acte sexuel un lieu de péché particulier. La sexualité est bonne en soi, mais doit s'exercer dans un cadre éthique rigoureux. L'éthique protestante se plaçant dans le champ de l'interprétation et du débat, les Eglises de cette confession sont amenées à présenter des éléments de réflexion permettant d'éclairer et d'orienter le débat, sans pour autant donner des conclusions. Il n'y a d'ailleurs pas de catéchisme officiel, et sur certains sujets les opinions diffèrent.

Dans le cas de l'IVG, la déclaration de la Commission d'Ethique de la Fédération Protestante de France au sujet de la loi Veil déclare que l'IVG est un acte grave, à ne pas banaliser, mais à combattre par la prévention, et par l'information sur la contraception. L'avortement doit rester l'exception, mais le choix final doit revenir à la femme.

D'autre part, concernant la contraception, il faut noter que dans l'optique protestante la sexualité n'a pas pour seule fonction la reproduction, l'union conjugale étant considérée comme le lieu de l'accomplissement de l'être humain. C'est donc au couple que revient toute décision en matière de contraception.

Concernant les techniques de procréation assistée, elles sont considérées comme appréciables car elles s'inscrivent dans le cadre d'un projet parental. Pour ce qui est du devenir des embryons surnuméraires (dans le cadre d'une FIV), la position des Eglises protestantes diverge de beaucoup de celle de l'Eglise catholique. Le statut de l'embryon découle de l'approche relationnelle des Eglises protestantes. Un embryon est considéré comme une « personne humaine **potentielle** ». L'embryon ne sera réalisé comme personne à part entière que s'il s'inscrit dans le cadre d'un projet parental d'accueil, dans un cadre relationnel. Un embryon peut donc être considéré comme mort, en l'absence totale d'avenir pour lui.

8.3.3. Concernant les juifs :

Pour le judaïsme, le respect de la vie humaine est absolu, sacré, inviolable. La vie humaine est un don de Dieu.

L'IVG est donc strictement interdite. L'IMG est acceptée lorsque la gestation représente un danger pour la santé physique de la mère. Si possible, on procédera à l'IMG dans les quarante premiers jours. Les parents pourront avoir recours à un rabbin si le délai est dépassé. Le plus souvent, en cas d'IMG, les parents s'en réfèrent à l'avis donné par l'autorité.

Concernant le préservatif, le judaïsme en interdit strictement l'utilisation comme moyen contraceptif dans le cadre du mariage. Les rabbins conseillent cependant d'y recourir pour se protéger du virus du SIDA ou pour préserver son partenaire.

Pour ce qui est de la contraception, celle masculine (préservatif, vasectomie, ou même interruption du coït) est interdite. La contraception féminine est quant à elle accordée aux femmes après la naissance d'un garçon et d'une fille, la mission du couple de se remplacer ayant été remplie. Mais seules les méthodes dites naturelles sont autorisées. La pilule contraceptive peut être autorisée par un décisionnaire rabbinique, au cas par cas.

8.3.4. Concernant les musulmans :

D'après les lois musulmanes, l'insémination artificielle est licite dans le seul cas où le donneur du sperme est le conjoint légalement uni par le mariage.

La FIV est licite uniquement quand l'œuf fécondé provient de l'union de l'ovule d'une femme et du spermatozoïde de son mari (donc FIV homologue).

L'islam reconnaissant la polygamie (sous certaines conditions et dans certains pays), un couple ayant recours à la procréation médicalement assistée peut également recourir à une mère de substitution (porteuse), mais cette femme doit être une des co-épouses du mari. Si la femme de substitution est étrangère au couple, l'islam interdit ce mode de procréation. [15]

La contraception est encore mal perçue dans les pays musulmans. Pourtant, le Coran l'autorise aux femmes dans le cadre du mariage comme moyen de régulation des naissances. La pilule et le stérilet sont à éviter. Les méthodes naturelles et le préservatif sont autorisés (le préservatif n'est d'ailleurs autorisé que dans ce cas, puisque les relations hors mariage sont interdites).

L'IVG est interdite par le Coran, mais l'avortement peut être autorisé pour des raisons thérapeutiques. S'il est réalisé avant le 120^{ème} jour, il ne sera pas forcément considéré comme un crime. Par la suite, il serait condamnable, car l'âme aurait intégré le fœtus.

3^{ème} partie :

Le rôle du pharmacien face aux convictions religieuses

La question de la dignité humaine est au centre de la pratique médicale. Du fait de la mondialisation de l'origine des malades issus de l'immigration, les professionnels de santé sont aujourd'hui confrontés aux cultures et aux traditions de toute la planète. Il est indéniable qu'une meilleure compréhension des patients étrangers et de cultures différentes est synonyme de meilleurs soins.

Il est donc nécessaire de connaître la réglementation concernant la liberté religieuse de l'individu d'une part, et la réglementation régissant l'exercice médical d'autre part.

Nous verrons ensuite, dans cette 3^{ème} partie, les obstacles pouvant être rencontrés dans l'éducation du patient au niveau de la communication patient - professionnel de santé, et les moyens que nous pouvons employer pour améliorer cette communication.

1. Aspects réglementaires :

1.1. Lois et décrets :

Les grands textes français réglementant la vie en société abordent le sujet de la liberté individuelle, et notamment la liberté religieuse.

Elle est évoquée dans l'article 10 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme dès 1789 : « *Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi* ».

La loi de 1905 concernant la séparation des Eglises et de l'Etat, élément clé de la laïcité française, introduit la notion de « culte » qui désigne la pratique associée à une croyance au sens large. L'article 1 stipule que « *la République assure la liberté de conscience. Elle garantit le libre exercice des cultes [...]* ».

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 précise que le droit à la liberté de pensée, de conscience, de religion « *implique la liberté de manifester sa religion ou sa conviction... seul ou en commun... par les pratiques, le culte et l'accomplissement des rites* ». [15]

Dans l'article 1 de la Constitution du 4 octobre 1958, il est stipulé que « *la France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances* ».

Concernant la place des religions dans le domaine hospitalier, on peut citer certains textes spécifiques. Par exemple, l'ordonnance royale du 31 octobre 1821 intègre les ministres des cultes au personnel hospitalier. A cette époque, l'hôpital consacre une partie de son budget aux dépenses relatives à des services d'aumônerie et aux dépenses destinées à assurer le libre exercice des cultes. [15]

Au XX^{ème} siècle, la loi sur la laïcité entraîne une séparation effective des Eglises et de l'Etat. Alors que la neutralité religieuse de l'hôpital apparaît, les ministres des cultes demeurent de droit dans les hôpitaux afin de maintenir effective la possibilité pour tout citoyen d'exercer librement son culte.

La circulaire du 6 mai 1995, mieux connue sous le nom de **Charte du patient hospitalisé**, précise que tout établissement de santé ou toute structure de soins, doit respecter les croyances et les convictions des personnes qui y sont accueillies. [33]

La circulaire du 2 février 2005 sur la laïcité à l'hôpital confirme que l'appartenance religieuse ne doit pas troubler la bonne marche des services hospitaliers et que le personnel doit faire preuve d'une neutralité exemplaire. « *Liberté religieuse, neutralité de l'Etat et non-discrimination : tous les patients sont traités de la même façon, quelles que puissent être leurs croyances religieuses* ».

D'autre part, concernant l'enfant, il est important de noter que la déclaration du 25 novembre 1981 de l'ONU stipule que « *les pratiques d'une religion ou d'une conviction dans lesquelles un enfant est élevé ne doivent porter préjudice ni à sa santé physique ou mentale ni à son développement complet* » (article 5 alinéa 5).

1.2. Code de la Santé publique et Code de Déontologie médicale :

Concernant l'exercice médical, l'article 2 du Code de Déontologie rappelle que le médecin est au service de l'individu et de la santé publique, et qu'il doit exercer sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.

L'article 7 du Code de Déontologie oblige le médecin à taire ses convictions politiques, philosophiques ou religieuses dans sa pratique professionnelle. « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner, avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée (...) il doit apporter son concours en toute circonstance (...)* ». [33]

Il est donc important que le médecin, mais aussi l'infirmière, le pharmacien, et tous les autres professionnels de santé, connaissent les différents aspects des rites et des traditions d'ordre religieux pour comprendre l'état d'esprit des patients dans des situations de la vie courante, mais aussi concernant la fin de vie et la mort, afin d'éviter des maladresses qui pourraient choquer.

Pour tout individu, la maladie est difficile à accepter, et bien souvent, c'est un moment de questionnement, et de retour aux valeurs individuelles importantes, aux croyances... La maladie est, et reste, un domaine difficile dans lequel l'être humain tente désespérément au travers de sa culture de trouver un interlocuteur qui le respecte et l'entende.

2. Définitions :

2.1. Définition de la Santé :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé se définit comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* ».

Dans ce contexte, la santé est donc un équilibre obtenu par le traitement ou la réparation de l'organe atteint d'une part, mais aussi par la prévention de la maladie d'autre part. Cette prévention passe par l'éducation de la population.

Il existe différents niveaux de prévention : [34]

✓ La prévention primaire : il s'agit de l'éducation pour la santé. Elle a pour but d'éviter à une population de développer des comportements à risque (il s'agit par exemple de la prévention concernant la consommation de tabac, d'alcool; ou encore la prévention concernant l'équilibre alimentaire...).

✓ La prévention secondaire : il s'agit de retarder l'apparition d'une maladie, lorsque le facteur de risque est déjà présent.

✓ La prévention tertiaire : il s'agit de mettre en place des stratégies permettant de retarder l'apparition des complications dans une population atteinte d'une maladie.

L'éducation du patient peut se faire à chacun de ces niveaux de prévention et par tout professionnel de santé.

2.2. Définition de l'éducation thérapeutique du patient :

L'éducation thérapeutique du patient constitue un des développements les plus significatifs de l'éducation en matière de santé. Elle correspond au transfert de compétences du soignant au patient et a pour but de responsabiliser le malade et de le faire participer pleinement à la prise en charge de son traitement.

Dans le rapport de l'OMS région Europe de 1998, la définition de l'éducation thérapeutique du patient est la suivante : « *l'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. [...] l'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie* ». [34]

Il existe une part d'information dans l'éducation thérapeutique mais informer ne suffit pas. D'ailleurs, éduquer vient du latin « *ex ducere* » qui signifie faire sortir de soi, développer, épanouir. Les programmes d'éducation thérapeutique ont pour but de rendre le patient compétent.

L'éducation thérapeutique du patient se situe au niveau des préventions secondaire et tertiaire, c'est-à-dire quand des facteurs de risque ou la maladie sont déjà présents. Cette éducation n'est l'apanage d'aucune profession de santé, elle gagne à être réalisée dans le cadre d'équipes multi-professionnelles. C'est une nécessité épidémiologique, thérapeutique, économique mais également éthique.

Citons, à titre d'exemple, des résultats obtenus chez des patients diabétiques ayant participé à des programmes d'éducation. On observe une diminution de 50% de l'apparition ou de la progression de la rétinopathie ou de l'insuffisance rénale. Les patients diabétiques éduqués parviennent à éviter 80% des cas de comas hyperglycémiques et 75% des amputations des membres inférieurs. [34]

En plus de l'intérêt humain qu'apporte ce système d'éducation, il faut également souligner qu'il engendre une économie financière importante.

3. Favoriser l'observance :

Plusieurs problèmes se posent aux professionnels de santé.

Tout d'abord, du fait du développement des moyens de communication (revues médicales non spécialisées et accessibles au grand public, mais surtout développement des sites internet...), la demande des patients au droit à l'information est croissante.

Le problème de l'observance, c'est-à-dire de l'adhésion du patient au traitement, devient un problème récurrent. Le patient accepte difficilement un traitement s'il n'en comprend pas la finalité.

D'autre part, force est de constater, qu'enseigner à un pair ou un étudiant est une chose, éduquer une personne dont les valeurs, les représentations, et les connaissances sont très éloignées des nôtres en est une autre.

Dans l'art d'éduquer le patient, il faudra également tenir compte du fait inévitable qu'un certain nombre de patients manquent de motivation ou n'appliquent pas ce qui leur est transmis. En général, un patient qui consulte est un patient dont l'état physique, mental et/ou moral est diminué. La douleur, le stress, la fatigue peuvent interférer avec la capacité de concentration et de mémorisation du patient. Il a été montré que les patients oublient jusqu'à 50% de ce que leur a dit le médecin, immédiatement après la consultation. [35]

Le fait de reformuler calmement, au comptoir, le rôle et la façon d'utiliser chaque médicament prescrit par le médecin permet au patient d'assimiler son ordonnance. Il arrive que l'on soulève à ce moment-là des questions quant à la mise en place « pratique » du traitement. Le fait d'y répondre et de résoudre les problèmes rencontrés permettra une meilleure observance au traitement.

En tant que pharmacien, lorsque nous délivrons une ordonnance ou lorsque nous effectuons un conseil, nous devons prendre en compte différents facteurs. La plupart du temps, ce sont des facteurs physiques : âge, sexe, poids, Indice de Masse Corporelle..., et il s'agit d'une question de sécurité. Il arrive aussi parfois que nous prenions en compte le rythme de vie des patients, par exemple pour les patients qui travaillent de nuit, et qui ont donc un rythme nyctéméral inversé.

Nous avons vu dans les deux premières parties de cette thèse que les convictions religieuses peuvent poser problème dans l'utilisation de certains médicaments, ou encore poser problème pendant certaines périodes de l'année...

Nous devrions donc également en tenir compte comme facteurs pouvant influencer l'observance.

Bon nombre d'études ont été menées par des sociologues et des économistes pour déterminer les facteurs influençant l'observance des patients à leurs traitements.

Le nombre de médicaments prescrits, le nombre de prises et la complexité des prescriptions semblent être des facteurs importants d'observance. Des études ont révélé qu'au delà de la prise de quatre médicaments, l'observance thérapeutique diminue. [14]

Il faut également noter que la durée du traitement joue un rôle. En effet, les prescriptions sont mieux respectées en début de traitement. Enfin, l'efficacité perçue du traitement peut aussi avoir une incidence sur l'observance. Le malade peut se considérer comme guéri et alors arrêter le traitement, ou alors encore juger le traitement inefficace et inutile et y mettre fin.

D'où l'importance de l'éducation du patient. Les études montrent que plus d'un patient sur deux suit correctement son traitement quand il a reçu des informations précises sur celui-ci, alors que moins d'un patient sur trois agit de même s'il n'a pas ou peu reçu de recommandations.

En s'engageant dans l'éducation du patient, les professionnels de santé doivent donc accepter non seulement un nouveau mode de relation mais aussi un autre type de responsabilité.

Pour éduquer le patient, il est d'abord important de bien le comprendre. Il est dans ce cadre intéressant de se pencher sur l'influence des croyances en termes d'observance, ou bien encore en termes de relation avec les professionnels de santé.

4. L'empreinte culturelle :

Un protestant, un catholique, un juif ou un musulman présenteront chacun des constantes communes à leur groupe culturel de référence, qu'ils soient croyants ou incroyants, ils auront des conduites issues de leur éducation. On parle d'empreinte culturelle spécifique. Et c'est cette empreinte qui influencera le patient vis-à-vis d'un médicament ou d'un traitement. [34]

4.1. L'influence sur la place des médicaments :

Les recherches montrent que les Français achètent en moyenne cinquante boîtes de médicaments par an, et encore que la France est le premier pays pour la consommation de psychotropes dans le monde. [14]

François Dagognet, médecin et philosophe, disait en 1996 que « *le remède est la concrétisation de l'acte médical* ». Le médicament occupe une place primordiale dans la thérapeutique, et pour beaucoup de patients la consultation doit se terminer par la rédaction d'une ordonnance.

Cependant, beaucoup d'études ne font pas la différence entre médicaments prescrits et médicaments absorbés. En effet, en général, les médicaments ordonnés sont achetés. Mais cela ne veut pas dire qu'ils sont pris, et quand ils sont pris, cela ne signifie pas non plus toujours que ce soit correctement. D'ailleurs, souvent, l'essentiel semble être que les médicaments soient présents. Leur présence dans l'espace domestique semblerait être dotée d'une certaine efficacité.

La gestion par le patient de son ordonnance suppose non seulement le choix de prendre ou non son médicament, mais aussi de se conformer ou non aux doses prescrites. Suite à son

étude sur les médicaments et l'origine culturelle et religieuse des patients, Sylvie Fainzang¹⁸ remarque que les protestants ont tendance à réduire les doses prescrites, et ce dans le souci de ne pas absorber en excès un produit dont ils ont la conviction qu'il peut soigner à moindre dose. A l'opposé, les musulmans et surtout les catholiques ont tendance à augmenter les doses, pensant ainsi accroître l'efficacité du traitement. Les patients juifs quant à eux, réduisent ou augmentent les doses prétextant que le produit est trop fort ou trop faible pour eux. [36]

La gestion des médicaments diffère également selon les habitudes et les valeurs culturelles. Chez les familles d'origine catholique, on constate ainsi le désir de faire partager aux autres ce qui a été pris et jugé efficace, suggérant même parfois au médecin de le prescrire. Au contraire, chez les patients d'origine protestante, le traitement est le problème de chacun. La lecture de la prescription est plus individualiste.

On constate par ailleurs que les médicaments sont rangés dans la chambre ou dans le bureau chez les musulmans, alors qu'ils sont rangés dans la cuisine ou dans la salle de bains chez les catholiques. Le médicament se voit ainsi assigné une place conforme à la gestion individuelle ou collective du traitement. [37]

4.2. Les rapports patients-professionnels de santé :

La relation qu'entretient le patient avec son médecin traitant est fortement influencée par sa culture.

Chez les musulmans, dont le nom lui-même (*mousslim* en arabe) signifie la « soumission » totale à Dieu, la soumission semble fortement valorisée. La fidélité à l'enseignement et à l'autorité coranique est présentée comme une vertu qu'ils revendiquent et qu'ils se défendent de transgresser. [14]

Le médecin fait figure d'autorité et il est très respecté pour son savoir. C'est pour ces raisons que beaucoup de musulmans préfèrent « omettre » d'avouer à leur médecin qu'ils n'ont pas suivi sa prescription, plutôt que d'aller à l'encontre de son autorité.

¹⁸ Sylvie Fainzang est anthropologue et Directeur de recherches à l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et membre du Cermès (Centre de recherche médecine, sciences, santé et société).

A l'exemple de cette patiente qui prenait son traitement de paroxétine¹⁹ en fonction de son moral. Certains jours 2 gélules, et d'autres jours pas du tout. Elle revient à la pharmacie pour demander une boîte alors qu'il devrait lui rester des gélules. Je prends le temps de lui réexpliquer le fonctionnement de son traitement, et l'utilité de rediscuter avec son médecin traitant de l'intérêt de continuer ce médicament, ou de le changer pour un autre traitement. Elle revient une demi-heure plus tard avec une ordonnance : *paroxétine : 1 gélule par jour à prendre le matin*. Je lui demande alors ce que lui a dit le médecin. Et elle me répond : « je n'ai pas osé dire au médecin que je ne prenais pas le médicament comme il m'avait dit, j'ai eu peur qu'il se fâche ».

Il n'est pas rare que les patients soient plus « bavards » au comptoir de la pharmacie sur leur façon de prendre leurs médicaments.

Des patients interrogés à propos de leurs relations avec les pharmaciens, dans une étude datant de 2003, ont déclaré souhaiter se sentir à l'aise à la pharmacie, se sentir accueillis, et se sentir confiants dans les conseils reçus. Le respect, l'intimité et l'implication de la part de l'équipe officinale étaient d'autres souhaits émis par les personnes interrogées. Ces différents points décrivent une relation thérapeutique d'aide et de confiance. [35]

Le comptoir officinal est un lieu d'échange et de communication à ne pas négliger. Il constitue donc un lieu important d'éducation.

Dans les officines de quartier, il n'est pas rare que les patients partagent les événements de la vie de tous les jours avec le personnel de la pharmacie. Une relation de confiance, voire même amicale, peut avoir lieu à chaque fois que le pharmacien entre en contact avec un patient.

Dans les quartiers à population fortement musulmane, il est important que le pharmacien s'enquière de savoir si ses patients font Ramadan, afin d'adapter ses conseils.

Dans le cadre de la pratique du jeûne, la formation universitaire que nous avons reçue ne nous prépare pas aux questions que nous pouvons soulever lors de la délivrance d'une ordonnance, et nous pouvons être rapidement pris au dépourvu face au patient qui attend de nous des connaissances à ce sujet.

¹⁹ Antidépresseur.

La différence de culture induit également très souvent des problèmes de communication, ou des blocages avant même d'avoir essayé d'entamer une discussion. A l'exemple de ce patient me disant un jour au comptoir « Mais mademoiselle, tu ne sais pas ce que c'est Ramadan, alors tu te tais ».

Quand la discussion est possible, on remarque souvent que le patient ne signale pas clairement à son médecin qu'il fait Ramadan. Du fait du « régime » alimentaire suivi pendant cette période, il est courant de voir des prescriptions pour tout un cortège de troubles digestifs : ballonnements, acidité gastrique, nausées, reflux gastro-oesophagiens... Et bien souvent, les médicaments prescrits pour ces symptômes sont à prendre « *matin, midi, et soir* ». Durant cette période, nombreux sont les patients qui adaptent d'eux-mêmes leur traitement (modification des antidiabétiques oraux, arrêt des hypolipémiants...). Un patient me disait à ce propos « Ne cherchez pas à comprendre, je fais ma cuisine moi-même ».

Dans ses études, Sylvie Fainzang montre que la non-observance serait dissimulée chez les catholiques et les musulmans, ceux-ci se présentant conformément à ce qu'ils estiment être jugé favorablement.

Les protestants et les juifs, quant à eux, revendiquent de ne suivre l'ordonnance qu'à condition qu'ils jugent opportun de le faire.

Le souci que portent les patients à la nature et à la fonction des médicaments qui leur sont prescrits différent également selon les groupes. Alors que les catholiques et les musulmans se préoccupent peu de savoir ce qu'ils absorbent, les juifs et les protestants auraient tendance à contrôler ce qui leur est prescrit.

L'observation des relations patients-médecins montre que les patients de culture juive discutent beaucoup de leurs médicaments avec leurs médecins. Les questions et les négociations concernant le traitement semblent être plus importantes chez eux. Ils veulent connaître tout ce qui s'offre à eux, afin de pouvoir choisir. Cela témoigne d'une application de l'apprentissage à la critique et au commentaire présent dans cette tradition religieuse.

4.3. La place de l'automédication :

Les patients protestants semblent être les plus enclins à pratiquer l'automédication. Elle est en effet considérée comme un moyen d'assumer une plus grande responsabilité de sa santé.

Au contraire, les musulmans se défendent de recourir à l'automédication. Souvent, ils expliquent cela par l'idée que le mélange de médicaments peut être une chose dangereuse. Ou bien encore par le fait que le médecin est plus apte à dire ce dont ils ont besoin pour tel ou tel problème.

On pourrait également évoquer ici le comportement des différents groupes face à l'homéopathie. C'est chez les protestants qu'elle est le mieux considérée. L'attrance pour ce type de traitement semble reposer sur la dimension « naturelle » que propose cette pratique. Elle offre également une possibilité plus grande de se soigner soi-même.

Chez les juifs, l'homéopathie serait valorisée pour le fait qu'elle prend en compte l'individu dans sa globalité.

Chez les catholiques, elle serait considérée comme une alternative à l'allopathie lorsqu'il y aurait crainte d'une trop grande consommation médicamenteuse. Et bien souvent, ces patients y recourent en s'en cachant du médecin, considérant que cela ne lui plairait peut-être pas beaucoup.

Les musulmans, quant à eux, y recourent très peu.

4.4. Le recours à la médecine traditionnelle :

L'utilisation de plantes médicinales traditionnelles se fait dans certaines cultures. Par exemple, les amandes amères, le thé à base de plantes diverses et les décoctions d'aubergines et de curry sont réputés antidiabétiques dans la culture marocaine.

Certains patients font également appel à des guérisseurs. Au Maroc, le discours populaire recommande aux malades de se rendre dans des sanctuaires ayant la réputation d'enrayer le mal. [1]

Le problème qui se pose alors au médecin est de savoir convaincre le patient qui recourt à ce genre de médecine du bien-fondé de la médecine et des soins occidentaux sans lui faire renier ses croyances culturelles. Quelle que soit l'opinion que nous pouvons porter sur ce type de médecine, l'important est de ne pas vexer ou braquer le patient, et de trouver la solution la plus adaptée pour mener à bien un traitement qui lui conviendra le mieux possible. D'autant plus, que si le patient se sent écouté et compris, il sera plus à apte à entendre et à appliquer ce que le médecin, l'infirmière ou le pharmacien lui conseillent de faire.

4.5. Les croyances de santé :

Nous avons tous des croyances (ou idées préconçues) sur la façon dont on devient malade, sur la façon de se comporter quand nous sommes malades, sur ce dont nous aurions besoin dans tel ou tel cas, sur ce qui est permis de dire ou de faire pour aller mieux....

La compréhension que le patient a de la cause et du traitement de sa maladie est influencée par ses croyances. Le problème est que certains patients ne cherchent pas à se soigner, sous prétexte que la maladie doit rester une affaire privée, ou simplement que la maladie est une fatalité. Parfois, ils attendent que l'affection soit avancée pour consulter, ou chercher une solution.

C'est pour ces raisons qu'il est important que le pharmacien repère ces croyances et essaye de trouver une solution convenant au patient. Il faudrait considérer les circonstances comme le vrai problème, et non pas le patient.

5. Stratégies permettant de gérer les problèmes rencontrés :

Il est important d'impliquer le patient dans la décision et de construire avec lui la solution à ses difficultés. L'objectif est d'élaborer de concert un plan d'action satisfaisant à la fois du point de vue clinique et du point de vue de l'expérience du patient. L'observance serait alors envisagée comme un projet dans lequel s'engagent à la fois le patient et les professionnels de santé. [1]

5.1. Gérer des situations difficiles :

Pour cela, il faut tenir compte de certains obstacles « matériels » qui peuvent entraver la communication sur la médication.

5.1.1. Des informations trop rapidement données :

Tout d'abord, il faut tenir compte de la gestion du temps de chaque entrevue. Il a été montré par certaines études que les médecins passent en moyenne 1 minute sur les 20 minutes que dure une consultation, à donner des explications sur le traitement. Les autres professionnels de santé intervenant auprès du malade, infirmières et pharmaciens, ont donc un rôle essentiel à ce niveau là. Répéter plusieurs fois le plan de traitement, la façon d'utiliser les médicaments, l'importance de respecter la durée et la posologie des médicaments ne sera jamais une perte de temps.

Ainsi, en renouvelant un traitement de FORADIL®²⁰ à une patiente suivant ce traitement depuis des années, ma collègue avait découvert qu'elle avalait la gélule avec un verre d'eau. La patiente se posait la question de savoir à quoi servait cet élément en plastique dans chaque boîte. Il s'agissait d'une patiente portugaise avec qui la communication était très compliquée... Nous aborderons un peu plus loin, le problème lié à la langue et aux intermédiaires servant de traducteurs.

²⁰ Médicament contenant du formotérol, utilisé dans le traitement de l'asthme. Il s'agit de gélules à inhaler.

Le comptoir de la pharmacie doit donc être un endroit où on prend calmement le temps de rediscuter du traitement et de son acceptation.

5.1.2. Un vocabulaire difficile pour le patient :

Concernant l'entretien avec le médecin, il arrive que le vocabulaire utilisé soit parfois beaucoup trop technique pour le patient. C'est souvent le cas chez les médecins spécialistes. Une étude montre que 36% des patients sont incapables de répéter ce que le médecin leur a dit en utilisant leurs propres mots !! Seuls 15% des patients affirment avoir tout compris des propos tenus par le médecin. [1]

Mme M., musulmane d'un certain âge, s'énervait à mon comptoir parce qu'elle n'avait jamais assez de PHYSIOGINE® (comprimés d'estriol utilisés dans les troubles trophiques locaux), et qu'elle devait toujours venir en chercher à la pharmacie. En discutant avec elle, elle me dit qu'elle n'en a plus parce que certains jours, elle saigne, alors elle en prend plusieurs. Je lui explique alors que le médecin lui a prescrit ce médicament « parce qu'elle n'est plus une toute jeune femme [et que son corps] a besoin qu'on lui apporte certaines choses qu'il ne fabrique plus ». Et que le médecin lui a prescrit ce médicament pour arranger les sensations désagréables qu'elle peut avoir. La conversation se terminant ainsi : « merci ma fille, c'est beaucoup plus clair quand c'est toi qui explique. Le médecin il est tout le temps pressé, et il ne dit que des mots compliqués ».

Le langage et les différentes significations des mots pour décrire les symptômes peuvent affecter la communication. Certains symptômes peuvent être difficiles à définir.

On pourrait dans ce cas tenir compte du langage non verbal du patient. Il constitue une partie de ce qui est perdu dans la traduction mais qui continue à être communiqué de façon non verbale. Mais il faut cependant faire très attention, car il peut être source de malentendus. Selon les cultures, la communication non verbale (qui englobe le comportement et les mouvements du corps, les gestes de toucher, la proxémie²¹, le contact du regard...) est très différente d'une culture à l'autre. [35]

²¹ Distance physique qui s'établit entre des personnes en interaction.

5.1.3. La gestion de la famille :

Dans certaines cultures, il existe des systèmes familiaux, religieux et communautaires qui sont étroitement reliés. Ils peuvent apporter un grand soutien et jouer un rôle important dans la réponse au traitement et dans la guérison.

Cependant, ces groupes peuvent être des freins à l'acceptation de certains traitements. La culture conduit en effet certaines familles à réagir de façon très négative à l'annonce de certaines maladies (mentales par exemple), ou certaines affections, ou encore à des grossesses non désirées.

Par ailleurs, certaines cultures prônent la supériorité masculine; ce sont les hommes qui répondront aux questions et qui prendront les décisions en matière de santé pour les membres de toute leur famille. Cela peut nous paraître injuste, mais une femme issue de cette culture se sentira probablement à l'aise dans ce genre de situation. Nous devrions nous efforcer de voir les choses du point de vue du patient.

Dans ces mêmes cultures, certains patients refusent parfois d'avoir recours à des professionnels de santé de sexe opposé. Il est pour cette raison important qu'une équipe officinale soit mixte. Une jeune femme entrant dans la pharmacie s'était ainsi écriée en me voyant : « ah je suis soulagée de vous voir, j'ai quelque chose à vous montrer, et je ne veux pas me déshabiller devant un homme ».

Les pratiques culturelles en termes de pudeur peuvent empêcher les femmes de rechercher un avis médical, et certaines peuvent refuser de se déshabiller afin de préserver l'honneur familial.

En termes de contraception, beaucoup de femmes musulmanes viennent s'adresser à la pharmacie pour savoir ce qu'elles peuvent faire. Je me rappelle ainsi de 2 femmes venant à la pharmacie : une voilée, avec 4 enfants, ne parlant pas français, et sa cousine, non voilée qui lui servait de traductrice. Cette dernière avait entendu parler de la pilule du lendemain, et l'avait conseillée à sa cousine qui ne voulait plus d'enfant, mais dont le mari refusait tout moyen de contraception. Elle souhaitait savoir si je pouvais lui donner la pilule du lendemain pour qu'elle l'utilise après chaque rapport. L'officine était pour elle le premier lieu de contact pour discuter de son problème. Il était vital de ne pas rater cette occasion, peut être unique, de

discuter avec elle.

Il est important de savoir accueillir sans préjugé ce genre de question au comptoir, et d'essayer de répondre et de réorienter au mieux les gens afin qu'ils repartent rassurés et conscients du fait que l'on a pris en compte leurs problèmes. Il faut que le comptoir de la pharmacie reste un endroit où le patient se sente en confiance, et qu'il se sente responsable de sa santé.

5.1.4. Le problème des intermédiaires :

Beaucoup d'adultes issus de la première génération liée à l'immigration ne parlent pas du tout le français. Dans le meilleur des cas, ils consultent et viennent à la pharmacie accompagnés d'un de leurs enfants qui parle français. Cela n'est pas sans poser certains problèmes. Tout d'abord, le fait d'avoir un intermédiaire induit la reformulation de ce qui est dit dans les 2 sens : du patient au professionnel de santé et dans le sens inverse; ce qui fait inexorablement naître des variations dans ce qui est retransmis.

D'autre part, dans certaines cultures, on apprécie peu de parler de problèmes personnels. Si ce sont des membres de la famille qui sont obligés de faire la traduction, le patient peut se trouver inhibé pour développer certains aspects. L'intermédiaire peut également se trouver gêné, et faire abstraction de certaines informations que lui donne son parent ou le professionnel de santé.

Lorsque l'on est confronté à ce genre de situation au comptoir, il est important de garder l'attention centrée sur le patient. Il faut signaler au membre de la famille qui traduit le moment où il peut le faire et attendre qu'il ait terminé avant de recommencer à parler. Le langage non verbal peut être très utile dans ce cas. Il faut également éviter tout embarras au traducteur. Même si un autre membre que le malade s'exprime en son nom, le pharmacien doit faire en sorte que la conversation se tienne avec le malade et non avec le traducteur. Cela peut être fait en regardant le patient autant que celui qui traduit pendant la discussion. [35]

5.1.5. Et s'il n'y a pas de traducteur ?

La situation est autrement plus compliquée dans ce cas là. On peut avoir recours à des pictogrammes pour décrire les posologies (un soleil pour le matin, une lune pour le soir, des couverts pour dire que le médicament se prend au repas...).

On peut également mimer beaucoup de choses et en déballant les médicaments, on arrive à montrer ce qu'il faut faire (la reconstitution d'un flacon d'antibiotique pour un enfant, la pulvérisation d'un collutoire au fond de la gorge...).

Les patients apprécient qu'on fasse des efforts, même si finalement les deux parties continuent à parler leur propre langue.

Lorsque l'officine se situe dans un quartier où une population est prédominante, il est souvent très apprécié de connaître les mots de base de la langue de cette population (bonjour, au revoir, merci...). Même si le pharmacien n'en sait pas plus, cela est considéré comme une marque de respect et d'intérêt. Les liens se créent alors plus facilement, une certaine communication devient possible.

5.2. Les solutions possibles face aux données multiculturelles et aux convictions religieuses :

La formation :

- Les pharmaciens doivent reconnaître la complexité des situations et des questions d'ordre culturel et être disposés à les prendre en compte.
- Nous devrions acquérir un minimum de connaissances des divers groupes culturels auxquels nous sommes confrontés dans notre exercice professionnel. Il serait bon de connaître notamment les coutumes des groupes culturels qui prédominent dans notre clientèle, ou encore de connaître leurs croyances de santé...

La qualité de la relation :

- Il est important d'utiliser un langage compréhensible par tous. Le vocabulaire médical trop pointu ne devrait être utilisé qu'entre professionnels de santé.

- Il faut reconnaître le faible niveau d'alphabétisation et le peu de compétences culturelles de santé de certaines populations. Le pharmacien ne doit pas en faire un problème, et utiliser les solutions que nous avons vues précédemment.

- Il faut considérer chaque patient comme une personne unique et se garder de tout stéréotype fondé sur un accent, ou sur la couleur de peau... Chaque patient a des besoins individuels qui doivent être reconnus et pris en compte. La famille ou tout autre intermédiaire peuvent être impliqués si c'est nécessaire, mais l'attention doit rester centrée sur le patient.

- Il faut tenir compte du langage non verbal et l'utiliser.

- Il faut encourager le patient à poser ses questions sur les diverses modalités de son traitement et s'assurer qu'il comprend les différentes possibilités qui s'offrent à lui. Le but est d'obtenir le consentement éclairé du patient.

- Le pharmacien doit vérifier que la prise des médicaments est compatible avec les activités du patient, et qu'il n'y a pas d'obstacle au respect du traitement.

- Il faut être vigilant aux réponses inhabituelles aux médicaments ou à une réponse faible à un traitement. Il est important de bien questionner le patient pour déterminer d'où vient le problème : il peut s'agir de consignes mal comprises, ou bien d'une non-observance pour des raisons culturelles ou religieuses, ou bien encore il peut s'agir d'une erreur de diagnostic...

Des appuis à mettre en valeur :

- L'idéal, dans un quartier où la mixité culturelle est importante, serait d'avoir au sein du personnel quelqu'un qui pourrait traduire ou dissiper les malentendus liés aux convictions religieuses et culturelles.

- Si ce n'est pas possible au sein de l'officine, il serait utile de connaître les associations ou personnes compétentes (type médiateurs culturels) et de proximité que l'on pourrait contacter lorsque la communication se révèle trop difficile.

- En cas de problème lié à des convictions religieuses ne pouvant être réglé par les

personnes en présence, il faudrait avoir une liste de représentants culturels pouvant être contactés. Comme nous l'avons vu tout au long de cette thèse, le rabbin ou l'imam peuvent « débloquer » certaines situations.

- Il serait utile d'avoir un Médiel dans chaque officine.
- Dans le cadre du suivi des patients migrants musulmans et diabétiques, il serait intéressant de travailler en lien avec un diététicien appartenant à la même culture que le patient. Il pourrait ainsi mettre en place un régime antidiabétique basé sur des recettes propres à la culture du patient.
- Le travail coordonné de tous les professionnels de santé permettrait une meilleure prise en charge du patient, et réduirait inexorablement la fréquence des problèmes (mauvaise observance, traitement inadapté...).

Conclusion

Les professionnels de santé sont aujourd'hui confrontés aux cultures et aux traditions de toute la planète. Comme nous l'avons vu tout au long de cette thèse, le judaïsme, le christianisme et l'islam sont des religions productrices de prescriptions. Interdits alimentaires, jeûnes, prescriptions en termes de soin, de contraception, d'avortement... peuvent créer des difficultés dans la prise en charge du patient. Toutefois, il ne faut pas oublier que ces religions sont pour beaucoup dans la naissance et le développement de la médecine. Le bien-être de l'individu est récurrent dans chacune de ces religions. D'ailleurs, souvent, le problème n'est pas tant la prescription en elle-même, mais l'adaptation que chacun peut en faire.

C'est pour ces raisons que les professionnels de santé devraient acquérir un minimum de connaissances concernant les groupes culturels qu'ils sont amenés à rencontrer. Connaître les croyances en termes de santé, les rites, les habitudes alimentaires, ou les codes qui existent entre les individus permet de mieux les comprendre.

Il serait d'ailleurs utile de posséder les référentiels déjà existants (Médiel...), et de mettre en place un réseau entre professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmières...) et personnes culturellement et culturellement compétentes (rabbin, imam, médiateurs culturels...).

Dans le contexte actuel d'évolution des professions de santé, nous pouvons et nous devrions montrer notre rôle en tant qu'acteur de premier plan dans le système de santé français en relevant certains défis. L'accompagnement de tous les patients, et ce, quelles que soient leur culture et leurs croyances, est l'un d'entre eux.

Une formation commune à tous les professionnels de santé sur les croyances et les convictions religieuses pourrait être envisagée dans le cadre de la restructuration des études médicales.

Bibliographie

1. RICHARD Claude, LUSSIER Marie-Thérèse
La communication professionnelle en santé
(Chapitre 18 : les patients de culture différente)
Paris : Erpi, 2005. p.461-482.
2. BRAZEAU-LAMONTAGNE L.
Ethique et décision médicale
La revue de médecine interne [en ligne], 2005. 22-24.
3. DURKHEIM Emile
Les formes élémentaires de la vie religieuse
Paris : PUF, 1960. p.65.
4. TISON Brigitte
Soins et cultures
Formation des soignants à l'approche interculturelle
Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007.- 247p.
5. Le petit Larousse illustré 2008.
6. LEVY Isabelle
Croyances et laïcité
Guide pratiques des cultures et des religions
Paris : Estem, 2002.- 495p.
7. NOVELLAUX Marc
Ethique médicale, pouvoir religieux, pouvoir étatique
Santé conjugée [en ligne], janvier 2007, n°39. 46-48.
8. DILLEMANN G., BONNEMAIN H., BOUCHERLE A.
La pharmacie française
Ses origines, son histoire, son évolution.
Paris : Tec & Doc Lavoisier, 1992.- 150p.
9. LAROUSSE portail des sciences
Médecine et santé
Sous la direction d'Isabelle BOURDIAL
Montréal : Larousse, 2001. p.10-11.

10. FABRE R. & DILLEMANN G.
Histoire de la pharmacie, Que sais-je ? n°1035
Paris : Presses universitaires de France, 1971.- 126p.
11. Eléments d'analyse géographique de l'implantation des religions en France.
Analyse de l'IFOP pour la vie, décembre 2006.
12. LEVY Isabelle
Mémento pratique des rites et religions à l'usage des soignants
Issy-les-Moulineaux : Estem, 2006.- 79p.
13. Réseau européen de coopération scientifique, « Médecine et droits de l'homme »
La santé face aux droits de l'homme, à l'éthique et aux morales, 120 cas pratiques
Strasbourg : Ed. du Conseil de l'Europe, 1996. p.51-91.
14. FAINZANG Sylvie
Médicaments et société
Paris : PUF, collection ethnologies controverses, 2005.- 156p.
15. LEVY Isabelle
Soins & croyances
Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels et des acteurs sociaux
Paris : Estem, 1999.- 222p.
16. Consistoire de Paris Ile-de-France
Pessah, liste des médicaments autorisés.
17. LORIOL Myriam
Religions et médicaments : enquête : peut-on faire une croix sur la pharmacie?
Le moniteur des pharmacies, 06/03/2004, n°2526.
18. SATTAR S. Pirzada, MOHAMMED SHAKEEL AHMED, et al.
Patient and physician attitudes to using medications with religiously forbidden ingredients.
The Annals of pharmacotherapy, 2004, 11, 1830-1835.
19. SALT I., BENARD E., DETOURNAY B., et al.
A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries : results of the Epidemiology of Diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) study.
Diabetes care, 2004, 27, 2036-2311.

20. AL-AROUJ M., BOUGUERRA R., BUSE J., et al.
Recommandations for management of diabetes during Ramadan
Diabetes care, 2005, 28, 2305-2311.
21. MAHMOUD ASHRAF Ibrahim
Gérer le diabète pendant le Ramadan
Diabetes Voice, 2007, 52, 19-22.
22. RGUIBI Najia
Ramadan : quels conseils en pharmacie?
Le moniteur des pharmacies, 17/01/1998, n°2243, p.56-58.
23. RIBAU Claire, DUCHANGE Nathalie
Eléments pour une histoire des conceptions de la douleur
Première partie : de la Grèce au XIIIème siècle
Novembre 2003.
24. REY Roselyne, FISCHER JL
Histoire de la douleur
Paris : La découverte poche, 2000.- 420p.
25. Rencontre annuelle des directions des Eglises et des évêchés de Metz et Strasbourg
(23/01/2006 ; Metz)
L'éthique sexuelle et biomédicale
Consulté en ligne le 16/03/2008
<http://www.epal.fr/oecumenisme/janvier06.html>
26. Dr Dalil BOUBAKEUR
Recteur de l'Institut Musulman de la Mosquée de Paris
Douleur et souffrance dans l'islam
Consulté le 03/11/2008
<http://www.mosquee-de-paris.org/Conf/Medecine/I0302.pdf>
27. Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs
Histoire des soins palliatifs et de l'accompagnement
Congrès « soins palliatifs, médecine et société : acquis et déficits »
Consulté en ligne le 25/01/2009.
<http://www.sfap.org/content/view/6/29/>
28. DE GAULMYN Isabelle
Les religions face à l'euthanasie
La Croix, 10/09/2004.

29. VERSPIEREN Patrick
La loi Leonetti relative aux droits des malades et à la fin de vie
Objectifs et ambiguïtés
Paris : Maison Jeanne Garnier, 17 mai 2005.- 7p.
30. PAILLOT Béatrix
Colloque du CFJD (Centre Français pour la Justice et les Droits fondamentaux de la personne humaine)
Le regard catholique sur les soins dispensés en fin de vie.
Strasbourg : CFJD, 9 avril 2005.- 10p.
31. Ministère des solidarités de la santé et de la famille, DGS
Stérilisation à visée contraceptive, livret d'information
Ed. Sicom, mai 2005. [En ligne]
32. Petit Larousse des religions
Tours : Larousse, 2007.
33. Rapport de le Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 18 juin 2005
Pratique médicale et identité culturelle
Consulté en ligne le 16/10/2008
<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/identiteculturelle.pdf>
34. D'IVERNOIS Jean-François, GAGNAYRE Rémi
Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique
Paris : Maloine, 2004.- 155p.
35. RANTUCCI Mélanie
Le dialogue pharmacien-patient
Pays-Bas : Pro-officina, 2008.- 344p.
36. FAINZANG Sylvie
Médicaments et culture religieuse (article de la rubrique « la santé, un enjeu de société »)
Hors-série Sciences humaines n°48, mars-avril-mai 2005.
37. FAINZANG Sylvie
Que deviennent les médicaments prescrits ?
Info Respiration n°74, août-septembre 2006. p.23-24.

Images :

1. Symboles du Seder
Consulté le 26/01/2009
<http://www.terredisrael.com/Pessah.php>
2. CANTALOUBE Marc
Cours Sciences de la Nature & de la Vie (DAEU)
Régulation des cycles sexuels chez la femme
Consulté en ligne le 05/11/2008
http://sites.univ-provence.fr/wfcup/site/IMG/pdf/cycles_sexuels.pdf

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 04 Mars 2009

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN PHARMACIEprésenté par **Madeleine LEGOUX**Sujet :**Convictions religieuses et Santé**Jury :

Président : M. François BONNEAUX, Maître de Conférences

Juges : Mme Jane-Laure DANAN, Directrice de l'IFSI au
Centre Psychothérapique de Nancy,Mme Marie-France POCHON, Docteur es sciences
pharmaceutiques,

M. Mohamed SI ABDALLAH, Docteur en Médecine.

Vu,

Nancy, le 2 février 2009

Le Président du Jury et Directeur de Thèse

M. François BONNEAUX

Maître de Conférences

Vu et approuvé,

Nancy, le

03 FEV. 2009

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,**Chantal FINANCE**

Vu,

Nancy, le 6.02.09

Le Président de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,

Le Président de
 l'Université Henri
 Poincaré - Nancy 1
 et du
 Conseil des Étudiants de
 la Faculté de Pharmacie

Jean-Pierre FINANCE

N° d'enregistrement :

329

N° d'identification : 3209

TITRE

CONVICTIONS RELIGIEUSES ET SANTE

Thèse soutenue le 04 mars 2009

Par Madeleine LEGOUX

RESUME :

De multiples facteurs peuvent influencer l'observance et la pratique du médicament par les patients. Les convictions religieuses en font partie.

Sous l'angle des trois grandes religions monothéistes (judaïsme, christianisme et islam), et du point de vue du pharmacien d'officine, cette thèse aborde les problèmes liés à la pratique même d'une religion.

Ce travail bibliographique fait le point sur les prescriptions religieuses alimentaires (qui peuvent poser problème en termes de composition médicamenteuse, ou en période de jeûne...), mais aussi sur des problèmes d'ordre éthique concernant le début de la vie (procréation, contraception...), et la fin de vie (prise en charge du patient en fin de vie, euthanasie...).

En tant que professionnel de santé de première ligne, le pharmacien a un rôle à jouer comme éducateur en santé et comme gardien de l'observance thérapeutique. Mais pour cela, une formation est indispensable afin d'acquérir un minimum de connaissances.

Un enseignement commun à tous les professionnels de santé sur ce sujet pourrait être envisagé dans le cadre de la restructuration des études médicales.

MOTS CLES : religion, problème de délivrance, observance, composition médicamenteuse.

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
M. François BONNEAUX	Maître de Conférences, faculté de Pharmacie de Nancy	Expérimentale <input type="checkbox"/> Bibliographique <input checked="" type="checkbox"/> Thème 6

Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – Médicament
5 - Biologie

2 – Hygiène/Environnement
4 – Alimentation – Nutrition
6 – Pratique professionnelle