

Médecine générale et ramadan. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes

General practice during the month of ramadan. Survey among general practitioners

Edin C¹, Marais P², Moulevrier P³, Huez J-F⁴, Fanello S⁵

Résumé

Objectifs : Le ramadan est très suivi dans le monde musulman. Le jeûne étendu aux prises médicamenteuses orales et le rythme de vie bouleversé dessinent les conséquences médicales impliquant le médecin généraliste (MG). L'objectif de ce travail était d'étudier le vécu et le comportement des médecins généralistes vis-à-vis de leur pratique pendant la période du ramadan.

Méthodes : L'enquête s'est déroulée sous la forme d'entretiens semi-directifs et a concerné quatorze MG.

Résultats : Cette pratique est connue de la majorité des praticiens par les impératifs qu'elle requiert. Les MG rencontrés sont conscients d'une adaptation possible de leur pratique médicale ; des freins existent quand il s'agit de les appliquer au niveau de la prescription, ou de programmer des consultations auprès des patients chroniques. Une compétence médicale est parfois abusivement renvoyée au jeûneur, l'exposant aux difficultés de la gestion thérapeutique. Des guidelines existent et devraient limiter les discours prohibitifs et aiguillonner le médecin sur des thérapeutiques adaptées au jeûne.

Conclusion : Au-delà du ramadan, ce travail fait émerger deux problématiques face à des patients qui parlent une autre langue ; la place indispensable de l'interprète est discutée ainsi que ses implications dès lors qu'il s'agit d'un interprète proche, orientant idéalement vers un interprétariat professionnel, complexe en médecine libérale. La barrière de la langue est aussi à entendre au sens figuré devant une présentation et représentation de la maladie culturellement différente.

Prat Organ Soins. 2011;42(2):89-99

Mots-clés : Ramadan ; médecine générale ; jeûne ; maladie chronique.

Summary

Aims: Ramadan is plenty practised in the muslim world; the fasting of ramadan extended to medication taking, the disrupt rhythm of life, generate medical consequences that involve the general practitioner (GP). The objective of this work is to explore the experiences and the behaviour of the general practitioners towards their practice during the period of ramadan.

Methods: Fourteen GPs have been interviewed by the same researcher.

Results: This practice is known by the majority of the GPs on account of the imperatives which it requires and the GPs are aware of a possible adaptation of their medical practice; limits exist, when it is necessary to apply them for prescriptions, or for consultations with chronic patients. A medical skill is sometimes dismissed to the person who fasts, exposing him to the difficulties of the therapeutic management. Guidelines exist and should limit the prohibitive speeches and spur the GP on adapted therapeutic in fast.

Conclusion: Beyond ramadan, this work highlights two problems concerning patients who speak about another language; the indispensable place of the interpreter is discussed as well as its implications since it is about a close interpreter, directing ideally to a professional, which is difficult in general practice. The language barrier also is to be agreed figuratively in front of culturally different disease's presentation and representation.
Prat Organ Soins. 2011;42(2):89-99

Keywords: General practice; family practice; ramadan; fasting; chronic disease.

¹ Docteur en médecine. Département de médecine générale, UFR médecine d'Angers, France.

² Docteur en médecine, maître de stage. Département de médecine générale, UFR médecine d'Angers, France.

³ Professeur de psychologie. Institut de psychologie et sociologie appliquées, Université catholique de l'Ouest, Angers, France.

⁴ Professeur associé de médecine générale. Département de médecine générale, UFR médecine d'Angers, France.

⁵ Professeur de santé publique. Département universitaire de santé publique, CHU d'Angers, France.

INTRODUCTION

« On peut douter du sens et de l'efficacité d'un soin qui serait donné dans la méconnaissance du patient, de ses représentations, de ses croyances et de ses coutumes » [1]. Le médecin généraliste, selon son bassin d'exercice et sa population de patients, peut être amené à soigner des patients d'un culte différent du sien. Des pratiques, précisément religieuses, qui peuvent avoir un impact médical. C'est le cas du jeûne du ramadan, une pratique très suivie dans le monde musulman, et notamment par les musulmans de France [2]. Ce jeûne est annuel et s'étend sur une période de 29 à 30 jours du lever au coucher du soleil lors du neuvième mois du calendrier de l'hégire, un calendrier purement lunaire, avec des journées de jeûne s'étendant sur dix à vingt heures. Derrière le mot « jeûne », il faut entendre notamment l'interdiction de tout apport alimentaire et hydrique. Des interdictions qui s'étendent également à toutes les prises médicamenteuses orales pointant là un des versants de l'implication médicale du ramadan. Il s'agit par ailleurs d'un mois festif au cours duquel le rythme de vie des pratiquants se trouve modifié précisément sur le plan alimentaire, et sur le rythme veille/sommeil. Le sujet indemne de maladie ne semble pas à risque de présenter des complications durant ce jeûne à l'inverse du pratiquant porteur de maladie chronique, jeûnant malgré les exemptions du Coran.

L'objectif de ce travail était d'étudier le vécu et le comportement des médecins généralistes vis-à-vis de leur pratique pendant la période du ramadan.

MÉTHODES

Le choix de la méthode s'est orienté vers une étude qualitative. Une méthode qui nous paraissait la plus adaptée compte tenu du caractère religieux de cette pratique et du contexte interculturel de l'exercice médical des praticiens [3]. Une première étape a consisté à joindre téléphoniquement des médecins généralistes des quartiers cibles afin de savoir s'ils étaient concernés par cette problématique, et s'ils acceptaient l'entretien semi-directif. Les médecins volontaires ont été contactés afin de convenir d'une date et d'un lieu de rendez-vous. La réalisation des entretiens semi-dirigés s'est faite sur une base de grille d'entretien (cf. annexe), élaborée avec une psychosociologue. Tous les entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins concernés. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, après recueil du consentement du médecin ; l'anonymat était garanti. Un entretien test a été réalisé dans les conditions réelles, avec enregistrement afin de juger la formulation des questions et de les éclaircir si besoin : très peu de modifications ont finalement été apportées. Tous les entretiens ont ensuite été retranscrits intégralement et

analysés selon une méthodologie thématique, après plusieurs relectures [4]. Vingt-six médecins ont été contactés dans un premier temps, quatorze ont répondu favorablement ; sept hommes et sept femmes ont été vus en entretien entre avril et juin 2010. La durée moyenne d'exercice dans ces quartiers était de 14 ans [1-27 ans].

RÉSULTATS

Aucun médecin rencontré n'était de confession musulmane. Neuf des médecins avaient remplacé dans deux quartiers populaires d'une ville universitaire de l'ouest de la France, quelques mois minimum avant leur installation, connaissant ainsi la population de patients. La grande majorité opposait des difficultés pour répondre à la question subjective : « À combien chiffreriez-vous votre population de confession musulmane ? ». L'analogie était très souvent faite entre le pays d'origine et le culte musulman pratiqué. Les populations de patients de ces praticiens interrogés avaient des origines majoritairement marocaine, algérienne et tunisienne et une autre partie était issue de l'Afrique noire. Les quelques médecins se prononçant sur le pourcentage de patients musulmans avaient des estimations allant d'une dizaine de patients à quasiment 50 % de leur population de patients. Seuls deux médecins d'un même cabinet de groupe n'avaient pas la même évaluation ; autour de 50 % pour un et « au moins 15 % » pour l'autre.

1. La question du culte musulman et sa pratique

Aucun médecin ne posait d'emblée la question du culte musulman à ses patients. La pratique de l'islam était souvent suspectée devant des rituels, la tenue, l'origine géographique. La réserve était émise par la majorité des médecins sur une pratique de l'islam « non exclusivement réservée » aux patients du Maghreb. La question du culte religieux pouvait être posée en cas d'impact médical. Un tiers des médecins en parlait.

La moitié connaissait le mois du ramadan cette année, au moment de l'entretien. L'autre moitié prenait conscience de cette période au moment du ramadan par leurs patients qui les consultaient et qui pouvaient en parler.

Comme pour la question du culte musulman, la pratique du ramadan n'était pas posée aux patients. Une minorité de médecins l'abordait en cas d'intérêt médical pour leur patient. La pratique était amenée par le patient qui en discutait en consultation assez librement d'après certains discours. La majorité des médecins attendait d'ailleurs que le patient en parle.

Aucune question n'était orientée sur les règles du ramadan et c'était les praticiens qui l'abordaient spontanément.

Quelques praticiens avançaient des erreurs sur la durée du jeûne : trois semaines pour un et 40 jours pour un autre. Plus des deux tiers des médecins avaient connaissance de certaines exonérations pendant le ramadan. Les médecins mentionnaient essentiellement l'exonération pour le malade chronique, et en cas de pathologie aiguë avec rattrapage des jours non jeûnés. La majorité des femmes médecins évoquait l'interdiction de l'examen gynécologique pendant le ramadan.

Les deux tiers des médecins abordaient spontanément la courte durée du ramadan avec une note rassurante. Cette brièveté était d'ailleurs souvent évoquée avec la gestion du patient chronique lors du jeûne.

2. Les difficultés pendant le ramadan

Les trois quarts des médecins n'en voyaient aucune. Pour d'autres médecins, il n'y avait pas de difficulté rencontrée mais des réserves étaient émises quant à des questions non posées sur cette pratique. Quelques médecins évoquaient des difficultés et des particularités surmontées par leur expérience et avançaient des solutions. Ces médecins avaient une longue expérience dans le quartier, un discours qui débordait largement de références culturelles et une connaissance importante des prescriptions religieuses. Quelques médecins rencontraient des difficultés. Ces dernières étaient d'ordre relationnel avec la mise en avant de cette pratique vécue comme exaspérante ou bien des difficultés à aborder le ramadan en consultation. Les autres difficultés rencontrées étaient dans l'examen clinique et les prescriptions de biologie non réalisables en période de ramadan.

Parmi les manifestations cliniques repérées pendant cette période, le symptôme majoritaire était l'asthénie. Les autres plaintes remarquées par une minorité étaient les symptômes digestifs, les myalgies et les vertiges. Certains praticiens faisaient référence à la modification de poids : perte pour les plus jeunes et prise de poids pour les sédentaires, éventuellement un déséquilibre du diabète avec augmentation des taux de glycémie. Certains médecins ne faisaient pas de lien entre le ramadan et des plaintes plus fréquentes. Les trois quarts des médecins s'accordaient sur le point suivant : il n'y avait pas davantage de décompensation de maladie chronique avec un recours hospitalier durant cette période.

Tous les médecins faisaient le lien entre une thérapeutique à adapter et la pratique du ramadan. Tous parlaient d'un schéma idéal en deux prises dans ce contexte rituel afin de respecter le jeûne, avec une prise le matin avant le lever du soleil et une prise le soir au coucher du soleil. En traitement chronique, la prise du midi était supprimée par les deux tiers des médecins. Aucune difficulté n'était avancée sur ce point avec un panel

thérapeutique à disposition permettant d'y répondre. Certains médecins citaient l'utilisation des molécules à libération prolongée. Quelques médecins abordaient le thème de l'observance thérapeutique derrière cette prescription médicamenteuse qu'ils adaptaient au jeûne. Tous les médecins avaient connaissance de cette possibilité d'adaptation thérapeutique mais ne l'appliquaient pas systématiquement. Tous laissaient volontiers le patient gérer cette adaptation avec l'aide éventuelle de ses connaissances religieuses.

Un médecin sur cinq donnait des conseils. Certains préconisaient une meilleure répartition alimentaire et une diminution des aliments sucrés (surtout pour le patient diabétique). Ils conseillaient également une hydratation suffisante. L'excès alimentaire était évoqué par un tiers des médecins. Une association forte était faite par la moitié des médecins entre des problèmes diététiques et les patients de culte musulman, maghrébins, sans rapport spécifique avec le ramadan.

3. Ramadan et gestion de la pathologie aiguë

Pour tous les médecins qui abordaient cette question, cela n'occasionnait pas de difficulté. Les traitements étaient facilement gérables et l'exonération en cas de maladie aiguë connue, le patient amenant les médicaments en consultation.

4. Ramadan et maladie chronique

Une association était rapidement faite entre le ramadan et le diabète. Spontanément, la quasi-totalité des médecins l'abordait. Un seul médecin évoquait le cas du patient hypertendu avec une quadrithérapie. Quelques médecins avaient connaissance de la pratique du jeûne pour certains de leurs patients diabétiques. Ils anticipaient le mois du ramadan lors des consultations précédentes, afin de discuter du traitement, du suivi glycémique, de l'observance thérapeutique. Certains médecins pensaient que le patient pouvait gérer seul, d'autres avançaient l'exonération faite par le Coran pour les malades chroniques.

5. Ramadan et certificats (arrêts de travail ou dispenses de sport)

Quelques médecins ne faisaient pas le lien. Pour les autres médecins, la demande existait mais essentiellement au niveau des certificats de sport pour les adolescents pratiquant le ramadan. Les médecins constataient très peu de demandes pour le travail. La réponse à ces demandes était elle-même très variée, suscitant pour la moitié d'entre eux un refus dans la délivrance de ce type de certificat. Pour l'autre moitié, y répondre ne leur posait pas de difficulté dans la limite d'une prescription courte.

6. Emploi du temps, organisation au cabinet médical pendant le ramadan et formations reçues

Au niveau de l'organisation du cabinet et des horaires des consultations, les modifications relevées par la moitié des médecins étaient une prise de rendez-vous différente en fonction des préparatifs des repas, et surtout une moindre fréquentation du cabinet médical.

Peu de supports formatifs étaient mentionnés par les médecins sur ce thème. Aucun médecin n'était allé à une formation sur ce thème ou n'avait reçu une formation durant son cursus universitaire. Parmi ceux ayant appris « sur le tas, face au malade », une formation dans leur début d'installation aurait été utile. Les thèmes abordés seraient davantage d'ordre culturel et culturel, avec une demande de supports et de références pour pouvoir en parler avec le patient. Quelques-uns souhaitaient notamment connaître les prescriptions et les gestes possibles pendant le ramadan.

7. Le recours à l'imam, la barrière de la langue

Un petit nombre de médecins évoquait la référence à l'imam comme recours possible pendant le ramadan. Ce modèle de travail était abordé comme une aide à l'adhésion thérapeutique en cas d'obstacle religieux rencontré.

Lors de ces entretiens, la question du ramadan faisait aborder deux autres thèmes :

- la moitié des médecins abordait la barrière de la langue dans cette population de patients. La consultation médicale apparaissait complexe devant la présence d'interprètes que sont souvent les enfants ou un membre de la famille, faisant émerger des doutes quant à la traduction réelle des propos ;
- les particularités dans la présentation de la maladie étaient soulevées par un tiers des médecins avec une expression différente de la maladie par les populations maghrébines et africaines : cela les avait déstabilisés lors de leur début d'exercice médical.

DISCUSSION

Il s'agit d'un travail qualitatif innovant sur la perception des médecins généralistes de la période du ramadan, dans l'ensemble des champs d'action de cette discipline et non limitée simplement à la prise en charge d'une pathologie ciblée. Néanmoins, quelques biais peuvent être repérés. La période de réalisation de l'enquête se situait à deux tiers du mois du ramadan 2010 et à neuf mois du dernier ramadan. Le délai par rapport au dernier ramadan a dû avoir une influence sur la citation d'exemples précis. Nous pouvons nuancer ce biais par l'expérience de plus de dix ans de la majorité des

praticiens qui ont donc été confrontés plusieurs fois à cette période. Il existe un biais de subjectivité dans l'évaluation de la population musulmane. Cette subjectivité explique probablement la différence des chiffres de patients de culte musulman au sein même d'un cabinet.

1. La question du culte musulman et sa pratique

Très peu de médecins abordent directement cette question religieuse. Certains médecins évoquent leur difficulté à parler de la religion devant la crainte d'une connotation raciale. La consultation médicale s'inscrit effectivement dans un contexte social actuel difficile pour les pratiquants de l'islam, qui en France sont issus majoritairement de l'immigration. Une immigration marquée par une intensification du mouvement xénophobe à la fin du XX^e siècle devant une immigration qui se sédentarise [5].

La question du culte musulman est rarement posée mais déduite devant des signes ostentatoires, certaines pratiques, et devant l'origine géographique des patients. Le pays d'origine est souvent assimilé à la pratique du culte musulman. Cette analogie reste acceptable selon les résultats d'une récente enquête de sociologie qui aboutit aux conclusions suivantes : les immigrés et leurs descendants ont perpétué le culte de l'islam en France [6]. Tous les patients issus de l'immigration ne sont peut-être pas musulmans, mais une majorité continue de pratiquer. Il ne faut pourtant pas négliger l'ensemble des musulmans convertis qui ne sont pas issus de l'immigration. Cette limite rejoint la difficulté manifestée par la majorité des praticiens sur la quantification de leur population de patients de culte musulman. Ce n'est certainement pas la question du culte en soi qui semble importante mais plutôt les pratiques qui y sont attachées pouvant interférer dans le soin. Dans un travail réalisé à la demande du conseil national de l'ordre des médecins sur « pratique médicale et identité culturelle », le docteur Leriche introduit l'idée d'une nécessaire connaissance anthropologique et ethnographique face à des patients d'un autre culte que le nôtre [7]. La religion doit rester à la porte du cabinet médical selon le code de déontologie mais pour autant les pratiques culturelles nécessitent d'être connues par le praticien. Le médecin doit s'enquérir d'un minimum de connaissances afin de répondre aux attentes et aux situations de soin de son patient de culte différent, tout en respectant sa culture et ses convictions religieuses. Il n'a donc pas à poser la question de la religion même, mais plutôt essayer de connaître les pratiques, les croyances du patient qui auraient un impact dans la relation de soin et permettraient de mieux l'accompagner. Dans notre étude, la majorité des médecins interrogés sont d'ailleurs demandeurs de connaissances culturelles sur leurs patients musulmans, et sur le

ramadan. La minorité qui ne le demande pas a une expérience longue dans ces quartiers avec un bagage culturel acquis au contact des populations. Ces connaissances, qualifiées davantage de « sciences humaines » ou de « culture générale », sont jugées nécessaires par l'ouverture dénotée auprès de leur patient. Celles-ci sont intégrées comme un outil facilitant pour la communication avec les patients, permettant ainsi d'obtenir leur confiance et une adhésion au soin. Les études médicales sensibilisent peu à cette discipline. Un travail de recherche réalisé par Kleinmann a montré l'insuffisance de formation des médecins à l'ethnographie selon lui nécessaire pour le diagnostic, les soins et le traitement du patient de culture différente. Il rappelle l'importance de ces connaissances qui doivent être centrées sur le patient en tant qu'individu, et non simplement un représentant d'un groupe ethnique [8]. Autant de connaissances qui permettront d'aborder la maladie avec un autre regard quand il s'agit de s'adresser au patient musulman, souvent associé à une histoire migratoire [9, 10]. Un autre travail qualitatif a étudié l'impact de la religion et de la culture différente auprès de patientes suédoises, yougoslaves et arabes atteintes de diabète. Les patientes arabes évoquent très largement le stress induit par l'histoire migratoire comme étiologie à leur diabète, et font très souvent référence à la religion dans le quotidien de leur maladie [11]. Cette approche donc différente de la maladie, est bien loin de la seule approche biomédicale. Le constat fait par quelques-uns des médecins d'une expressivité différente de la maladie chez les patients maghrébins, entre autres, est à rapprocher de cette nécessaire connaissance ethnographique. C'est ainsi par exemple que l'acte de prévention n'est pas culturellement admis et donc la consultation de renouvellement sans plainte n'a pas lieu d'exister [12]. De même, la céphalée rebelle témoin d'une dépression, les maux de ventre récurrents liés au déracinement, une douleur chronique rebelle au traitement mais finalement acceptée parce que la douleur est un passage obligé vers Dieu [13].

La période du ramadan est connue de la majorité des praticiens. Les patients semblent en parler assez librement. Une médiatisation forte de cette période en France sensibilise le praticien mais, contrairement aux pays de culte musulman majoritaire, le rythme de vie français n'est pas influencé par le ramadan. Un discours libre des patients peut permettre de les sensibiliser au risque d'exaspérer certains praticiens par cette pratique trop ouvertement affichée. Cette remarque est à rapprocher d'une plus grande affirmation de la croyance en l'islam, pour des pratiquants qui ne sont plus minoritaires depuis la fin du XX^e - début du XXI^e siècle [5]. Un certain nombre d'études ont néanmoins démontré que le patient musulman ne parle pas toujours de sa religion et du ramadan à son praticien, de peur de se voir interdire le jeûne [14]. Certains travaux montrent

que le patient musulman peut préférer parler de la religion avec un médecin du même culte que le sien [9]. Or, les implications médicales de ce jeûne doivent laisser la question entière pour le praticien envers son patient potentiellement pratiquant. Une question non posée qui rejoint la difficulté à aborder la religion dans le contexte socioculturel actuel, et parallèlement une attitude de retrait de certains de ces praticiens. Ces réflexions traduisent le fossé culturel entre le patient et le médecin. Une pratique religieuse parfois difficile à aborder en consultation avec des repères perturbants pour le praticien. Ces attitudes peuvent avoir des incidences sur la prise en charge du patient pratiquant le jeûne.

2. Implications médicales thérapeutiques de ce jeûne et conseils

C'est le cas des prescriptions thérapeutiques pendant cette période, pour lesquelles les médecins sont unanimes avec l'ajustement de leurs prescriptions en deux prises en adéquation avec les recommandations faites sur le bon usage des médicaments pendant le ramadan, respectant l'interdiction de toute prise orale pendant la période du jeûne [15, 16]. Et pourtant, une prescription a priori jugée sans difficulté qui peut ne pas être adaptée au jeûne pour une minorité des médecins qui avouent laisser le patient gérer son traitement pendant « leur jeûne » avec l'aide de « mœurs » internes à la religion. Le pratiquant reste cependant un patient qui, sauf exception, n'a pas les compétences suffisantes pour adapter son traitement. La prescription médicamenteuse reste du domaine du médecin, et implique que ce dernier mette tout en œuvre pour qu'elle soit suivie (code de déontologie médicale, article 34). Quant aux « mœurs » internes à la religion, le pratiquant ne reçoit pas de directives sur la gestion de son traitement pendant le ramadan. Les conseils sont donnés à la mosquée ou par le biais des médias, et sont davantage d'ordre hygiéno-diététique. Les autres messages concernent les clauses d'exonération pour le sujet malade, et bien évidemment des messages d'ordre purement religieux. Des implications loin d'être sans conséquences quand on envisage les questions d'observance thérapeutique avec parfois des modifications farfelues faites à l'instar du patient.

Quelques médecins insistent sur une bonne hydratation et une bonne répartition alimentaire. Ce conseil paraît indispensable en particulier chez les sujets âgés avec ou sans antécédent médical. Finalement, très peu de médecins en donnent, ou s'autorisent à en donner, devant une attitude de retrait faute de connaissance, ou devant l'implication religieuse de cette pratique. Certains médecins ont une vision péjorative de l'alimentation pendant cette période avec des difficultés évoquées dans cette population de patients. Ce qui peut peut-être

aussi expliquer le peu de conseils diététiques donnés dans une période qui est jugée « sans exception au niveau des aliments ». Aucune étude nutritionnelle n'a été réalisée en France en période de ramadan. Les études disponibles dans les pays de culte musulman majoritaire notent des divergences dans les apports caloriques journaliers et la qualité nutritionnelle, en partie expliquées par les habitus différents des pays [17-19]. En France, une étude publiée en 2007 a comparé l'influence des facteurs socio-économiques et du mode de vie sur le surpoids et les maladies métaboliques induites par la nutrition dans une population d'hommes tunisiens immigrés, de Tunisiens non migrants et de Français [20]. Les résultats sont en faveur d'un effet protecteur de la migration, expliqué par un mode de vie culturel tunisien conservé (prohibition de l'alcool et un mode alimentaire plus sain). Certains facteurs sont imputables au mode de vie français avec une activité physique plus intense et peut-être un système de soins plus efficace. Ces résultats sont d'ailleurs controversés par une étude récente réalisée en Suède étudiant la prévalence du diabète dans trois groupes de patients : des Suédois marocains, turcs et indigènes. Il existe une prévalence plus importante du diabète dans ces deux dernières populations ; l'obésité et la sédentarité y sont identifiées comme facteurs de risque. D'autres facteurs d'ordre génétique pourraient contribuer à ces résultats [21]. Une revue de littérature faite en 2002 sur la prévalence de l'obésité, des maladies cardio-vasculaires et du diabète dans les pays du Sud méditerranéen concorde avec l'impression générale des médecins, avec une augmentation de celles-ci [22]. Les études restent insuffisantes sur le sujet mais les constats faits par les médecins interrogent effectivement sur l'origine culturelle différente comme facteur de risque au niveau alimentaire. La question du niveau socio-économique plus bas pour les populations d'origine ethnique différente serait une étiologie à prendre en compte devant une alimentation repérée de moins bonne qualité [23]. Ce dernier élément a d'ailleurs été noté dans une étude française sur les habitudes alimentaires de 102 jeunes femmes en milieu défavorisé [24]. Il faut certainement l'aborder dans son contexte culturel identitaire, et adapter l'éducation diététique aux références culinaires traditionnelles, tout en tenant compte d'une possible acculturation [9, 25].

3. La gestion du patient en aigu

Une situation qui ne semble pas poser souci pour la majorité des médecins qui l'abordent avec une répartition médicamenteuse facilement adaptable au jeûne. D'ailleurs, pour une majorité de praticiens, la prescription d'exonération du jeûne en cas de maladie avec rattrapage des jours est connue et utilisée en consultation. Une situation que les patients semblent accepter, avançant eux-mêmes cette exonération.

4. La gestion du patient porteur de maladie chronique

La majorité des médecins interrogés associent le jeûne du ramadan et la gestion du patient diabétique, et notent une prévalence plus importante du diabète dans leur population de culte musulman, qui est majoritairement maghrébine. Ce constat est conforté par une étude réalisée au Pays-Bas sur des populations diabétiques migrantes turques et marocaines, comparées aux autochtones [21]. En France, il n'y a pas d'étude démontrant une prévalence plus élevée du diabète dans la population migrante maghrébine. L'étude ENTRED, réalisée sur une population de diabétiques de 2001 à 2003, retrouve simplement un niveau socio-économique plus bas dans les populations diabétiques [26]. Les travaux de recherche sur le sujet « diabète et ramadan » abondent et renforcent cette association forte faite avec le ramadan par les médecins rencontrés [27-29]. Très peu de supports existent en Europe sur ce sujet. On peut néanmoins citer quelques travaux anglais novateurs sur la prise en charge du patient diabétique musulman pendant le ramadan avec la mise en place récente de groupes d'éducation ciblée sur le patient diabétique de type 2 musulman [30]. Un tiers des praticiens anticipe cette gestion du patient diabétique. Ces derniers envisagent avec leurs patients des modifications thérapeutiques faites de manière empirique, « apprises sur le tas », faute de formation. Des *guidelines* d'aide à la prise en charge du patient diabétique existent pourtant. Ils sont un support pour accompagner le patient diabétique dans le jeûne du ramadan, limitant ainsi les risques inhérents au jeûne. Aucune prise n'est supprimée contrairement à la tendance des praticiens rencontrés. Par ailleurs, le praticien peut trouver dans l'ensemble de ces supports des critères pouvant l'aider à conseiller le patient dans la décision de jeûner ou pas, avec des catégories de patients à très haut risque jusqu'aux catégories de patients à faible risque [31, 32]. Des supports utiles qui peuvent éviter des oppositions systématiques au jeûne pour le pratiquant diabétique, laissant ouverte la discussion avec le patient et évitant une interdiction souvent contre-productive en terme d'éducation thérapeutique [9]. Des conseils d'ordre diététique et sur l'exercice physique sont également rappelés [31, 33]. Cette prise en charge nécessite d'anticiper le ramadan avec le patient, mais certainement aussi avec l'entourage qui doit être informé des risques du jeûne, même encadré médicalement. Des consultations préventives qui viseront à recueillir l'historique des jeûnes précédents, les complications ou pas et dans le cadre du suivi du patient diabétique [34].

Des cellules d'encadrement thérapeutique à l'image du modèle marseillais et anglo-saxon verront peut-être le jour, de manière à répondre à l'attente de ces patients [30].

Pour un petit nombre de médecins, on repère une ambiguïté dans la gestion du patient diabétique. L'exonération du jeûne pour le malade chronique est avancée comme un acquis pouvant être aidant dans la pratique et paradoxalement, des exemples de modifications des anti-diabétiques oraux sont cités à un autre moment de l'entretien. L'étude EPIDIAR menée sur 12 000 patients environ dans 13 pays musulmans a montré que plus de 70 % des patients diabétiques de type 2 et plus de 30 % des diabétiques de type 1 jeûnaient au moins 15 jours [28], situation complexe à gérer pour un malade chronique à risque de complications pendant le ramadan, en prise à un jeûne culturel identitaire, avec une maladie qu'il n'intègre pas toujours comme étant à risque [5].

Les médecins abordent peu la gestion de patients musulmans avec des traitements chroniques, les relances faites à ce sujet n'ont pas permis d'aborder d'autres thèmes que le diabète. La prévalence des autres pathologies est moins importante que le diabète et justifierait d'un moindre impact. Pour autant, des cas de déstabilisation de maladie chronique ont pu être rapportés durant cette période de jeûne, comme celui de deux patients atteints d'affection respiratoire chronique, décompensée suite à l'arrêt de leurs traitements de fond, ou bien la crise convulsive d'un patient épileptique après avoir stoppé son traitement [16, 35].

La période brève du ramadan accueillie comme rassurante par la majorité des médecins est critiquable quand on l'envisage sous l'angle du patient porteur de maladie chronique qui peut stopper son traitement avec toutes les conséquences médicales immédiates citées ci-dessus. En revanche, les praticiens n'observent pas plus d'hospitalisation pour des décompensations de pathologies chroniques durant cette période, ce qui concorde avec leur pratique.

5. Le ramadan et les demandes de certificat

Cette question était posée devant un mode de vie français non modifié par le ramadan, contrairement aux pays de culte musulman majoritaire, notamment pour les horaires de travail [36]. Le ramadan constitue effectivement un motif de dispense de sport et d'arrêt de travail *a minima* pour les praticiens interrogés. La signature d'un tel certificat suscite des réactions très variées entre le refus systématique et virulent devant une étiologie religieuse, et la compassion de certains autres médecins qui se rattachent à des éléments médicaux physiques pour le justifier. C'est effectivement un acte de prescription déontologiquement encadré, avec une liberté de jugement dans la délivrance d'un tel document, et pour autant, dans le cas du certificat, une étiologie médicale nécessaire faute de quoi l'acte peut être contestable d'un point de vue juridique (articles R.4127-8 et R.4127-28 du code de la santé publique).

Les réactions de la part des médecins rejoignent l'ambivalence du code de la santé publique. La question de la rédaction de l'arrêt de travail reste difficile en médecine générale et il n'y a certainement pas de réponse codifiée mais bien une adaptation au cas par cas, face à des demandes qui restent peu fréquentes pour le ramadan [13]. Pour le certificat de dispense de sport, l'implication déontologique reste la même avec les mêmes limites avancées.

6. Un travail original avec l'imam, un outil pour le praticien ?

Certains médecins citent la référence à l'imam comme une aide devant des situations médicales où religion et soins sont intriqués. L'imam est un guide spirituel dans le culte musulman. Il dirige les prières dans la mosquée et peut être amené à rechercher les réponses les plus appropriées aux questions liées aux aspects juridiques ou rituels de la vie des musulmans au sein de la société française [37]. Dans le cas de nos médecins occidentaux, il devient un référent religieux lors de difficultés d'adhésion d'un patient à un projet thérapeutique, sur des critères religieux.

Le champ d'action du médecin généraliste dépasse largement le seul terrain médical dès lors qu'il se confronte à son patient de culte musulman. Sa culture occidentale peut dans certains cas faire obstacle. Le patient musulman peut parfois douter de la prescription médicale faite par un praticien non musulman. C'est ce qui peut ressortir d'un travail qualitatif réalisé auprès de femmes, sur la pratique du ramadan durant leur grossesse ; une partie des femmes interrogées n'en discutent pas ou ne suivent pas les conseils de leurs soignants devant un manque de connaissances supposé sur le sujet [14].

Cette stratégie de travail est déjà expérimentée dans plusieurs structures hospitalières en France sous la forme de séances d'éducation diabétique, dont certaines préparent au ramadan [2, 4, 5]. Un programme d'éducation des patients diabétiques musulmans a également été innové en Angleterre auprès de patients bangladais, la communauté musulmane majoritaire en Angleterre, afin de les préparer au ramadan. Ce travail sensibilise et recrute les patients par le biais des mosquées et des maisons de santé avec un programme qui insiste sur une prise en charge culturelle du diabète. L'imam a pu être sollicité pour des conseils religieux et l'article cite notamment le cas particulier de la femme enceinte diabétique [39, 40]. Il existe en effet une interprétation différente du Coran et des *hadiths* par le musulman. Une interprétation des textes bien réelle que le praticien doit prendre en compte, chez des patients qui n'ont pas toujours accès à une lecture critique et une réflexion individuelle sur les textes [38, 41-43]. Dans ces cas précis, le recours à l'imam peut être un

réfèrent utile. Un autre interlocuteur, le mufti, peut être sollicité dans la prise de décisions médicales à caractère éthique impliquant la religion du patient. Le mufti est un religieux pourvu d'une autorité juridique, il émet des *fatwa*, à savoir des avis juridiques et positions à adopter en accord avec la religion musulmane [43]. Donc, un modèle de travail à trois qui a déjà montré son efficacité en système d'éducation thérapeutique hospitalière. Le médecin généraliste doit pouvoir user de ce recours en cas de situation médicale complexe, le but n'étant pas de renvoyer la décision au représentant religieux mais bien d'ouvrir la discussion avec le patient.

7. Le problème de la langue et de l'interprète soulevés par les médecins

La difficulté de la langue est soulevée par plus de la moitié des praticiens. Cette barrière linguistique impose souvent un interprète qui en médecine générale est un proche, un ami, un membre de la famille et, très souvent dans ce cas-là, un enfant ; cette situation a des limites que pointent les médecins généralistes vus en entretien comme le doute dans l'exactitude de l'interprétation, une complexité de la relation médecin-malade et l'impact dans la relation parent-enfant. Les ambivalences et les impacts de ce type d'interprétariat sont mis en évidence dans quelques travaux [44, 45]. Les situations médicales peuvent parfois être déstabilisantes pour l'interprète et le patient quand la plainte touche à la sphère intime. Les discussions s'orientent donc davantage vers un interprétariat professionnel, devant la confidentialité de la consultation, devant l'objectivité imposée, garant d'une traduction fidèle du contenu de l'interrogatoire, des propos du patient et des conseils donnés [7, 46, 47]. Nous pouvons ajouter aux nombreux avantages cités le bagage culturel véhiculé par l'interprète professionnel, une aide certaine pour le médecin [48].

Quelques pays d'Europe expérimentent déjà cette voie dans des maisons de santé. En France, l'interprétariat existe au stade embryonnaire même si la reconnaissance d'un tel besoin a été encadrée d'un colloque récent à l'instar du Ministère de la santé en mars 2010. Ce dernier avait pour objectif de confronter les différents acteurs médico-sociaux et les interprètes professionnels autour de l'accès aux soins de la personne d'origine étrangère maîtrisant mal le français. Il s'inscrit dans la lignée de la préoccupation européenne sur la santé des migrants, souvent plus précaire, dont un des déterminants est la barrière de la langue par un frein dans l'accès au système de soins, par l'errance diagnostique [49]. En système libéral, ce type d'interprétariat professionnel n'existe qu'au stade lacunaire. Il est expérimenté en Alsace via l'association *Migration santé Alsace* qui met à la disposition des médecins libéraux des interprètes compétents. En attendant l'intervention d'interprètes

professionnels en médecine générale, le médecin doit tenir compte des limites d'une interprétation faite par un proche. Il faut néanmoins garder à l'esprit les avantages de l'interprète « proche » qui connaît le patient et son environnement, tout en partageant la même culture ; il est ainsi une aide pour le praticien. Cet interprète est souvent disponible rapidement et a souvent cet avantage d'une mise en confiance du patient.

RÉFÉRENCES

1. Carmen Camilleri MC-E. *Chocs de culture – Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. Paris : L'Harmattan Ed ; 2003.
2. *Muslim population wordwilde* [<http://www.islamicpopulation.com>]. Consulté le 26/06/10.
3. Borgès Da Silva G. *La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication*. *Rev Med Ass Mal*. 2001;32(2):117-2.
4. Beaud S, Weber F. *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : Ed La Découverte, col. Grands Repères ; 2003.
5. Cesari J. *L'islam à l'épreuve de l'occident*. Paris : Ed La Découverte ; 2004.
6. Dargent C. *La population musulmane de France : de l'ombre à la lumière*. *Rev Fr Sociol*. 2010;51:219-46.
7. Deau X, Bouet P, Cerruti FR, Lagarde G, Leriche B, Pouillard J. *Pratique médicale et identité culturelle*. Paris : Conseil de l'ordre des médecins, commission nationale permanente ; 2005. <http://www.web.ord.medecin.fr/rapport/identiteculturelle.pdf>, consulté le 21/06/10.
8. Kleinman A, Benson P. *Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it*. *PLoS Med*. 2006;3(10):e294.
9. Dadoun F, Merzouk M, Altouares Y. *Éducation des patients diabétiques nord-africains à Marseille : quels obstacles ?* *Diabetes Education*. 2003;13(1):6-12.
10. Ypinazar VA, Margolis SA. *Delivering culturally sensitive care: the perceptions of older Arabian gulf Arabs concerning religion, health, and disease*. *Qual Health Res*. 2006;16(6):773-87.
11. Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. *Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden*. *Internat J Nursing Studies*. 2003;40(6):627-43.
12. Dufour C. *Le migrant, un patient différent ? Exercer*. 1993;3:20-3.
13. Carnevet JP. *Soigner à l'intersection de deux cultures*. *Rev Prat médecine générale*. 1995;9(300):5.
14. Robinson T, Raisler J. "Each one is a doctor for herself": *Ramadan fasting among pregnant Muslim women in the United States*. *Ethn Dis*. 2005;15(Suppl 1):S1-99-103.
15. Aslam M, Wilson JV. *Medicines, health and the fast of Ramadan*. *J R Soc Health*. 1992;112(3):135-6.

16. Aadil N, Houti IE, Moussamih S. Drug intake during Ramadan. *BMJ*. 2004;329:778-82.
17. Beltaïfa L, Bouguerra R, Ben Slama C, Jabrane H, El-Khadhi A, Ben Rayana MC, et al. Apports alimentaires, paramètres anthropométriques et biologiques chez des sujets adultes tunisiens au cours du jeûne de ramadan. *East Mediterr Health J*. 2002;8:603-11.
18. Karağaoğlu N, Yücecan S. Some behavioural changes observed among fasting subjects, their nutritional habits and energy expenditure in Ramadan. *Int J Food Sci Nutr*. 2000;51(2):125-34.
19. Gharbi M, Akrouf M, Zouari B. Contribution des prises alimentaires pendant et en dehors du ramadan. *East Mediterr Health J*. 2003;9(1-2):131-40.
20. Mejean C, Traissac P, Eymard-Duvernay S, El Ati J, Delpeuch F, Maire B. Influence of socio-economic and lifestyle factors on overweight and nutrition-related diseases among Tunisian migrants versus non-migrant Tunisians and French. *BMC Public Health*. 2007;7:265. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/265>.
21. Ujic-Voortman JK, Schram MT, Jacobs-van der Bruggen MA, Verhoeff AP, Baan CA. Diabetes prevalence and risk factors among ethnic minorities. *Euro J Public Health*. 2009;19:511-5.
22. Belahsen R, Rguibi M. Population health and Mediterranean diet in southern Mediterranean countries. *Public Health Nutr*. 2006;9(8A):1130-5.
23. Gilbert PA, Khokhar S. Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutr Reviews*. 2008;66(4):203-15.
24. Beun S LJ. Habitudes alimentaires de 102 jeunes femmes de milieux défavorisés. *Cahier Nutret Diét*. 1997;32(5):314-9.
25. Stronks K. Public health research among immigrant populations: still a long way to go. *Euro J Epidemiol*. 2003;18:841-2.
26. Romon I, Dupin J, Fosse S, Dalichampt M, Dray-Spira R, Varroud-Vial M, et al. Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001. *Bull Epidemiol Hebd*. 2006;45:347-9.
27. Benaji B, Mounib N, Roky R, Aadil N, Houti IE, Moussamih S, et al. Diabetes and Ramadan: review of the literature. *Diabetes Res Clin Pract*. 2006;73(2):117-25.
28. Salti I, Benard E, Detournay B, Bianchi-Biscay M, Le Brigand C, Voïnet C, 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;27:2306-11.
29. Burden M. Culturally sensitive care: managing diabetes during Ramadan. *Br J Community Nurs*. 2001;6:581-5.
30. Bravis V, Hui E, Salih S, Mehar S, Hassanein M, Devedra D. Ramadan Education and Awareness in Diabetes (READ) programme for Muslims with Type 2 diabetes who fast during Ramadan. *Diabetes Med*. 2010;27(3):327-31.
31. Al-Arouj M, Bouguerra R, Buse J, Hafez S, Hassanein M, Ibrahim MA, et al. Recommendations for management of diabetes during Ramadan. *Diabetes Care*. 2005;28(9):2305-11.
32. Al-Arouj M, Assaad-Khalil S, Buse J, Fahdil I, Fahmy M, Hafez S, et al. Recommendations for management of diabetes during ramadan: update 2010. *Diabetes Care*. 2010;33:1895-902.
33. Kobeissy A, Zantout MS, Azar ST. Suggested insulin regimens for patients with type 1 diabetes mellitus who wish to fast during the month of Ramadan. *Clin Therapeutics*. 2008;30:1408-15.
34. Garcia F, Auger S, Le Goaziou MF. Le médecin face au jeûne du ramadan. *Rev Prat médecine générale*. 1999;13(480):2007-10.
35. Rashed AH. The fast of Ramadan. *BMJ*. 1992;304:521-2.
36. Hakkou A. Conséquences médicales du jeûne du ramadan. *Rev Prescrire*. 1995;15(153):512-23.
37. Levy I. Soins, cultures et croyances : guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux. Paris : ESTEM Ed ; 2008. 246 p.
38. Halimi S, Levy M, Amghar H. Clinical case: beliefs, Ramadan and diabetes mellitus. *Ann Endoc*. 2004;65(1 Suppl):S68-73.
39. Chowdhury TA, Hussain Bengali HA, Hayes M. An educational class on diabetes self-management during Ramadan. *Practical Diabetes Int*. 2003;20(8):306-7.
40. Bouguerra R, Belkadhi A, Jabrane J, Hamzaoui J, Maâtki C, Ben Rayana MC, et al. Les effets métaboliques du jeûne du mois de ramadan chez des diabétiques de type 2. *East Mediterr Health J*. 2003;9:5-6.
41. Jenard H, Claeys Bouuaert T. Soins de santé et pratique du ramadan. Bruxelles : Cultures et santé, Les Cahiers du GERM ; 1988 ; 23 (206).
42. Bouzar D. Ce qu'un pédiatre doit connaître des principes de l'islam. *Médecine thérapeutique/Pédiatrie*. 2003;6(4):212-9.
43. Rispler-Chaim V. Islamic medical ethics in the 20th century. *J Med Ethics*. 1989;15(4):203-8.
44. Jung C. Médecin généraliste et interprètes. *Cahiers Méd Utopique*. 1996;45:1.
45. Jung C. Enfants interprètes. *Cahiers Méd Utopique*. 2004;26:2.
46. Wiking E, Saleh-Stattin N, Johansson SE, Sundquist J. A description of some aspects of the triangular meeting between immigrant patients, their interpreters and GPs in primary health care in Stockholm, Swed. *Fam Pract*. 2009;26(5):377-83.
47. Phelan M, Parkman S. How to work with an interpreter. *BMJ*. 1995;311(7004):555-7.
48. Kaptan A. Les ambiguïtés de l'interprète. *Gaz Med Fr*. 1996;13,3:27-9.
49. Commission Européenne. Amsterdam Declaration towards migrant friendly hospitals in an ethno-culturally diverse Europe. 2004: 9-11. http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_franzoesisch.pdf. Consulté le 23 juin 2010.

Annexe

GRILLE D'ENTRETIEN

I) PRÉAMBULE

Rappeler avant le début de l'entretien :

- Anonymat
- Recueillir l'autorisation d'enregistrement
- Enquête de pratique, pas de jugement
- Proposition de recevoir le travail ou pas en fin d'analyse

II) RECUEIL DES IDENTIFIANTS SOCIAUX

- Votre parcours professionnel (de l'année de diplôme à l'année d'installation en passant par les remplacements, choix du quartier, choix de la médecine générale)
- Votre situation personnelle (marié ou pas ? concubinage ? enfants ? profession du conjoint ?)
- Culte : de quelle religion vous sentez-vous le plus proche ?

III) MODE D'EXERCICE/ PATIENTÈLE

Quelle est votre organisation de travail :

- Horaires ?
- Temps par patient. Visites ou pas ?
- Jours de congés ?
- Activités professionnelles en dehors du cabinet ?

Cabinet de groupe ou pas ? Patientèle propre à vous ou bien au sein du cabinet de groupe variabilité importante en fonction des disponibilités des praticiens ?

Avez-vous orienté votre pratique dans un domaine bien particulier ?

Sauriez-vous me dire à combien approximativement se chiffre votre population de patients d'origine étrangère ? Et de culte musulman ?

À ce sujet d'ailleurs, comment savez-vous que vos patients sont de culte musulman ?

IV) CULTÉ MUSULMAN ET RAMADAN

Thème du ramadan et religion

Abordez-vous le thème du ramadan avec vos patients ?

Si oui avec tous vos patients ? Lesquels ? Pourquoi ?

Si oui, ce questionnement est-il bien accepté par les patients ?

Est-ce quelque chose que vous cherchez à savoir, la date du ramadan ? Comment ? Cette année, par exemple, vous savez quand il a lieu ?

Conseils autour du ramadan

Promulgez-vous des conseils pour mener à bien ce jeûne, quels sont-ils et à qui ? Exemples

Planification de consultation/ bilans

Vous arrive-t-il de planifier des consultations avant le jeûne ?

Si oui :

- Pour quels patients ?
- Dans quels buts ? Exemples en tête, anecdotes.

Adaptation de la pratique sous quelle forme :

Au niveau des thérapeutiques ?

Au niveau des bilans ?

Jeûne ou pas jeûne / travail en équipe

Y a-t-il des situations où vous conseillez à vos patients de ne pas jeûner ?

- Quelles situations ? Exemples
- Sur quelles bases ?

Travaillez-vous seul dans ce cas ou bien conjointement avec d'autres personnes ?

Si oui, vos patients suivent-ils votre avis ?

Démarches venant du patient

Avez-vous le cas de patients qui viennent vous voir pour vous parler du ramadan : quel est le motif de leur demande : conseils ? (Aval pour l'engagement dans le jeûne ?)

S'il s'agit de l'« autorisation ou non de jeûner », les questionnez-vous sur des items en particulier (jeûnes antérieurs, déroulement, modes alimentaires, activité physique, etc.) ?

Prescriptions spécifiques au ramadan

Avez-vous en tête des demandes de prescriptions avant, pendant, après le ramadan ?

Difficultés pendant le ramadan

Rencontrez-vous ou avez-vous rencontré des difficultés ? De quel ordre ? Comment les résolvez-vous ?

- Thérapeutiques
- Paracliniques
- Gestes de l'examen clinique refusés
- Décompensations de maladies chroniques imposant une rupture de jeûne / Gestion de situations cliniques aiguës
- Problèmes particuliers en fonction des catégories de vos patients : jeunes, ados, femmes, personnes âgées, personnes en fin de vie, etc.

Ramadan et arrêts de travail/certificats, etc.

Ramadan et arrêt de travail /demande de certificat d'absentéisme ? Est-ce quelque chose que vous prescrivez plus souvent ? Avez-vous davantage de demandes ? Cela vous pose-t-il un souci ?

Organisation au sein du cabinet/emploi du temps

Au niveau de l'organisation du cabinet : existe-t-il des bouleversements ou pas ?

Réponses attendues pendant le ramadan et après le ramadan

Période post-ramadan

Avez-vous noté des conséquences liées au jeûne sur la santé de vos patients ? Comment les mesurez-vous ? Quelles sont-elles ?

Items plus généraux

Vous arrive-t-il de parler de religion avec vos patients ? Du ramadan ? Avec quels patients ?

Est-ce que cela vous gêne de leur en parler ? Ou bien, est-ce que cela vous dérange que vos patients vous en parlent ?

Vous sentez-vous suffisamment à l'aise dans vos connaissances sur la religion pour votre pratique quotidienne ? Faites-vous référence à la religion dans vos consultations ?

Formations/bibliographies/etc.

Est-ce que sur les thèmes suivants : « Patient de culte différent ou de culture différente » et/ou « Patient et ramadan » vous avez lu, êtes allé à une/des FMC ? Avez-vous en tête des supports bibliographiques/ formatifs de référence ? Citer.

Cela vous intéresse-t-il ?

Est-ce qu'il s'agit de thèmes sur lesquels vous auriez envie de suivre une formation ou lire dessus ?

Maintenant/actuellement mais aussi au début de votre exercice.

Autres thèmes à aborder ou messages à faire passer ?