

Interculturalité et rencontre du patient

La vie hospitalière est de nos jours largement traversée par une dimension interculturelle, qu'elle soit à dimension socio-économique, culturelle ou religieuse, que ce soit du fait des patients que nous y rencontrons ou dans la diversité des professionnels qui y travaillent. Cette mixité sociale, culturelle, religieuse se vit de plus en plus de façon naturelle. Cependant, souvent par méconnaissance de l'autre – son horizon de vie, de sens, de valeurs –, des problèmes peuvent se poser que ce soit dans la rencontre de « l'autre différent » ou dans l'organisation des soins.

La migration est une réalité dans notre pays et le phénomène d'exode de populations que l'Europe connaît ces derniers mois ne fera qu'en augmenter l'impact dans le soin, la vie à l'hôpital. On recense en effet 15.400.000 réfugiés dans le monde. En 2012, la Belgique accueillait 22.024 réfugiés résidents dont 2.986 reconnus en 2013¹. Depuis 2015, la Belgique a ouvert 65 centres d'accueil de réfugiés.

Ces quelques constats ont amené la commission éthique du RSL à réfléchir à cette question² en vue de proposer ici quelques points d'attention à même de nourrir la réflexion des directions et des commissions éthiques des hôpitaux partenaires qui souhaiteraient l'envisager localement. Il y va, de notre point de vue, des compétences minimales que tout professionnel devrait acquérir en matière d'interculturalité, compétence entre autre éthique permettant de rencontrer l'autre dans tout ce qui tisse sa singularité. Nous sommes conscients, au regard de l'actualité, d'insister fortement sur l'Islam, tout en reconnaissant que l'interculturalité ne se résume pas à cette seule religion. Il aurait également été possible de considérer le bouddhisme, l'importance de la culture africaine, etc.

I. Quelques repères

Pour entamer la réflexion relative à l'interculturalité et se donner quelques premiers repères, il est possible de se rapporter à certains textes déontologiques ou législatifs à même de sensibiliser à l'importance de la question de l'interculturalité :

Code de déontologie médicale belge.

L'article 5 indique que le *médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur situation sociale, leur nationalité, leurs convictions, leur réputation et les sentiments qu'il éprouve à leur égard.*

¹ Sources : Haut-Commissariat aux réfugiés des Nations Unies – Tendances mondiales de l'année 2012 / CGRA – Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides – Statistiques d'asile de l'année 2013.

² Nous remercions les docteurs A. FOX, X. DE MUYLDER ainsi que la Pr. B. MARÉCHAL de nous avoir accompagnés dans cette réflexion.

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

Loi relative aux droits du patient (22.08.2002).

L'article 5 de la loi du 22.08.2002 précise que *le patient a le droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à des besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.* Or les besoins de la personne sont également issus de sa culture. Il faut donc s'adapter au patient.

Déclaration de Genève de l'Association Médicale Mondiale.

Au moment d'être admis comme membre de la profession médicale : (...) je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclinaison sexuelle, de statut social ou tout autre critère s'interposent entre mon devoir et mon patient ; (...)

Guide européen d'éthique médicale

L'article 1 du guide européen d'éthique médicale rappelle également des repères importants : la vocation du médecin consiste à défendre la santé physique et mentale de l'homme et à soulager sa souffrance dans le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine sans discrimination d'âge, de race, de religion, de nationalité, de condition sociale, d'idéologie politique et pour tout autre motif, en temps de paix comme en temps de guerre.

II. Interculturalité et dimensions socio-économiques

La rencontre de l'autre différent représente d'abord une invitation à se laisser déplacer mutuellement, que ce soit le professionnel invité à comprendre le monde de l'autre, le patient à comprendre le monde du soin, de l'hôpital en un pays donné, pour autant qu'on l'accompagne dans ce monde a priori étrange, voire étranger. Et ce mouvement de déplacement n'est pas simple, tout comme le montre très bien le Docteur A. Fox³ :

« Pourquoi des migrants ne devraient-ils pas adopter les règles, us et coutumes du pays dans lequel les circonstances ou leurs souhaits les ont amenés ? La réponse me paraissait évidente lorsque ce cas a été rapporté dans la revue belge Ethica Clinica⁴, elle était confortée par un consensus assez général du type : " la règle est applicable à tout le monde, mais si l'on peut répondre à une demande particulière sans déranger l'organisation, pourquoi pas". Néanmoins cela reste encore psychologiquement difficile à admettre même en s'efforçant d'humaniser l'accueil des patients, la question de l'urgentiste rappelée ci-dessous en témoigne. Il avait fallu simplement modifier, pour une consultation, l'organigramme prévu ce matin-là et pourtant cela n'allait pas vraiment de soi.

³ On pourra également se rapporter avec grand intérêt à : TILMANS-CABIAUX Ch., MOKRANE S., RAVEZ L. & FOX A., *Interculturalité et soins de santé. Un questionnaire éthique*, Namur, Presses Universitaires de Namur, 2013, 354 p.

⁴ Fox A., *Machisme ou interdit religieux?*, *Ethica Clinica*, n°49, p. 4-8.

Avoir abordé le problème des demandes particulières, sous l'angle de l'interculturalité sociétale plutôt que celui de la simple multiculturalité, m'a permis d'y réfléchir d'une manière très différente, aidé en cela par la question de Stéphane Leyens qui n'était pas directement celle de l'interculturalité, mais qui inévitablement devait y conduire dans la réflexion sur le pourquoi aurais-je pu ou dû envisager une autre façon de répondre à une demande singulière. Découvrir la pertinence latente de la question a mis quelque temps, car elle risquait de fragiliser des certitudes apparemment non questionnables. Admettre d'y réfléchir ne pouvait que déboucher sur la question de l'interculturalité et sur sa cohérence dans le cadre des séminaires de réflexions qui venaient de commencer sur ce thème. Cette approche ne paraît pas possible pour un soignant en l'absence d'empathie et de reconnaissance de la subjectivité du patient demandeur, mais aussi de sa propre subjectivité. Progressivement est apparu alors un certain décalage voire une apparente incompatibilité sinon une certaine insignifiance de l'empathie vis-à-vis de l'EBM d'où la recherche des ponts qui relient ces deux concepts qui me paraissent indispensables à la pratique médicale tant d'un point de vue scientifique que d'un point de vue éthique. Trouver l'alliance entre la compétence actualisée, obligation légale, déontologique, éthique et la prise en compte de la subjectivité du malade, nécessité éthique dans la prise de décision me paraît être un des enjeux majeurs de la médecine d'aujourd'hui qui a une certaine tendance à tout objectiver avant et pour décider.

La loi sur le droit des patients risque d'ailleurs, paradoxalement, de renforcer ce rôle de la médecine en décrivant tous les droits qu'elle reconnaît aux patients avec comme corolaire implicite les obligations rappelées aux médecins, notamment l'obligation d'information et l'autonomie du patient en matière d'acceptation ou de refus de la proposition médicale, qu'elle soit diagnostique ou thérapeutique.

Le médecin compétent, en harmonie complète avec la loi, mais aussi l'EBM va donc expliquer objectivement la situation avec ses conséquences possibles et probables et ensuite laisser le patient décider en connaissance de cause, ainsi le contrat médical postmoderne semble respecté. Admettre ceci serait faire fi de l'asymétrie persistante entre le soignant et le soigné, asymétrie encore bien plus marquée lorsqu'outre le statut soignant/soigné s'ajoute un facteur culturel. Seule une décision partagée dans des proportions variables selon les circonstances pourra tenir compte de la vulnérabilité particulière de chaque patient.

En fin de parcours, un regard sur le cheminement personnel accompli m'a fait découvrir que mon jugement et en tout cas mon approche de la question de la différence a évolué d'une façon non prévue au départ même si, in fine, elle n'était pas imprévisible ».

Que peut-on retenir comme points d'appui essentiels ?

a. Les soins interculturels supposent:

- Une sensibilisation au processus migratoire,
- Une prise de conscience du contexte d'accueil de l'immigrant,
- Une compréhension satisfaisante des particularités des immigrants,
- Une certaine connaissance des comportements à adopter et à éviter,
- Une bonne capacité de créer des relations signifiantes avec des personnes différentes,
- Une volonté d'aider et notamment d'aider à s'adapter à notre système de santé.

b. Ils supposent également **une attention éventuelle à certaines caractéristiques ou sensibilités particulières liées à l'ethnie ou à la région d'origine sans pour autant créer de stéréotypes (ex : « tous les méditerranéens sont douilletts », « tous les musulmans envahissent les chambres », etc.)**

- c. En septembre 2014 un livre blanc⁵ en vue **d'améliorer l'accès aux soins de santé** interpelle le gouvernement. Il formule 5 recommandations principales :
- Oser une politique d'inclusion,
 - Renforcer les mesures existantes,
 - Investir davantage dans la prévention,
 - Offrir des soins « sur mesure »,
 - Améliorer l'information au patient.
- d. Dans le rapport soignant-soigné, **l'interculturalité suppose une démarche et pas simplement un comportement**. Mais l'éthique occidentale est-elle adaptée telle quelle à l'interculturalité ? Il s'agit de différencier le relativisme culturel du relativisme éthique. En effet, on peut être ouvert à d'autres cultures tout en maintenant des repères éthiques incontournables quelle que soit la culture ; pensons au refus de toute violence, de l'excision, etc. Dès lors la question de l'universalisme de l'éthique se pose : un mode de pensée peut-il tendre à être une valeur universelle ? Il nous semble que le respect du patient et la volonté de ne pas lui nuire restent des valeurs incontournables.

Les **grands principes** de bioéthique restent, pour la réflexion sur l'interculturalité, comme pour toute autre, opérants : l'autonomie, la bienfaisance, la non-nuisance et la justice. Il sera cependant important de rester attentif au fait que l'autonomie absolutisée puisse conduire à une sorte d'abandon du patient face à la décision, une déresponsabilisation relative du soignant ou encore une incapacité éventuelle du patient. Elle comporte une limite car elle s'inscrit également dans une relation asymétrique soignant/soigné d'autant plus renforcée que les repères sociaux, culturels, voire religieux du patient et du professionnel ne sont pas identiques. Enfin, on peut se rappeler que la conception occidentale de l'autonomie peut ne pas être la référence première dans une autre culture, par exemple marquée par une approche plus communautaire et moins sensible à l'autonomie comme critère premier qui, tant qu'elle respecte les sujets et ne leur fait pas violence, ne pose pas de problème particulier.

L'**empathie** est primordiale de la part du soignant lorsqu'il est question de bienveillance. Elle doit être suffisamment large pour s'ouvrir aux autres cultures et aux autres religions. Les conditions d'accueil à l'hôpital doivent permettre au patient de ressentir la possibilité donnée au soignant de « s'ouvrir » à sa culture.

N'oublions jamais que **le soignant est également un étranger** pour le patient, tout au moins au début de la prise en charge.

- e. Mentionnons enfin qu'en ce qui concerne spécifiquement la dimension économique, en fonction des contextes socio-culturels, ces populations ont des indicateurs de santé moins bons que le reste de la population.

III. Interculturalité et dimensions religieuses

⁵ INAMI et Médecins du Monde, *Accès aux soins : nos recommandations pour un système de santé plus inclusif*, 30 septembre 2014, 18 p.

Une autre approche de l'interculturalité renvoie à un minimum de **connaissance de la religion de l'autre**, cette dernière pouvant influencer la compréhension de la santé et de la maladie par le patient. En effet, de nos jours, il est de plus en plus convenu d'affirmer que l'exercice du soin et de la médecine contribue à **la prise en charge globale** du patient, et on ne peut que s'en réjouir. Mais a-t-on réellement pris acte, au cœur des pratiques professionnelles et des décisions qui y sont inhérentes de ce que signifie cette prise au sérieux de la globalité dans ce qu'elle appelle comme liens, articulations entre la sphère de la rationalité, de l'éthique et de la dimension spirituelle et religieuse de l'existence ? Cette question sera particulièrement illustrée au terme de cette synthèse et de ses annexes lorsque nous considérerons la question des rites.

Mais la prise au sérieux de la dimension spirituelle et religieuse comme dimension centrale de la vie de certains patients relève également d'un important **enjeu éthique**. En effet, si les décisions et l'action s'inscrivent dans la totalité des valeurs vécues par un patient et son entourage, on peut se demander ce qui se trouve effectivement porté au langage dans les récits de patients, les anamnèses professionnelles et les processus délibératifs. Il ne s'agit pas ici de plaider pour un dévoilement total et non réfléchi des patients – tout comme des professionnels ou des étudiants – dans ce qui les inscrit au cœur de leur propre existence – tout n'est pas opportun à dire en n'importe quel lieu et à n'importe quel moment – et, dès lors de son action clinique, mais de rester attentif aux **décalages toujours possibles** entre ce qui est dit des dimensions spirituelles et religieuses de l'action et de la décision et ce qui en est effectivement vécu par le patient ou le professionnel. Or, si une dimension religieuse structure la vie d'un individu en matière de valeurs et de sens de l'existence, il serait regrettable qu'elle ne puisse être entendue au cœur de la relation de soin.

IV. Interculturalité et Islam

Parmi les différentes religions rencontrées à l'hôpital, la religion musulmane interpelle parfois, particulièrement en cette période où la prégnance d'un intégrisme islamique – l'État islamique – questionne bon nombre de nos contemporains face à la violence, la guerre. Il importe de **ne pas tout mélanger**⁶ pour ne pas avoir de cette religion et de cette culture un regard par trop stéréotypé.

Parler du multiple

- a. Tout d'abord, il importe d'affirmer clairement que « parler des musulmans », c'est **parler du multiple**. En effet, les musulmans sont d'origines ethniques diverses. Ils s'inscrivent dans des ancrages temporels et géographiques différents. Ils parlent des langues différentes. Leurs sensibilités religieuses sont distinctes et liées à des courants différents. Leur rapport à la croyance ainsi qu'à la pratique est plus ou moins marqué. Seuls 10% des musulmans sont considérés comme réellement impliqués dans des activités associatives musulmanes.
- b. La relation du musulman au divin diffère de celle du chrétien car, dans l'Islam, l'homme ne peut pas participer du divin, même si il peut être « saint ». Allah ne s'est pas incarné, ne s'est pas fait homme. La pratique religieuse est importante chez les musulmans. Mais pratique religieuse ne signifie pas forcément un lien communautaire à la mosquée.
- c. À noter également, qu'il existe aussi un **athéisme musulman** mais qui ne s'affiche, ne se dit pas. En effet, il est difficile de dire l'incroyance.

⁶ On pourra se rapporter à : FONDATION ROI BAUDOIN, *Musulmans et non musulmans à Bruxelles, entre tensions et ajustements réciproques*, Bruxelles, 2014, 99 p.

- d. Enfin, il ne faut pas négliger le poids du colonialisme dans l’imaginaire collectif musulman : la sécularisation de la société fut imposée et perçue (et l’est toujours) comme destructrice de l’identité.

Les grands courants et « un islam multiple » :

- a. Parler de l’islam, c’est aussi se rendre compte des différents courants qui le traversent et le structurent :
- Soufisme : quête de spiritualité, d’un lien avec Allah.
 - Missionnaire : importance de porter la bonne nouvelle. Prosélytisme mais uniquement vis-à-vis des musulmans notamment qui se sont « écartés » des bonnes pratiques.
 - Politique : ce courant connaît plusieurs sous-catégories. Il s’agit de conscientiser à « comment être activement musulman au quotidien » ; ce qui se traduit par des comportements et une attitude collective. L’objectif est d’implémenter les prescrits de l’Islam dans la société.
 - Djihadisme : implémentation de l’Islam par l’action armée.
 - Etc.
- b. Le **phénomène « d’islamisation »** auquel nous assistons en Occident est le résultat de la décolonisation et des révolutions menées dans les pays musulmans et notamment la révolution iranienne de 1979. Les leaders musulmans fuyant les répressions des régimes politiques autoritaires ont trouvé refuge dans les pays occidentaux où ils vont structurer la pensée des communautés d’immigrés musulmans préalablement établies et composées d’individus peu « cultivés » et peu « éduqués » pratiquant un islam « populaire » issu de leurs traditions. C’est donc un Islam englobant qui fut implémenté par des intellectuels religieux « opposants » dans les communautés immigrées. À noter que le vocabulaire pour désigner ces catégories de personnes a évolué avec l’« islamisation » des communautés de sorte que, désormais, on parle « des musulmans », ce qui n’était pas le cas auparavant.
- c. La **revendication identitaire** s’est construite autour du pivot religieux. Le référentiel religieux supplante tous les autres : on est d’abord musulman. Le contrôle social qui s’exerce de l’intérieur génère parfois des tensions entre musulmans. Il faut savoir que la diversité est également une expérience inédite pour les musulmans vivant dans les pays occidentaux. Cette diversité pose question. Dans une société sécularisée, majoritairement non musulmane et dont la communauté musulmane est elle-même diversité, la religion peut dès lors apparaître pour certains comme un refuge, comme une valeur sûre.

La question du rapport à la mixité

- a. L’Islam est né dans **une société ni plus ni moins matriarcale que patriarcale**. Toutefois, le développement de la religion a favorisé une homogénéisation des pratiques patriarcales (au détriment des pratiques matriarcales) mais tout en conférant un meilleur statut à la femme. Avec le développement territorial et politique de l’empire, le « statut privilégié » octroyé à la femme va peu à peu être démonté. Au cours du 20^{ème} siècle, le contexte démographique a bousculé le patriarcat. Les femmes ont obtenu le droit de vote et elles font des études supérieures. Elles sont sorties du cadre domestique pour entrer dans le public. Les femmes sont donc porteuses de revendications d’émancipation dans le cadre de l’islam.
- b. **Le voile** est historiquement une tradition **pré-islamique** reprise par les épouses du prophète, essentiellement dans une optique de protection et du regard et du rapport à la parole. Les autres femmes musulmanes ont alors imité ce comportement. Il ne faut d’ailleurs pas sous-

estimer les différentes dimensions qui recouvrent la signification du port du voile⁷. Cependant, il reste une « stratégie » de protection de la femme. Enfin, il faut garder en mémoire que la question de la mixité ne se limite pas à la relation homme-femme mais aussi à la relation musulman - non-musulman.

- c. **Le recours à une personne étant d'un même groupe** (sexe/ethnico-religieux) que la patiente ou le patient, c'est-à-dire femme ou musulman, réduit la distance et facilite la communication. Il importe donc de se rendre compte que, dans la relation thérapeutique, divers niveaux d'identité peuvent être sollicités. Toutefois, et c'est important de le dire, il convient de nuancer cette approche en mettant **en garde contre les « idées prometteuses »** tel que le recours à des intermédiaires interculturels. En effet, une gestion purement intuitive est très insuffisante. Il faut bien plus qu'une langue ou une proximité religieuse ; il faut une formation spécifique. En ce sens, **le recours à un iman** peut parfois apporter plus de problèmes que de solutions. En effet, la multiplicité des courants de sensibilités pose la question de l'acceptation par les patients. En outre, la relation avec le médecin peut se compliquer de part un conflit à l'autorité.

V. Islam et le rapport hommes-femmes

Pour poursuivre notre réflexion relative à la mixité, force est de reconnaître qu'il n'est pas toujours simple de prendre soin de l'autre dans sa différence, particulièrement lorsqu'on considère le rapport homme-femme en islam, particulièrement en ce qui concerne **certaines demandes difficilement compréhensibles** par certains cliniciens belges. Comment comprendre l'autre tout en faisant l'expérience d'être juste dans la réponse à lui apporter ? Ici encore, la question de l'altérité reste structurante, car, comme nous l'avons dit « on est toujours l'étranger d'un autre ». Or, le questionnement sur l'autre, sur l'étranger renvoie également à s'interroger sur soi-même.

En gynécologie particulièrement, la question n'est jamais facile, surtout lorsqu'on se trouve confronté à de **nouvelles demandes** en augmentation : les certificats de virginité, les hyménoplasties et le fait de n'être confronté qu'à du personnel soignant de sexe féminin (rejet de tout personnel soignant de sexe masculin). D'autres questions sont davantage liées au **refus de soin** – refus émanant principalement de l'époux – se manifestant généralement lors de situations d'urgence. Le personnel manque alors de temps pour rencontrer la demande et la désamorcer ce qui peut alors mener à une dégradation de la situation avec des faits de violence verbale et/ou physique. Ce qui interpelle, ce qui surprend voire choque, c'est que des valeurs fondamentales pour nos sociétés occidentales semblent ne pas avoir la même valeur dans d'autres cultures ; à titre d'exemple, le droit de la femme à être autonome.

Comment s'en sortir ?

- a. Établir des règles claires en matière de prise en charge dans le service et les communiquer aux patientes sous la forme d'une brochure remise au début de la grossesse et d'affiches disposées dans le service. Ce code - avalisé par l'ordre des médecins - précise ce qui suit :
 - tout ce qui relève de l'électif (d'un rendez-vous - de la planification) est modulable,
 - pour tout ce qui est de l'ordre de l'urgence, le seul critère admis est la compétence et la disponibilité.

⁷ On pensera ici, entre autres et à l'instar d'autres cultures, au fait d'imposer le respect, de ne pas parler ni être questionnée.

Il semble que suite à la publicité des règles mises en place, l'urgence et la compétence soient moins contestées. Le positionnement de l'institution permet d'inscrire des décisions, des pratiques comme des règles qui s'imposent à tous et **non pas comme le refus de l'une ou l'autre culture, tradition**. De sorte, la culture n'est pas niée ; il n'y a tout simplement pas la possibilité de la rencontrer dans un contexte déterminé.

- b. Des solutions passent donc par la mise en place de règles mais également par le recours à des tierces personnes tel que **des médiateurs interculturel**. Des membres du personnel issus de la même culture que le patient peuvent aussi éventuellement apporter une aide. Parfois, il est nécessaire de recourir à une autorité supérieure, parfois religieuse, pour solutionner le conflit. En d'autres mots, il devrait toujours y avoir de la place pour la négociation sauf en cas d'urgence mais l'urgence ne recouvre pas la majorité des cas.

Les certificats de demande de virginité

- a. La problématique de la virginité interpelle et pose la question du sens. La virginité apparaît comme une valeur y compris auprès de jeunes femmes. Elle est également **un bien du clan** sur lequel repose son honneur. Mais est-ce que reconstruire un hymen pour que la femme retrouve sa place dans son environnement sociologique a un sens pour autant ? Il faut néanmoins pouvoir entendre cette demande. Recevoir les personnes qui formulent cette demande est une question d'éthique au-delà des recommandations de l'hôpital : il doit y avoir une place pour la discussion éthique afin de cerner le **sens de la demande**. Entendre ne veut pas dire y apporter la réponse demandée. Mais il importe de se rendre compte que les jeunes filles issues d'un milieu musulman « conservateur » sont profondément écartelées entre, d'une part, la fidélité aux valeurs portées par la famille, à la tradition, à la culture et, d'autre part, la modernité qui envisage la relation au corps de façon très différente et qui garantit une autonomie à la femme.
- b. Qu'en est-il de la possibilité d'inscrire le refus de rédiger des certificats de virginité – au nom de la dignité – dans les règles du service afin de ne pas produire de faux et de ne pas mettre la jeune fille dans une situation compliquée ? Il semble qu'il soit préférable de ne pas discuter les objets mais il faut préciser la manière de travailler. La médecine évolue, la pratique de la gynécologie a changé. Auparavant un lien particulier unissait le médecin et la patiente, de sorte que l'accompagnement se faisait à tout moment jusqu'au terme de la grossesse. Or les jeunes médecins n'acceptent généralement plus d'être aussi disponibles. La prise en charge se fait désormais par la garde ou le médecin de service. En outre, l'évolution de la médecine mène à plus de technologie et moins de contacts directs du médecin avec le corps du patient.

Le refus d'être soigné par du personnel masculin

- a. Le refus de la prise en charge par du personnel soignant masculin pose la question du rejet. **Ce dernier porte non pas sur l'individu en tant que médecin mais sur le fait qu'il est un homme** ; cette distinction est nécessaire à prendre en compte, même si ce n'est pas toujours aisé à vivre face à un refus pouvant être vécu comme un rejet. De plus, des situations de violence pouvant naître suite au refus de soins résultent parfois de la perception qu'ont les médecins d'eux-mêmes dans la relation avec le patient (paternalisme).
- b. D'une manière générale, être confronté au refus pose, dans notre problématique de l'interculturalité, une question éthique centrale : est-ce à la médecine de dire le sens pour l'autre ? Bien que les choses ne soient pas toujours claires à ce sujet, le médecin doit néanmoins accomplir sa tâche. **Ce n'est certainement pas à la médecine de dire le sens mais**

la médecine doit avoir la conscience du sens de son action. Il s'agit donc de chercher le sens de ce qui se joue dans la relation de soin notamment par une discussion dans un service, entre les soignants des différentes générations et les personnes impliquées.

- c. Il y va toujours d'une **alliance thérapeutique** à maintenir et consistant à continuer de marcher ensemble au cœur des différences, soignant et patient, avec les connaissances de chacun et les problèmes pour tenter de trouver une solution. Et, nous le savons, le vivre ensemble est difficile ; ce n'est possible que si on comprend ce qui offense l'autre et pour comprendre, il faut le connaître un minimum.

VI. Interculturalité et rites

Considérer l'importance des rites⁸, que ce soit dans l'accompagnement de la maladie ou dans l'approche de la fin de vie, relève également de l'approche interculturelle. L'approche des rites renvoie certes à un vaste chantier dont il n'est pas possible de considérer l'ensemble de tous les enjeux ; nous reprendrons juste en annexe de ce rapport les principaux points d'attention que devrait connaître tout professionnel en vue de manifester à l'autre le respect qui lui est dû. Peut-être est-il opportun de donner brièvement une définition du rite :

« Les rituels permettent aux humains, affrontés aux turbulences et aux questions de l'existence, de mimer, de jouer, d'exprimer leur drame en s'appuyant sur une réalité profonde qui va lui donner sens et peut-être même une issue. En ce sens, ils répondent toujours à une situation de crise, ils sont utilisés comme 'passerelles' symboliques dans les traversées difficiles à vivre. »⁹

On peut ainsi comprendre que **le rite vient rencontrer l'humain dans sa totalité**, qu'il le rejoint dans une dimension constitutive de son existence ; ce que M. Grau nomme *l'homme rituel*¹⁰.

Sur cet arrière fond et au regard de la question de l'interculturalité, il importe de ne pas enfermer la question du rapport possible du malade à son Dieu dans la seule problématique des rites ; et ceci peut

⁸ On pourra se rapporter au chapitre 43 « Des rites pour continuer à vivre », dans JACQUEMIN D., DE BROUCKER D., Manuel de soins palliatifs, Paris, Dunod, 2014, p. 604-630.

⁹ BEAURENT J.-M. (1999), *De la ritualité humaine à la rencontre en vérité. Les rites d'accompagnement des malades*, dans A.H. n°161, janvier 1999, p. 2.

¹⁰ « Cette part obscure qui fait de *l'homme rituel* un être humain total qui entre dans la célébration avec son corps, son imagination, sa sensibilité, voire même sa sensiblerie, avec ses pulsions conscientes et inconscientes, bref avec ses désirs et pas seulement avec sa raison » dans GRAU M. (1999), *L'homme rituel. Anthropologie du rituel catholique français*, Paris, Editions Métailié, p. 218.

se traduire par une double affirmation. Tout d'abord, il importe de notre point de vue de **ne pas circonscrire le rapport à Dieu**, et plus particulièrement le rapport au salut de l'humain malade, à la seule correspondance à ce que peuvent prescrire et célébrer les rites institués : Dieu, mais surtout ce qui, dans la foi, peut « se passer » entre Lui et la personne malade – et réciproquement – dépasse de loin la seule dimension rituelle. La deuxième chose qui nous semble importante de rappeler consiste à affirmer, certes dans l'horizon de la foi, que « la visite de Dieu » se fait et s'atteste par toutes les personnes présentes autour du malade, que ce soit son entourage ou les soignants¹¹.

Un deuxième présupposé sur lequel il importe également d'attirer l'attention consiste à se rappeler que les rites, et tout particulièrement ceux relatifs à la fin de vie, dans toute religion ne sont à appréhender **que sur le fond d'une vie humaine** ayant tout son poids, une vie donc qui fut marquée par un cheminement de foi quelle qu'elle soit. Ainsi, avant de ritualiser la fin de la vie, il y a eu une célébration des grandes étapes de la vie, dans ses dimensions heureuses ou malheureuses ; il importe d'y rester attentif dans l'accompagnement de la maladie et de **savoir relayer**, si tel est le désir d'un patient, aux représentants du culte de son choix. Enfin, il convient d'avoir à l'esprit que tout ce qui peut être dit de l'approche rituelle de l'existence et de la fin de l'existence ne peut être compris indépendamment de ce que vit la personne malade en tant qu'humain : ce sont bien des personnes concrètes, en situation particulière de maladie et/ou de mort proche, qui se trouvent rencontrées dans ces rites en lien avec leur entourage.

VII. Pour prolonger notre questionnement et « ne pas se laisser enfermer »...

Après avoir proposé quelques repères pour penser la question de l'interculturalité dans nos institutions, nous aimerions maintenant nous interroger sur le statut-même de notre réflexion. Comment se fait-il qu'on en arrive, dans nos structures hospitalières, nos comités d'éthique à considérer l'interculturalité ? Ne soyons pas trop naïfs quant au statut de nos propres questions **quand la culture de l'autre interroge notre propre culture !**

En effet, pourquoi les différences culturelles font de certaines situations ordinaires un problème soudain insoluble ou du moins plus difficile à assumer ? La différence culturelle de l'autre peut nous aveugler et nous empêcher de voir que, dans notre propre culture, des questions identiques se posent - même si ce dont il est question n'est pas toujours comparable dans l'absolu - et sont généralement résolues sans difficulté majeure. Nous voudrions évoquer ici trois situations, parmi d'autres pour éviter de faire de nos réflexions un « nous/vous », faisant de certaines valeurs d'autrui un « intolérable » parce qu'elles viennent d'autres cultures alors que, sur le fond, nous agissons peut-être de même avec d'autres référentiels.

Le choix d'un soignant homme ou femme, ou le refus d'un soignant homme ou femme

Lorsque cette revendication vient d'un musulman, on serait tenté de la trouver déplacée, voire scandaleuse. Mais d'une part, notre propre législation ne consacre-t-elle pas le droit de choisir son prestataire de soin, ou d'en changer, sans préciser quels critères seraient légitimes ou non ? Et d'autre part, de nombreux patients belges ou occidentaux ne s'autorisent-ils pas à changer effectivement de médecin parce qu'un tel est plus sympa, parce qu'il a été recommandé par un ami, parce qu'il est complaisant, parce qu'il a bonne réputation, etc., bref parce qu'il leur convient mieux, en fonction de

¹¹ JACQUEMIN D., Quelle place pour une vulnérabilité humaine et chrétienne ? Un sens pour la souffrance ?, dans *Info Nursing*, n°49, avril 1995, p. 13-20.

leurs critères personnels ? Pourquoi personne ne trouvera rien à redire à une femme belge qui préfère avoir *une* gynécologue (ou l'inverse) ? Pourquoi personne ne trouvera rien à redire non plus à un ou à une patient(e) qui juge qu'un chirurgien homme inspire davantage confiance ? Dans tous ces cas, même si on ne partage pas les opinions de ces patients, on les respectera sans que cela ne fasse question : ça fait partie de notre culture. Pourquoi, une fois qu'un individu marque une préférence pour des raisons qui relèvent d'une culture ou d'une religion qui n'est plus la nôtre, cela fait soudain problème ?

La demande d'un certificat de virginité ou le recours à une hyménoplastie

Ces deux demandes renvoient toutes deux à une situation de grande souffrance de la femme à l'égard de son propre corps, et ce dans des cultures différentes et peut-être pour des motifs différents, mais la souffrance est là. Or, ce qui interpelle, dans ces demandes, tient au fait qu'on y décèle le poids de la communauté. La jeune femme concernée se soumet aux attentes et aux exigences de son futur mari, à celles de sa belle-famille, et veut préserver l'honneur de sa propre famille. Bref, elle serait aliénée par le regard des autres ! Et cela est jugé intolérable. Et pourtant, dans notre propre culture, qui refuserait à une femme occidentale une chirurgie mammaire à visée esthétique ? On dira qu'ici, il s'agit d'aider une femme à « remodeler » l'image qu'elle a d'elle-même, et donc que l'enjeu est individuel. C'est précisément là que nous devenons aveugles à l'endroit de notre propre culture. En faire une question individuelle, c'est ignorer que l'image de soi, pour les femmes comme, d'ailleurs, pour les hommes, passe toujours par le regard des autres, par les codes transmis par notre société. Le rapport que nous entretenons avec notre corps est éminemment culturel, construit, social : il n'a donc rien de spontané, d'individuel ou de naturel. Ainsi, la question est bien la suivante : pourquoi dans le cas d'une jeune femme qui recourt à une hyménoplasie, on aura un doute sur la légitimité de cette intervention tandis que pour une chirurgie mammaire à visée esthétique, personne n'y verra d'objection, alors qu'elles sont deux manières différentes de se réinscrire dans un contexte social. Peut-être parce que, quand il s'agit de notre propre culture, nous nous identifions tellement à elle que nous ne voyons plus à quel point le rapport que nous entretenons avec notre corps passe par le regard de la collectivité ou de nos cercles d'appartenance. Nous avons alors l'impression – illusoire – que notre décision ne dépend que de nous seuls.

Un deuxième exemple concret soulève des questions semblables. Il arrive que des femmes (belges) demandent à avorter en précisant que leur mari ne doit pas être au courant. Ou, une jeune fille de 14 ans se retrouve dans la même situation et ne souhaite pas que sa famille soit prévenue tant elle redoute les réactions violentes de ses parents. Ou variante : cette même jeune fille vient avec sa mère, et demande de régler cette question au plus vite pour que le reste de la famille ne se doute de rien. Dans tous ces cas, il s'agit de « sauver les apparences », d'éviter de heurter l'entourage, de salir une réputation, et d'être exclue. Dans la majorité des cas, la demande sera reçue, l'état de détresse sera validé et l'avortement aura lieu. Alors pourquoi le cas particulier du certificat de virginité – même s'il est inscrit dans un contexte déontologique différent – ou de l'hyménoplastie fait-il difficulté ? Certainement pas parce qu'on refuse que la communauté ou la famille puisse peser sur la décision de la patiente – puisque dans notre propre culture, contrairement à ce que l'on pense, cela ne pose pas problème. Alors pourquoi ?

Le cas des décisions médicales imposées par le mari à sa femme

On s'indigne volontiers lorsqu'un mari prend d'autorité les décisions à la place de sa femme, alors que c'est elle la bénéficiaire des soins. On a beau se dire que leur couple est construit sur un modèle patriarcal hérité de leur culture ancestrale, il est difficile de s'y résigner. D'autant, dira-t-on, que cette situation nous met en porte à faux par rapport aux droits du patient qui consacrent le consentement éclairé du bénéficiaire des soins. Mais si on a raison de s'indigner en pareilles circonstances, pourquoi les soignants et les médecins, lorsqu'ils prennent en charge une personne vieillissante (belge),

prennent très fréquemment, comme par réflexe, les décisions avec la famille (belge), alors que le ou la patient(e) est encore capable de décider par elle-même ? Il n'est pas rare d'entendre des soignants raconter que seul, le patient âgé exprime le désir de rentrer chez lui, tandis qu'en présence de sa famille, il parle d'aller en maison de repos... où il ira effectivement. Faut-il ici défendre le patient contre sa famille ? N'est-ce pas prendre le risque d'un conflit qui se retournerait contre le patient, en détruisant les équilibres des relations familiales ? N'est-ce pas, avant tout, sortir de son mandat et s'immiscer dans leur vie privée ? Dans bien des cas, c'est la famille qui sera à la manœuvre. Même si certaines décisions paraîtront rudes ou peu respectueuses du patient, personne, dans le corps médical, ne s'opposera vraiment. Nous refusons un système patriarcal ou matriarcal qui produit des inégalités, mais nous ne voyons pas d'objection majeure à un système culturel – le nôtre – qui donne le pouvoir aux jeunes générations, et qui en dépossède les anciennes.

Lorsque toutes ces situations sont abordées et débattues à travers le prisme de la multiculturalité, on peut se demander si on ne s'empêche pas de les penser adéquatement. Car le premier débat n'est pas de savoir si on doit respecter la culture de l'autre, et si oui, jusqu'où. Le débat est de savoir 1) si on accepte que, pour les raisons qui lui appartiennent, un patient peut choisir un prestataire de soin et donc refuser les autres ; 2) si on accepte que des patients puissent prendre des décisions médicales pour répondre à des attentes familiales ou sociales ; 3) et enfin, si on accepte qu'en fonction du tissu relationnel auquel les patients appartiennent, d'autres puissent décider à leur place ?

Synthèse rédigée par Prof. D. Jacquemin (CHU UCL Namur-site Godinne/Univ. de Lille), Président de la Commission, au nom du travail collectif de : Dr. P. Damoiseaux (CHU UCL Namur-site Dinant), Prof. P. Evrard (CHU UCL Namur-site Godinne), Dr. P. Gobert (Clin. Sud-Luxembourg), Prof. J.M. Maloteaux (UCL/FARL), Dr. I. Mathieu (CHU UCL Namur-Site Ste Elisabeth), Dr. L. Gillard (G H Charleroi), Mme C. Daloze (ANMC), Prof. E. Gaziaux (UCL/TECO), Mr Etienne Gourdin (CHU UCL Namur-site Godinne), Prof J.M. Longneaux (FIH / FUNDP), Dr B. Pirenne (Clinique St Pierre, Ottignies).

Annexes : Rites et grandes religions

Il est catholique

a. Les rites possibles

- Le sacrement des malades
- Le sacrement de la réconciliation
- La communion
- La communion en viatique
- Le baptême en cas d'urgence

b. Lors du décès

- Lors de la toilette, on pourra mettre en valeur certains signes religieux: croiser les doigts du défunt, placer un chapelet, une croix (effets personnels) ;
- Accompagner la famille pendant la toilette mortuaire: faire appel à l'équipe d'aumônerie (si souhait) ;
- Si la famille le souhaite, veiller à ce qu'un temps de prière puisse être vécu avant que le corps ne quitte la chambre.

Il est protestant

a. Rôle du pasteur

- Accompagner le patient dans sa quête de sens par rapport à l'événement de la maladie. La Bible et la Parole de Dieu comme « premier outil ».
- Ils connaissent moins la dimension sacramentelle que les catholiques. Le lien se fait d'abord « homme-Dieu » en lien avec la communauté.
- La Cène pourra être organisée en chambre (organisation de service).
- L'imposition des mains (don de l'Esprit) et onction d'huile signifient la présence de Dieu (moins institué, peur d'une approche « magique »).

b. Lors du décès

- On peut croiser les doigts du défunt, mais cela n'a pas d'importance.
- Si la famille le souhaite, on peut placer une croix, ou une croix hugenote (mais le plus souvent, rien n'est demandé).
- Si la famille le souhaite, veiller à ce qu'un temps de prière puisse être vécu avant que le corps ne quitte la chambre.
- Dans la chambre et à la mortuaire, éviter tout autre ornement qu'une simple croix nue.
- Une bible peut être ouverte et mise à l'honneur.
- Certaines églises protestantes pratiquent le baptême des enfants, cependant on ne préconise pas un « baptême d'urgence ». Tout nouveau-né, baptisé ou non, est l'objet de la même bienveillance divine.

Il est anglican

a. Approche générale

- L'Église anglicane est une Église à la fois catholique et réformée.
- Bien que ses origines remontent à l'époque de la Réforme, que sa foi soit enracinée dans la Bible, elle a conservé les sacrements et la hiérarchie.

- On pourra donc rencontrer des patients attachés à la Bible, d'autres pour qui les sacrements ont une grande importance.

b. Les rites possibles

- Identiques à la confession catholique : confession, onction des malades, communion.
- Possibilité d'un baptême en urgence, célébré par quiconque puis prévenir le prêtre.
- Les familles acceptent généralement que les rites puissent être célébrés par un prêtre catholique.

c. Lors du décès

- Croiser les bras du défunt sur la poitrine (les mains sur les épaules)
- On peut déposer des objets de dévotion : crucifix, Bible, chapelet.
- Se rapporter aux désirs du malade, de sa famille car il n'existe pas de pratique immuable chez les Anglicans.

Il est orthodoxe

a. Approche générale

- Lorsqu'un patient se déclare orthodoxe, il importe de lui demander s'il souhaite un contact avec un prêtre ou un membre de son Église. Si sa réponse est positive, il importe de noter la dénomination exacte de son Église et de son responsable.
- Il ne faut pas croire trop vite qu'un contact avec l'aumônerie catholique pourrait être équivalente pour le malade.

b. Des rites possibles

- Des signes extérieurs de la foi du malade peuvent se traduire par : signe de croix fait régulièrement (appel à la bénédiction et miséricorde divine), la présence d'une icône (plus qu'une image!)
- Si l'Église orthodoxe connaît le sacrement des malades, il ne s'impose pas. La foi et la prière de la communauté portent le malade dans sa souffrance et sa mort.
- Des prières, souvent des psaumes, sont récités pour la consolation du malade.
- Le baptême en urgence peut être célébré par tous en plongeant 3 fois l'enfant et avec la formule trinitaire « Au nom du Père, du Fils et du Saint-Esprit ».

c. Lors du décès

- Enlever, si possible, les prothèses : les orthodoxes considèrent qu'on ne se présente pas devant Dieu avec des adjuvants humains.
- Mettre les bras en croix sur la poitrine.
- Appeler le prêtre : il place une bandelette sur le front du défunt (prière: « Seigneur, aie pitié »). Ce rite vise au repos du défunt et symbolise la couronne céleste.
- Mettre une icône sur la poitrine du défunt.

Il est juif

a. Approche générale

- Le judaïsme est une religion non dogmatique. Elle est un « mode de vie » empreint d'une exigence morale: l'homme est partenaire et collaborateur de Dieu.
- Sa vie entière est inspirée par la Torah.
- Si le malade juif est attaché au respect scrupuleux des lois et des usages religieux, il est aussi très sensible au secours humain et spirituel.

- Importance du respect accordé à leurs coutumes religieuses: shabbat et règles alimentaires.

b. Des rites possibles

- Le malade juif et ses proches peuvent réciter des prières destinées au malade ou à un agonisant. Des soignants peuvent y assister. Il importera d'enlever de la chambre le crucifix, des images chrétiennes par respect du malade.
- Les hommes pratiquants gardent leur calotte (kippa) sur la tête. Ils pourront demander à être aidés pour fixer les courroies de tephilin (phylactères) pour la prière. Les femmes gardent parfois un petit foulard sur les cheveux.

c. Lors du décès

- Il n'y a pas de cérémonie pour le moment de la mort, mais des prières pour la maladie, l'agonie et la mort, dites par des proches.
- Les derniers mots que l'homme religieux désire dire et entendre en hébreu sont ceux de la profession de foi juive, le « shema Israël », « *Écoute Israël, l'Éternel est notre Dieu, l'Éternel et Un* » (Dt 6,4). Si aucun proche n'est présent, n'importe qui peut les lui dire.
- Avant l'ensevelissement, une « purification » est célébrée par les proches en aspergeant le corps.
- Si les rites de fin de vie sont pratiqués par la famille, on peut en cas d'urgence préparer sa venue:
 - Fermer les yeux et la bouche du défunt.
 - Dans la mesure du possible, mettre le corps à plat, à même le sol, sur des journaux.
 - Aligner les bras le long du corps (ne pas croiser les mains).
 - Exposer le corps simplement, « comme il est né », sans bijou ni prothèses, entièrement couvert d'un drap.
- N.B.: l'autopsie pour raison médicale n'est pas autorisée (uniquement à la demande de la Justice).

Il est musulman

a. Approche générale

- La foi du musulman s'exprime d'abord dans le respect de traditions religieuses, les « piliers de l'Islam »:
 - Profession de foi: « Il n'y a pas d'autre divinité que Dieu et Muhammad est son Messager »,
 - La prière comme lien essentiel homme-Dieu,
 - L'aumône légale,
 - Le jeûne du Ramadan,
 - Le pèlerinage à la Mecque.
- Toute sa vie est envisagée comme une préparation à l'au-delà.
- Ils sont tenus de faire visite aux malades qu'ils connaissent, abstraction faite de leur religion.

b. Lors du décès

- Si aucun membre de la famille ne peut être contacté, n'importe quel musulman pourra réciter la profession de foi.
- Prévenir la famille qui préviendra un imam ou une personne musulmane pour la toilette selon les rites:

- Lavage du corps entier
- Embaumement
- Ne pas croiser les doigts du défunt, ni mettre de croix
- Ensevelissement à l'aide d'étoffe, blanche de préférence.

Il est bouddhiste

a. Quel horizon de sens ?

- Le bouddhisme tibétain représente 1% de la population française (Union bouddhiste de France).
- Il repose sur une philosophie de la non-violence.
- Il ne s'agit ni d'une tradition « du livre », ni d'une religion associée à une dimension dogmatique.
- Les pratiques de cette tradition varient selon les ethnies et sont plutôt fondées sur une attitude à avoir vis-à-vis de toute personne, en toute circonstance, et plus particulièrement à l'approche de la mort.

b. Lors de la proximité de la mort

- Les rituels bouddhiques sont basés sur une éthique de la non-violence et de la « grande compassion ». Ils permettent un mouvement de désappropriation, de désidentification pour entrer dans la « réalité sacrée » : attitude d'accueil, d'écoute, de douceur...
- Il s'agit d'abord de soulager la souffrance sans précipiter le cours naturel de dissolution.
- Il est possible, en présence d'un guide ou d'un lama, de réciter des prières, mantras pour aider la personne à se libérer de toute souffrance, de connaître la « *samsâra* », cette « migration de vie en vie ».
- Il importe donc d'aider la personne à trouver la paix car le moment de sa mort est celui de la récapitulation de sa vie: régler ses dettes, ses litiges... ; surtout ne pas lui cacher le moment de sa mort.
- Après le décès, le corps ne doit pas être manipulé pendant 3 jours : laisser le temps à la conscience de quitter le corps.
- Le devenir du corps importe peu: inhumation ou crémation.
- Les rituels (invocations et récitations du mantra) peuvent durer 49 jours.

Il est laïque

a. Approche générale

- Pour la philosophie laïque, la croyance ou la non-croyance est affaire personnelle et n'intervient pas dans la vie sociale.
- Une approche humaniste : l'homme fonde son comportement sur sa conscience et sa responsabilité sociale.
- Il ne participe à aucun culte répondant à des règles déterminées.
- Son attente? Le respect de sa liberté, de ses choix et de sa dignité humaine.

b. Lors du décès

- Si le conseiller laïque n'a pas de rite à accomplir, il apporte une présence fraternelle; il/elle accompagne.
- Lors du décès, la famille laïque demande que la toilette soit faite comme une dernière manifestation de respect dû au défunt. En ce sens, certains demanderont parfois d'y participer.

- On s'abstiendra de faire usage de symboles religieux mais on sera attentif aux attentes de la famille: photos, objets, bougie, musique...