



HAL
open science

Contribution de l'ethnopharmacie comportementale à la pratique officinale : illustration par la prise en charge du patient diabétique originaire du Maghreb et d'Afrique noire

Baptiste Barjhoux

► **To cite this version:**

Baptiste Barjhoux. Contribution de l'ethnopharmacie comportementale à la pratique officinale : illustration par la prise en charge du patient diabétique originaire du Maghreb et d'Afrique noire. Sciences pharmaceutiques. 2007. dumas-01131872

HAL Id: dumas-01131872

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01131872>

Submitted on 16 Mar 2015

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

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

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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



Année : 2007

N°

**CONTRIBUTION DE L'ETHNOPHARMACIE COMPORTEMENTALE
A LA PRATIQUE OFFICINALE.
ILLUSTRATION PAR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABETIQUE
ORIGINAIRE DU MAGHREB ET D'AFRIQUE NOIRE.**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

Baptiste BARJHOUX

Né le 18 Août 1981, à Echirolles (38)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le 06 Juillet 2007

DEVANT LE JURY

Président de jury : Monsieur le Professeur Jean **CALOP**
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Benoît **ALLENET**
Membres du jury: Madame le Docteur Magalie **BAUDRANT-BOGA**
Monsieur Amar **GUIZANI**, Pharmacien
Monsieur Hassan **AMGHAR**, Médiateur interculturel

La faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.



Année : 2007

N°

**CONTRIBUTION DE L'ETHNOPHARMACIE COMPORTEMENTALE
A LA PRATIQUE OFFICINALE.
ILLUSTRATION PAR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABETIQUE
ORIGINAIRE DU MAGHREB ET D'AFRIQUE NOIRE.**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

Baptiste BARJHOUX

Né le 18 Août 1981, à Echirolles (38)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le 06 Juillet 2007

DEVANT LE JURY

Président de jury : Monsieur le Professeur Jean **CALOP**
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Benoît **ALLENET**
Membres du jury: Madame le Docteur Magalie **BAUDRANT-BOGA**
Monsieur Amar **GUIZANI**, Pharmacien
Monsieur Hassan **AMGHAR**, Médiateur interculturel

La faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur **Renée Grillot**
Vice-Doyenne : Mme **Edwige NICOLLE**

PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et industrielle, formulation et procédés pharmaceutiques (GRNR, INSERM E03 40)
BURMEISTER	Wilhelm	Physique (I.V.M.S)
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique (CHU)
DANEL	Vincent	SAMU-SMUR et Toxicologie (CHU)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Bio-Inorganique (D.P.M)
DEMENGE	Pierre	Physiologie / Pharmacologie
DROUET	Emmanuel	Immunologie / Microbiologie / Biotechnologie (I.V.M.S)
FAVIER	Alain	Biochimie (L.A.N)
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
GOULON	Chantal	Physique (E.S.R.F)
GRILLOT	Renée	Parasitologie- Mycologie médicale (CHU)
LECLERC	Gérard	Chimie organique
MARIOTTE	Anne-Marie	Pharmacognosie (D.P.M)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M)
RIBUOT	Christophe	Physiologie / Pharmacologie (HP2)
ROUSSEL	Anne-Marie	Biochimie (N.V.M.C)
SEIGLE-MURANDI	Françoise	Emérite
STEIMAN	Régine	Biologie Cellulaire (T.I.M.C)
WOUESSIDJEWE	Denis	Pharmacie et vectorisation (D.P.M)

PROFESSEURS ASSOCIES (PAST)

CHAMPON	Bernard	Pharmacie Clinique
RIEU	Isabelle	Qualitologie

PROFESSEUR AGREGE (PRAG)

ROUTABOUL	Christel	Chimie générale (D.M.P)
------------------	----------	-------------------------

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
 Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur **Renée Grillot**
 Vice-Doyenne : Mme **Edwige NICOLLE**

MAITRES DE CONFERENCES DE PHARMACIE

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie - Mycologie (L.A.P.M / UMR CNRS 5163)
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique (CHU / ThEMAS TIMC-IMAG)
BARTOLI	Marie-Hélène	Pharmacologie et physiologie
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (INSERM E-0221 Bioénergétique Fondamentale et Appliquée)
BOUMENDJEL	Ahcène	Pharmacognosie (D.P.M)
BRETON	Jean	Biologie moléculaire / Biochimie (L.A.N)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique Structurale (I.V.M.S)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie et vectorisation (D.P.M)
COLLE	Pierre Emmanuel	Anglais
DELETRAZ	Martine	Droit Pharmaceutique Economie santé (Lyon)
DEMEILLERS	Christine	Biochimie (N.V.M.C)
DESIRE	Jérôme	Chimie Bio-organique (D.P.M)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Virologie (I.B.S)
ESNAULT	Danielle	Chimie Analytique (D.P.M)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie et vectorisation (D.P.M)
GERMI	Raphaële	Microbiologie (I.V.M.S / CHU)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M)
GUIRAUD	Pascale	Biologie Cellulaire et Génétique (T.I.M.C)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (N.V.M.C)
KRIVOBOK	Serge	Botanique - Cryptogamie (L.E.C.A)
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
NICOLLE	Edwige	Chimie Organique (D.P.M)
PINEL	Claudine	Parasitologie - Mycologie médicale (CHU / CIB)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.A.N)
RAVEL	Anne	Chimie Analytique (D.P.M)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M)
SEVE	Michel	Biotechnologie (CHU / CRI IAB)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (I.V.M.S)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie Bio organique (D.P.M)
VILLEMAIN	Danielle	Biostatistiques (Radio pharmaceutiques Bio clinique, INSERM E03 40)
VILLET	Annick	Chimie Analytique (D.P.M)

ENSEIGNANTES ANGLAIS

FITE	Andrée
GOUBIER	Laurence

POSTES D'ATER

½ ATER	TRAVIER	Laetitia	Immunologie
½ ATER	SACCONE	Patrick	Mycologie
1 ATER	MICHALET	Serge	Pharmacognosie
1 ATER	KHALEF	Nawel	Pharmacie galénique (GRNR, INSERM E03 40)
1 ATER	BEGUIN	Pauline	Physiologie

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean CALOP,

De m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse.
Merci d'avoir promu la pharmacie clinique et fait de l'éducation thérapeutique une priorité.

A Monsieur le Professeur Benoît ALLENET,

M'ayant sensibilisé à l'humanisme de notre métier, vous m'avez fait découvrir l'immense variété des possibilités dans le domaine de l'éducation thérapeutique.
Vous m'avez entrouvert la porte de l'ethnopharmacie comportementale.

A Madame le Docteur Magalie BAUDRANT-BOGA,

De m'avoir fait l'honneur et le plaisir de participer à mon jury

A Monsieur Amar GUIANI, Pharmacien,

De m'avoir fait l'honneur et la joie d'intégrer mon jury.
Vos conseils et votre regard éclairé ont étayé mes connaissances.

A Monsieur Hassan AMGHAR, Médiateur interculturel,

Pour votre travail quotidien de transmission, et votre empathie.
Votre culture et votre expérience m'ont été précieuses.

Aux équipes pharmaceutiques de la Place Pasteur et du Rondeau,

Votre patience et votre fraîcheur m'ont permis de faire évoluer ma réflexion dans des conditions presque idéales.

A l'ensemble des professionnels de santé,

Que j'ai rencontré ces trois dernières années, qui m'avez appris les (très) différentes et nombreuses approches de la santé et du patient
(en particulier l'équipe de la cellule d'éducation thérapeutique de diabétologie du CHRU de Grenoble, Jennifer et sa centaine d'articles !).

A ma chérie, mes parents, mes grands-parents, ma sœur, mon frère, ma famille, mes belles-familles, mes amis et mes fréquentations...

Qui avez su (et dû !) supporter mes fautes d'orthographe, ma grandiloquence, mon irascibilité, et mes « craquages nerveux »...

A mes « camarades de classe » ... pardon

A tous mes confrères,

Qui vous investissez un tant soit peu dans votre thèse et votre travail.

Et enfin **aux patients**, évidemment

A votre désarroi, votre bienveillance, parfois votre agressivité désespérée qui nous apprennent tous les jours... à nos interactions.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS ET DES TERMES PARTICULIERS	9
INTRODUCTION ET NOTIONS LIMINAIRES.....	14
1 MODELISATION GENERALE : LE PATIENT ET LA PATHOLOGIE CHRONIQUE.....	18
1.1. ENVIRONNEMENT SOCIOPOLITIQUE DU PATIENT	21
1.1.1. <i>Contexte politique et historique</i>	21
1.1.2. <i>Histoire personnelle et familiale</i>	21
1.1.3. <i>Environnement socioculturel</i>	21
1.1.4. <i>Type de pathologie et de traitement (la pathologie chronique)</i>	21
1.2. SANTE PERÇUE ET SANTE OBJECTIVE	22
1.3. COMPORTEMENTS	22
1.4. CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS DU PATIENT	25
1.4.1. <i>Connaissances théoriques</i>	25
1.4.1.1. Maîtrise de la langue et des terminologies médicales	25
1.4.1.2. Connaissance de la pathologie et du traitement	25
1.4.2. <i>Représentations (croyances et attitudes)</i>	25
1.4.2.1. Représentation du corps et de la maladie.....	26
1.4.2.2. Représentation des professionnels et des structures de santé.....	26
1.4.2.3. Représentation du traitement et de l'hygiène de vie	27
1.5. CONTEXTE ORGANISATIONNEL	27
1.5.1. <i>Niveau socio-économique et prise en charge</i>	27
1.5.2. <i>Mode de vie et contraintes socioculturelles et professionnelles</i>	28
1.5.3. <i>Complexité du traitement</i>	28
1.6. SUPPORT SOCIAL	29
2. INTEGRATION DE LA DIMENSION ETHNOCULTURELLE AU PRECEDENT MODELE (L'EXEMPLE DU MAGHREB ET DE L'AFRIQUE NOIRE)	31
2.1. ENVIRONNEMENT SOCIOPOLITIQUE DU PATIENT	31
2.1.1. <i>Contexte politique et historique</i>	31
2.1.1.1. Les différentes ethnies représentées en France et leurs antécédents historiques (état actuel de l'immigration française)	31
2.1.1.2. Géopolitique et représentations ethniques françaises	36
2.1.1.3. Les « chibanis » : une population à part entière.....	38
2.1.2. <i>Conséquences de l'immigration</i>	40
2.1.2.1. Les phénomènes d'acculturation et d'acculturation, le concept de la résilience.....	40
2.1.2.2. Le racisme, en particulier dans le milieu médical.....	42
2.1.2.3. Le « communautarisme »	43
2.1.3. <i>La place de la religion</i>	43
2.1.3.1. La prédestination	43
2.1.3.2. La sacralisation de la vie et l'aspect transitoire de la pathologie	44
2.1.3.3. Le jeûne du Ramadan	44
2.1.4. <i>Le rôle de la famille en Afrique</i>	45
2.1.4.1. La famille	45
2.1.4.2. L'isolement.....	45
2.2. SANTE PERÇUE ET SANTE OBJECTIVE	46
2.2.1. <i>Santé perçue des immigrés</i>	46
2.2.2. <i>Santé objective</i>	47
2.3. COMPORTEMENTS	49
2.4. CONNAISSANCES DU PATIENT	49
2.4.1. <i>Connaissance de la langue française</i>	49
2.4.1.1. Maîtrise de la langue française	50
2.4.1.2. Transmission des langues	51
2.4.1.3. Illettrisme	51
2.4.2. <i>Représentation des structures de santé</i>	52
2.4.2.1. L'hôpital.....	52
2.4.2.2. La pharmacie d'officine	52
2.4.3. <i>Représentation du personnel de santé et du pharmacien en particulier</i>	53
2.4.3.1. Le savant et sa crédibilité	53

2.4.3.2.	Les conséquences de la connaissance des cultures	54
2.4.4.	<i>Rapport au corps, douleur et mort</i>	54
2.4.4.1.	Le rapport au corps	54
2.4.4.2.	La douleur et la somatisation	55
2.4.4.3.	Le rapport à la mort	56
2.4.5.	<i>Représentations de la maladie et de ses causes</i>	56
2.4.6.	<i>Représentations de la thérapeutique</i>	57
2.4.6.1.	Notions rudimentaires de thérapeutique africaine	57
2.4.6.2.	La perception des médicaments dans le monde	59
2.4.6.3.	Religion, magie et thérapeutique	61
2.4.6.4.	Le caractère sacré de l'écrit	62
2.4.6.5.	La pratique de l'automédication	62
2.4.6.6.	Le rapport à l'argent	63
2.4.6.7.	La notion de placebo et les médicaments génériques	63
2.4.7.	<i>Hygiène de vie</i>	64
2.4.7.1.	La diététique	64
2.4.7.2.	Conduites addictives et consommation de drogues	66
2.4.7.3.	L'activité physique et sportive	67
2.4.7.4.	Le rapport à la sexualité	67
2.5.	CONTEXTE ORGANISATIONNEL	68
2.5.1.	<i>Contexte socioéconomique</i>	68
2.5.1.1.	Qualité de l'habitat	68
2.5.1.2.	Plan professionnel	68
2.5.2.	<i>Contexte thérapeutique</i>	69
2.5.2.1.	Prise en charge médicale	69
2.5.2.2.	Exemple du Ramadan	69
2.6.	SUPPORT SOCIAL	70
3.	STRATEGIES EDUCATIVES POUVANT AGIR SUR LES FACTEURS ETHNOCULTURELS QUI DETERMINENT LE COMPORTEMENT DU PATIENT	72
3.1.	PREMIERS CONTACTS AVEC LE PATIENT	73
3.1.1.	<i>Caractères de reconnaissance et de différenciation ethnoculturels du patient</i>	73
3.1.2.	<i>Attitude générale (accueil, salut, communication verbale / non verbale...)</i>	74
3.1.3.	<i>Compétences du pharmacien</i>	76
3.1.4.	<i>Langage (le sens des mots)</i>	77
3.1.5.	<i>Outils : métaphores, supports didactiques et documents utiles</i>	77
3.1.6.	<i>Interprètes et intermédiaires</i>	78
3.2.	EXPRESSION DE LA MALADIE PAR LE PATIENT (SANTÉ PERÇUE, QUALITÉ DE VIE) ET SANTÉ OBJECTIVE	79
3.2.1.	<i>Santé perçue : expression du patient</i>	79
3.2.2.	<i>Santé objective</i>	79
3.3.	MISE EN AVANT DES COMPORTEMENTS DE SANTÉ INADAPTES	79
3.4.	CONNAISSANCES	80
3.4.1.	<i>Connaissances théoriques</i>	80
3.4.1.1.	La sexualité	80
3.4.1.2.	La diététique (l'exemple du SEPTDOM)	82
3.4.1.3.	L'activité physique et sportive	88
3.4.1.4.	Entretien et surveillance du corps : exemple du pied du patient diabétique	90
3.4.1.5.	Le rapport à la thérapeutique	91
3.4.1.6.	Vers une pratique religieuse adaptée à la pathologie	94
3.4.2.	<i>Représentations, croyances, attitudes</i>	95
3.4.2.1.	Notion de responsabilité du patient face à la pathologie	95
3.4.2.2.	Désacralisation de la thérapeutique et de la médecine	95
3.4.2.3.	De la cohérence et de la solidarité interprofessionnelle	96
3.4.2.4.	Usage de la culture du patient comme outil d'optimisation thérapeutique	97
3.5.	CONTEXTE ORGANISATIONNEL	98
3.5.1.	<i>Organisation de la thérapeutique</i>	98
3.5.1.1.	Utilisation du matériel thérapeutique et suivi	98
3.5.1.2.	Gestion des voyages et séjours à l'étranger	99
3.5.1.3.	Annonce des posologies et caractère relatif de la temporalité	99
3.5.1.4.	Adaptations posologiques	101
3.5.1.5.	Maîtrise des unités de mesure	102
3.5.1.6.	Importance de la famille dans l'organisation de la prise en charge thérapeutique	103
3.5.2.	<i>La pratique du jeûne du Ramadan : un exemple de problème organisationnel typique</i>	103

3.5.3.	<i>Organisation spatiale de la pharmacie et mise en œuvre éducative</i>	105
3.5.4.	<i>Support économique et structures d'encadrement</i>	106
3.6.	SUPPORT SOCIAL	106
3.6.1.	<i>Le pharmacien comme support motivationnel</i>	106
3.6.2.	<i>Le respect du patient</i>	107
3.6.3.	<i>L'égoïsme du patient</i>	108
3.6.4.	<i>La famille du patient</i>	108
3.6.5.	<i>Les autres acteurs de soutien</i>	108
3.7.	APPLICABILITE DE LA THEORIE ET DE LA PRATIQUE HOSPITALIERE EN OFFICINE.....	109
4.	PERSPECTIVES : VERS UNE PRATIQUE DE L'ETHNOPHARMACIE COMPORTEMENTALE	111
4.1.	UNE DISCIPLINE EN PLEINE EXPANSION : L'ETHNOPSCHIATRIE	111
4.1.1.	<i>Définition et histoire de l'ethnopsychiatrie</i>	111
4.1.2.	<i>Exemple d'une consultation à l'hôpital d'Avicenne (Bobigny)</i>	113
4.2.	L'ETHNOPHARMACIE COMPORTEMENTALE ET SES LIMITES	115
4.2.1.	<i>Ébauche de définition</i>	115
4.2.2.	<i>La caractérisation du patient et ses biais</i>	115
4.2.3.	<i>Vers une approche pluridisciplinaire de la thérapeutique</i>	117
4.3.	LA FORMATION UNIVERSITAIRE ET CONTINUE DU PHARMACIEN : QUEL AVENIR ?	117
4.4.	LES REPRESENTATIONS PROPRES AU PHARMACIEN ET LEURS CONSEQUENCES POTENTIELLES SUR LA RELATION PATIENT / PHARMACIEN	119
4.5.	LES LIMITES DU RESPECT DE LA CULTURE DU PATIENT ET L'ADAPTATION NECESSAIRE AU PAYS.....	119
	CONCLUSION	121

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Influence de l'éducation thérapeutique sur le comportement du patient.....	20
Figure 2: Organisation générale des interactions possibles entre pharmacien et patient influant sur le comportement de ce dernier	20
Figure 3: Théorie du comportement interpersonnel.....	23
Figure 4: Stades d'acceptation du patient	24
Figure 5: Le modèle des croyances de santé (<i>Health Belief Model, HBM</i>) d'après Becker, 1975.....	29
Figure 6: Les éléments d'influence du comportement du patient.....	30
Figure 7: Les immigrés par sexe et ancienneté d'arrivée.....	34
Figure 8: Pyramide des âges des immigrés et de l'ensemble de la population en 1999 et 2004-2005.....	34
Figure 9: Immigrés et étrangers	35
Figure 10: Les immigrés selon leur pays de naissance en 1999 et 2004-2005	36
Figure 11: Répartition d'un échantillon d'immigrés par sexe, âge à l'entrée et par période d'arrivée en France.....	39
Figure 12: Évolution de la structure des diplômes des immigrés et des non-immigrés.....	51

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Médicaments et Ramadan.....	124
Annexe 2 : Ramadan, pathologies, médications, actes et examens.....	125
Annexe 3 : <i>Hassan II Foundation for Scientific and Medical Research Ramadan</i>	126
Annexe 4 : Structure des repas au moment de la rupture du jeûne du Ramadan	127
Annexe 5 : Familles d'aliments et boissons typiques du Maghreb.....	128
Annexe 6 : Table de composition alimentaire du Maghreb	129
Annexe 7 : Régimes spéciaux et préparations culinaires marocaines	131
Annexe 8 : Education et diététique : rappels.....	132
Annexe 9 : Proposition d'une approche de la maladie chronique par le soignant et le patient	133
Annexe 10 : Islam et traitement du diabète.....	134
Annexe 11 : Pathologies caractéristiques et facteurs de risque africains.....	136
Annexe 12 : Facteurs associés avec le fait de faire moins d'une mesure par jour dans le diabète de type II.....	137
Annexe 13 : Bande dessinée illustrative de l'hygiène des pieds du patient diabétique.....	138
Annexe 14 : La communication entre le pharmacien et le patient.....	139
Annexe 15 : Les moyens éducatifs hospitaliers mis en œuvre et leur applicabilité en pharmacie officinale.....	140
Annexe 16 : Exemple de pictogrammes explicites	141
Annexe 17 : Exemple de plan de prise.....	142
Annexe 18 : Éditorial du guide Mediel	143

Glossaire des abréviations et des termes particuliers

Abréviations :

ADATE : Association Départementale d'Aide aux Travailleurs Etrangers

ADO : Anti-Diabétiques Oraux

AME : Aide Médicale d'Etat

CESSPF : Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMU : Couverture Médicale Universelle

DMP : Dossier Médical Personnel (et Partagé)

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

FIV : Fécondation *In Vitro*

HCI : Haut Comité de l'Intégration

IG : Index Glycémique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ODTI : Observatoire sur la Discrimination et les Territoires Interculturels

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONI : Office National de l'Immigration

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

SETPDOM (Stage d'Education Thérapeutique des Patients Diabétiques d'Origine Maghrébine) : stage bisannuel organisé par la cellule d'éducation thérapeutique du service diabétologie du CHU de grenoble.

Une équipe formée de médecins, d'infirmières, d'une diététicienne et d'une éducatrice sportive encadre un groupe volontaire de patients diabétiques d'origine maghrébine afin de trouver des solutions adéquates à leurs problèmes relatifs à la prise en charge thérapeutique.

THC : Tetra-Hydro-Cannabinol

Termes particuliers :

-Ablution (Woudhoû) : purification rituelle de certaines parties du corps précédant la prière. Les ablutions consistent principalement à laver trois fois le visage, la bouche et le nez (en inspirant et rejetant de l'eau), les mains jusqu'aux coudes, essuyer une fois la tête et les oreilles avec les doigts mouillés, et laver trois fois les pieds jusqu'aux chevilles, avec l'intention d'effectuer les ablutions. Ces ablutions sont nécessaires pour l'exécution d'une prière ou d'une circumambulation (Tawaf) autour de la Kaaba. Elles sont recommandées notamment avant de dormir, avant de commencer les grandes ablutions (Ghousl) ou avant l'invocation de Dieu.¹

-Acculturation : « processus par lequel un individu, un groupe social ou une société entre en contact avec une culture différente de la sienne et l'assimile en partie ».² Processus d'enrichissement culturel et d'intégration.

-Aculturation : perte des propres valeurs culturelles d'un individu, d'un groupe social ou d'une société lors de son entrée en contact avec une culture différente de la sienne. Principale barrière à l'intégration, responsable d'un mal-être profond de certains immigrants.

-Attitude : « disposition profonde, durable et d'intensité variable à produire un comportement donné » (psychologie sociale).²

-Charia (voie, chemin) : ce terme fait allusion au chemin droit, à la voie islamique, que suit le croyant sur le chemin de l'Islam. Il désigne par extension l'ensemble des préceptes islamiques. Dans la presse occidentale, l'on traduit quasiment systématiquement *Shari'a* par « loi islamique » ou « loi coranique » en réduisant le terme à une législation civile et en insistant à tort sur son caractère supposé « aveugle ».¹

-Comportement : ensemble des réactions observables objectivement d'un objet qui réagit en réponse aux stimulations venues de son milieu intérieur ou du milieu extérieur.

-Conscience professionnelle : soin avec lequel l'on exerce son métier.²

-Coran (récitation, communication orale, message) : nom du livre sacré de l'Islam, parole exacte et avérée d'Allah. Il rassemble sous forme de chapitres (sourates) et de versets (ayats ou "signes") les révélations faites par Dieu au Prophète Mahomet par l'intermédiaire de l'ange Gabriel (Gibrîl) durant environ une vingtaine d'années (612-632 après J.C.).

-Culture : « ensemble des usages, des coutumes, des manifestations artistiques, religieuses et intellectuelles qui définissent et distinguent un groupe, une société ».²

-Déontologie : partie d'un sous-ensemble qui régleme une profession. Elle établit ses normes et ses règles que chacun doit respecter dès lors qu'il fait corps avec cette profession. La déontologie est professionnelle et juridique. En cadrant l'action même, elle protège à la fois l'utilisateur et le professionnel.

-Éthique : réflexion personnelle, permanente d'un sujet. Non statique, elle évolue avec son temps. Elle ne s'impose pas à l'individu, c'est l'individu lui-même qui en fait le choix éclairé. Elle accompagne nos actions dans une recherche de sens. Événementielle, elle s'adapte aux exigences du moment et justifie nos changements et nos choix.

-Ethnicité : « ensemble des traits, objets et productions symboliques dans lesquels une collectivité se reconnaît et par lesquels elle se fait reconnaître. On pourrait dire tout aussi bien : toutes les caractéristiques culturelles ou symboliques partagées par l'ensemble des membres d'une collectivité et qui ont pour effet, sinon pour fonction, de la singulariser. L'ethnicité, c'est donc tout ce qui nourrit un sentiment d'identité, d'appartenance, et les expressions qui en résultent. »³

-Ethnologie : étude explicative et comparative de l'ensemble des caractères de groupes humains, particulièrement des populations « primitives », qui tente d'aboutir à la formulation de la structure et de l'évolution des sociétés.

-Fatwa : avis juridique autorisé, non contraignant puisqu'il constitue une opinion, délivré par un jaqih, un ouléma, un muftî.¹

-Hadiths (récit, propos) : ce mot désigne traditionnellement un récit rapportant une parole ou un acte du prophète Mahomet. Il existe des recueils de hadiths (Boukhari, Muslim, etc.), rassemblant des récits classés par thèmes et accompagnés des noms des personnes les ayant rapportées afin de garantir leur origine.¹

-Holisme : doctrine qui ramène la connaissance du particulier, de l'individuel à celle de l'ensemble, du tout dans lequel il s'inscrit.

-Immigré : « personne originellement citoyenne d'un premier pays et qui réside ensuite durablement dans un second pays où elle n'est pas née. »⁴

-Morale : s'adresse à l'ensemble d'une population pour la préparer dans une démarche citoyenne, afin de former une société respectueuse des droits de chacun. Les normes, les lois s'en inspirent et chacun s'en imprègne selon son implication dans un contexte partagé. C'est donc ce concept, cette forme de savoir qui influence notre jugement et la juste perception des choses et des situations.

-Muftî : savant musulman dont les connaissances religieuses lui permettent de fournir des avis juridiques (fatwas) sur des situations inédites, à partir de son interprétation personnelle (Ijtihad).¹

-Observance : peut être définie comme le degré auquel le patient conforme son comportement à l'avis médical reçu, qu'il s'agisse d'une recommandation de changement d'habitude de vie, d'une prise de rendez-vous ou de la prise de médicaments.⁵

-Population d'origine étrangère : « population composée des immigrés et des personnes nées en France d'au moins un parent ou un grand-parent immigré. »⁶

-Ramadan : neuvième mois du calendrier lunaire musulman. Mois sacré de trêve dans l'Arabie préislamique, c'est un mois de jeûne dans la tradition musulmane (et un des cinq piliers de l'Islam).

-Représentation : interprétation personnelle d'un phénomène, « états de connaissances antérieurs à un apprentissage systématique ». ⁷

-Savoir-être : ne s'agissant pas d'une discipline enseignée de manière magistrale et théorique, il se caractérise par une aptitude particulière à s'interroger sur sa manière d'être et sur les fondements de son action. Il est le résultat d'un long apprentissage, se forgeant tout au long de son expérience et se construisant en formation permanente.

-Savoir-faire : s'imposant à notre compétence, il peut la remettre en question si nous ne prenons pas soin de la maintenir à un niveau acceptable. Le savoir-faire demande des réadaptations, des remédiations selon les différents secteurs d'activité, des recyclages et une formation continue.

Epigraphe équivoque :

*« Tu es tellement ce que tu
parais que je n'entends pas ce
que tu dis ».*

Thomas Jefferson (1743-1826)

Introduction et notions liminaires

Le pharmacien exerce tour à tour un rôle d'écoute du patient, de régulateur, d'aide à la prescription et au respect de son suivi, de conseiller et d'éducateur. Sa fonction essentielle est la délivrance médicamenteuse et son objectif principal l'optimisation thérapeutique.

Quelle gratification pour un pharmacien officinal de voir repartir son patient avec le sentiment qu'il a compris son traitement, accepté sa pathologie, et qu'il a foi en la thérapeutique médicinale et en ses acteurs principaux !

Dans un rapport récent consacré à la non-observance thérapeutique dans les maladies chroniques, c'est-à-dire la discordance entre les comportements des patients et les prescriptions médicales, l'OMS déclare que « résoudre ce problème serait plus efficace que n'importe quel [autre] progrès médical ».⁸

En effet, elle est responsable de nombreux échecs thérapeutiques et d'une iatrogénie médicamenteuse regrettable ; or la non-observance au traitement du patient est estimée à près de 50% pour les maladies chroniques.⁹ Les coûts économiques secondaires à ce comportement sont considérables et de nombreux patients restent mal soignés par ignorance ou par méprise. C'est face à cette difficulté que s'est développée, lors de la seconde moitié du vingtième siècle, la partie essentielle du travail du pharmacien clinicien hospitalier d'aujourd'hui, mais aussi une part importante de celui du pharmacien officinal. Il s'agit de ce que l'on dénommera par le terme générique de « **pharmacie clinique** », pratique pharmaceutique centrée sur le patient. Le pharmacien clinicien s'engage à assumer envers les patients la responsabilité de la réalisation clinique des objectifs préventifs, curatifs ou palliatifs de la pharmacothérapie. Il doit donc instaurer une relation très proche avec le patient, ainsi qu'avec les médecins et autres professionnels de santé. Il s'agit d'un échange coopératif et synergique entre les différents acteurs de santé, le patient et son entourage.

Cette mission peut se résumer à un seul moyen (qui est aussi un but) : l'**éducation thérapeutique**. Elle consiste à aider le patient à acquérir ou à maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique ; ainsi qu'à lui donner les éléments nécessaires pour lui permettre de faire face à un épisode aigu et d'éviter de tomber à nouveau malade. Cette notion conduit à celle d'**optimisation thérapeutique** au sens large du terme.

L'optimisation thérapeutique est multifactorielle ; sa pratique nécessite une très bonne connaissance théorique et professionnelle de la pharmacodynamie et de la physiopathologie, mais aussi de la psychologie et de la sociologie.

A la fin de ses études, le jeune pharmacien aura reçu une formation pertinente pour les deux premières notions mais manquera de clés dans le domaine des sciences sociales. C'est donc à lui de se donner les moyens de progresser au cours de sa pratique professionnelle et de faire évoluer son savoir au gré de ses expériences, de ses lectures et de sa formation continue.

Nous avons choisi de nous intéresser à un thème précis parmi toutes les notions qu'il faudrait maîtriser pour s'approcher d'une pratique professionnelle idéale : il s'agit de **l'ethnopharmacie comportementale**. Cette discipline se caractérise par l'analyse des comportements des patients vis-à-vis de la pathologie et de la thérapeutique, en fonction de leur origine culturelle et ethnique ainsi que de leurs représentations sociales.

L'ethnopharmacie comportementale a pour but de décrire les différences et les particularités propres à chaque culture de manière à trouver le mode de communication et les apports éducatifs les plus adaptés à chaque patient.

Pratiquer cette discipline nécessite donc une généralisation de certains traits de caractères et comportements, et la définition d'axiomes de base propres à chaque culture. Le pharmacien ne doit cependant pas perdre de vue que le caractère de l'individu prime le comportement générique du groupe. Ainsi, chaque relation avec un patient doit être traitée individuellement en intégrant la dimension culturelle à ses particularités personnelles.

L'essor de l'ethnologie dans les disciplines médicales se remarque surtout dans la pratique psychiatrique, mais bon nombre d'autres spécialistes (pédiatres et gynécologues en particulier) reconnaissent l'apport bénéfique de cette discipline dans la relation avec le patient et dans la compréhension de ses comportements.

En miroir de cette évolution médicale, nous allons nous interroger sur la place de l'ethnopharmacie comportementale parmi les disciplines pharmaceutiques et l'intérêt de son application à la pratique professionnelle des pharmaciens officinaux.

Pour mieux saisir les facteurs culturels et ethniques influant sur le comportement du patient, nous proposons dans un premier temps une modélisation générale de ce

comportement et de ses étiologies, en particulier chez le patient porteur d'une pathologie chronique.

La deuxième partie de cette réflexion comporte l'adaptation du modèle précédent aux caractéristiques ethnoculturelles du patient, pour détecter les points spécifiques sur lesquels le pharmacien pourra agir afin de tendre vers une plus grande observance au traitement et des conseils hygiéno-diététiques adaptés.

La troisième partie est consacrée aux stratégies que pourra appliquer le pharmacien pour atteindre une optimisation thérapeutique.

Le dernier chapitre du travail propose une réflexion sur l'apport spécifique de l'ethnopharmacie comportementale dans la démarche d'accompagnement des patients chroniques.

Avertissement au lecteur :

Cette réflexion est une modeste contribution à la pharmacie clinique mais espère trouver sa place dans la démarche de l'éducation et de l'optimisation thérapeutique.

Nos propos ne seront illustrés que par des exemples ponctuels qui pourront parfois paraître dérisoires. Mais ils se justifient souvent par leur signification symbolique de respect et de reconnaissance de la valeur culturelle de l'autre. Leur intérêt n'est donc pas -à notre sens- systématiquement mesurable de manière objective.

Il s'agit en fait de sensibiliser le pharmacien à une approche globale du patient (c'est en quelque sorte une ligne de conduite face à « l'étrange étranger » comme dirait le poète). Même s'il est probable que peu de patients seront sensibles aux égards que ce travail conseille de manifester, certains trouveront sans doute un support et un encadrement sans lesquels il leur aurait été impossible de progresser dans la compréhension et l'acceptation de leur pathologie et de leur traitement, ainsi que dans leur rapport avec le professionnel de santé.

Il n'est pas question pour le pharmacien officinal de se substituer au médecin et encore moins au psychologue, mais il faut noter que le conseil pharmaceutique est le seul service de santé gratuit, immédiat et permanent. Son étayage par des approches différentes et complémentaires ne peut qu'en optimiser son action.

Il ne faudrait pas voir dans ce travail une prétention d'exhaustivité ni d'étranges digressions, mais simplement un désir d'apporter quelques éléments à une matière fraîchement arrivée en France, dont les prémices sont apparues au Canada et aux USA.

Le but principal de cette réflexion est de donner envie aux pharmaciens de s'intéresser à l'ethnopharmacie comportementale. Il doit être compris comme une invitation et une initiation à la pratique de cette discipline, afin de saisir son importance et d'apporter quelques éléments de base et autres exemples concrets.

1 Modélisation générale : le patient et la pathologie chronique

Nous allons proposer dans ce chapitre un modèle analytique du comportement du patient et de ses étiologies potentielles. Nous partons du principe qu'un professionnel de santé ne peut pas modifier directement le comportement du patient, du moins pour obtenir un impact durable et profitable sur l'observance de ce dernier. Le but de ce modèle est de détecter les facteurs sur lesquels l'éducateur de santé (aussi bien pharmacien que médecin) peut travailler pour essayer d'améliorer la prise en charge thérapeutique du patient. S'il ne s'agit en aucun cas d'un modèle exclusif, il s'inspire largement des travaux effectués par les pharmaciens cliniciens du centre hospitalo-universitaire de Grenoble.

La démarche suivante prétend se placer au cœur de l'éducation thérapeutique.

« Tu me dis, j'oublie ; tu m'enseignes, je me souviens ; tu m'impliques, j'apprends ».

B. Franklin (1706-1790)

L'**éducation thérapeutique** du patient est définie comme un processus par étapes, intégré dans la démarche de soin, comportant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale concernant :

-la maladie

-les traitements

-les soins

-l'organisation des procédures hospitalières

-les comportements de santé et ceux liés à la maladie et aux traitements

-la collaboration aux soins

-la prise en charge de son état de santé et le retour aux activités normales.¹⁰

C'est un ensemble de pratiques ayant pour but l'acquisition par le patient de compétences (savoirs et savoir-faire), pour prendre en charge activement sa maladie, ses soins ainsi que sa surveillance en partenariat avec les soignants.¹¹

Il s'agit d'un véritable transfert continu, planifié et organisé de compétences du soignant vers le patient. Celui-ci passe de la dépendance à la responsabilisation par le biais d'un apprentissage soutenu, répété et de longue durée.¹² Il est développé entre une équipe médicale pluridisciplinaire et le patient et / ou sa représentation.¹³

Cette démarche se place alors comme un acte clinique, autonome, mais dans le cadre d'un réseau. Elle nécessite :

- une formation adaptée et évolutive des acteurs de santé, qui adhèrent à une philosophie commune, en concertation
- un support d'échange de l'information pertinent et performant comme pourrait l'être le « dossier médical personnel (et partagé) » (DMP).

Le professionnel de santé doit identifier les difficultés du patient quant à sa pathologie et son traitement. Il analyse ensuite ses observations afin de résoudre les problèmes, en proposant au patient des réponses adaptées et envisageables. Pour ce faire, le patient doit forcément être impliqué car c'est en principe de lui que doivent venir, directement ou non, les solutions.

Le pharmacien va fixer des objectifs pédagogiques, à court, moyen et long terme, préalablement déterminés en concertation avec le patient : « *si tu veux convaincre quelqu'un, utilise ses propres arguments* » disait Aristote.

Le but est d'élaborer un diagnostic éducatif, c'est-à-dire une stratégie standard permettant de construire une pédagogie spécifique à chaque patient.

Le diagnostic éducatif est un outil qui servira à appréhender les caractéristiques, les besoins et les potentialités du patient, afin de mettre en place une éducation individualisée. Il va permettre de déterminer quel est le niveau d'acceptation de la maladie par le patient, d'évaluer le niveau de connaissance de sa maladie et de juger de son niveau de compétence technique ; afin de définir -si possible avec lui- les objectifs éducationnels (ce qu'il doit admettre, apprendre ou comprendre) et de les mettre en oeuvre avec la méthode appropriée.¹⁴ Le diagnostic éducatif repose sur l'écoute active du patient par le soignant et l'observation attentive de son comportement. Il nécessite une bonne connaissance des différents facteurs induisant le comportement.

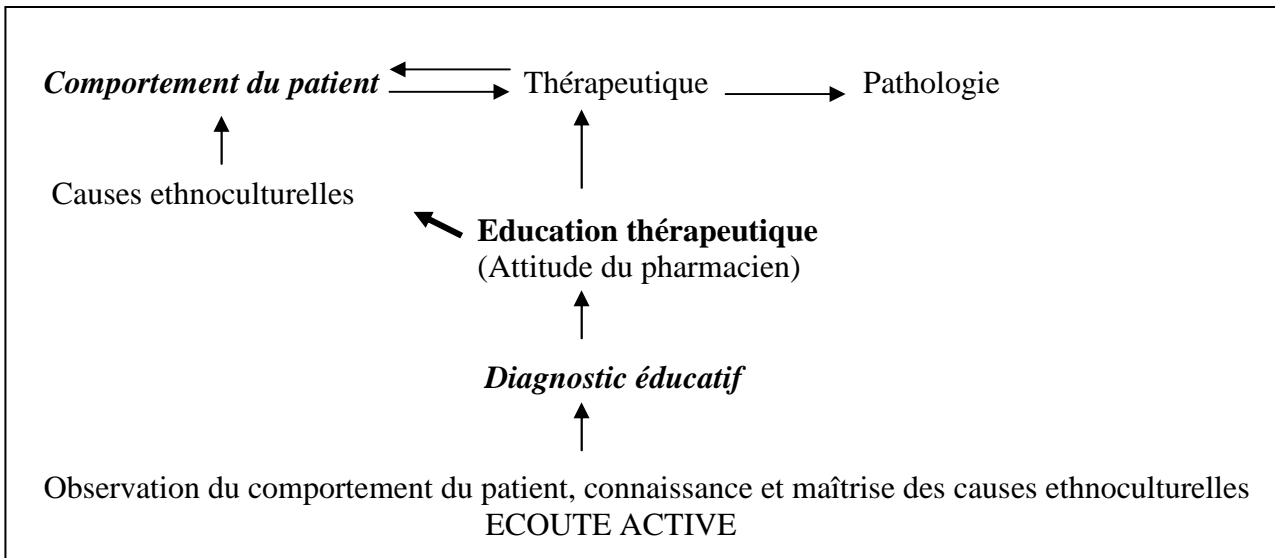


Figure 1: Influence de l'éducation thérapeutique sur le comportement du patient

Le schéma suivant est un résumé de la cascade d'influences et de caractéristiques qui déterminent le comportement du patient vis-à-vis de sa pathologie, de son traitement et des professionnels de santé. Il fait la synthèse des notions qu'il nous semble intéressant d'aborder par leur dimension culturelle.

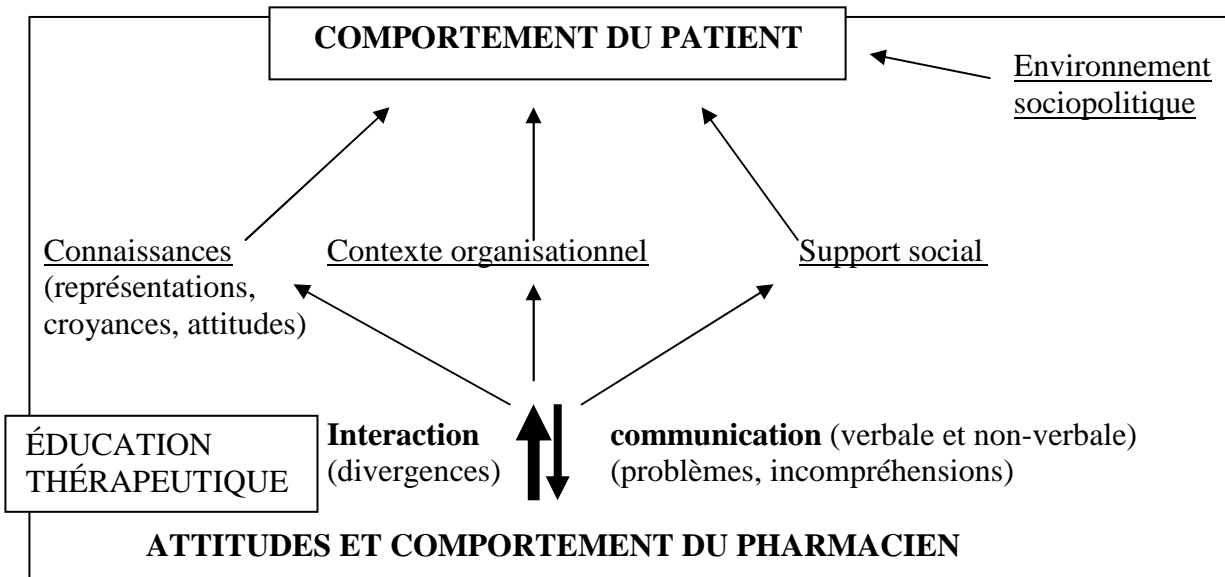


Figure 2: Organisation générale des interactions possibles entre pharmacien et patient influant sur le comportement de ce dernier

1.1. Environnement sociopolitique du patient

L'environnement sociopolitique comprend l'histoire du patient, son cadre social de vie et l'incidence psychologique de la pathologie sur le patient. C'est en quelque sorte la situation globale dans laquelle il évolue.

1.1.1. Contexte politique et historique

Le contexte historique et politique, dans lequel le patient s'est construit tout au long de sa vie, détermine en partie sa manière d'appréhender le monde médical, la pathologie et la thérapeutique. Cet impact est d'autant plus important que le patient appartient à une minorité culturelle ou ethnique, car son vécu sera bien différent de celui de la population générale.

1.1.2. Histoire personnelle et familiale

L'histoire et le vécu du patient vont être des facteurs déterminants quant à son appréhension de la vie. Les différents traumatismes (par exemple une migration, une séparation familiale) peuvent être à l'origine d'une perte de repères. Cette problématique peut être un frein à une prise en charge médicale adaptée.

1.1.3. Environnement socioculturel

Le degré de solitude, le type de travail et l'environnement matériel et humain dans lesquels évolue le patient, vont aussi avoir une incidence sur ses réactions et ses comportements.

1.1.4. Type de pathologie et de traitement (la pathologie chronique)

Nous allons nous intéresser plus particulièrement aux pathologies chroniques car leur impact sur le patient est bien différent de celui des pathologies aiguës. En effet le patient doit vivre définitivement avec cette maladie, dont la gestion détermine sa qualité de vie. Un changement de comportement est parfois nécessaire, mais souvent difficile à accepter et à supporter. Il est long à se mettre en place.

1.2. **Santé perçue et santé objective**

La santé perçue correspond à la santé du patient telle qu'il la ressent, son impact sur sa qualité de vie. C'est une notion subjective. L'expression de la santé perçue par le patient est un puits d'informations pour les professionnels de santé puisqu'elle traduit le ressenti du patient vis-à-vis de sa pathologie, de son mode de vie et de son traitement. Cette vision va déterminer en bonne partie la manière dont le patient va accepter et faciliter sa prise en charge. Un patient persuadé d'être en parfaite santé va avoir beaucoup de mal à observer un traitement lourd et contraignant, même s'il est atteint d'une pathologie grave mais longtemps asymptomatique (hypertension artérielle, diabète...).

La santé objective représente les caractéristiques médicales mesurables par le professionnel (cliniques, paracliniques, biologiques, thérapeutiques), qui peuvent définir la morbidité d'un individu.

La difficulté observée en pratique courante est celle du décalage potentiel entre santé objective (celle qui « appartient » au professionnel) et santé subjective (celle qui « appartient » au patient).

C'est cette première phase de mise en cohérence de la photographie globale du patient qui va permettre de nous poser des questions sur des indicateurs objectifs non optimaux (par exemple : un indicateur de coagulation sanguine très élevé marquant potentiellement un surdosage en médicament) ou des expressions de santé insolites (le patient déclare se sentir angoissé et soulagé lorsqu'il prend ses médicaments).

Quel(s) comportement(s) du patient est (sont) potentiellement à l'origine de cette situation de santé ?

1.3. **Comportements**

Le comportement du patient correspond aux actions qu'il met en œuvre face à sa pathologie et sa prise en charge. Il peut être non adapté à la situation (dans notre exemple, le patient angoissé a doublé les doses d'anticoagulant). Ce comportement restera **un élément d'observation a posteriori** pour le professionnel de santé.

Il paraît malaisé d'agir directement sur le comportement du patient : la démarche éducative consistera alors à essayer d'agir sur les facteurs situés en amont de celui-ci (car ils

le déterminent), de manière à ce que le patient fasse lui-même secondairement évoluer son comportement.

Quatre points critiques sont à prendre en compte pour observer une **évolution secondaire** du comportement du patient :

- 1) Le stade d'acceptation de la maladie par le patient
- 2) Les connaissances, les représentations et les croyances du patient par rapport à la maladie, au personnel médical et au traitement
- 3) Le contexte organisationnel que connaît le patient
- 4) Le désir et la motivation du patient pour se soigner

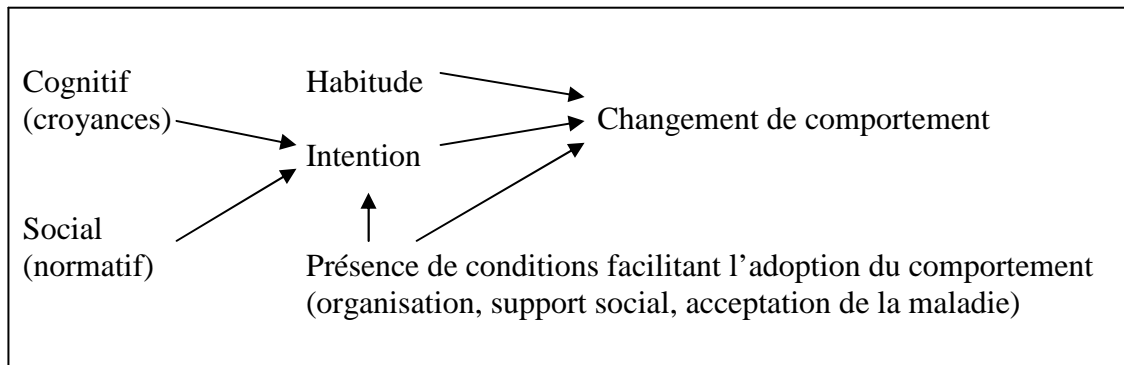
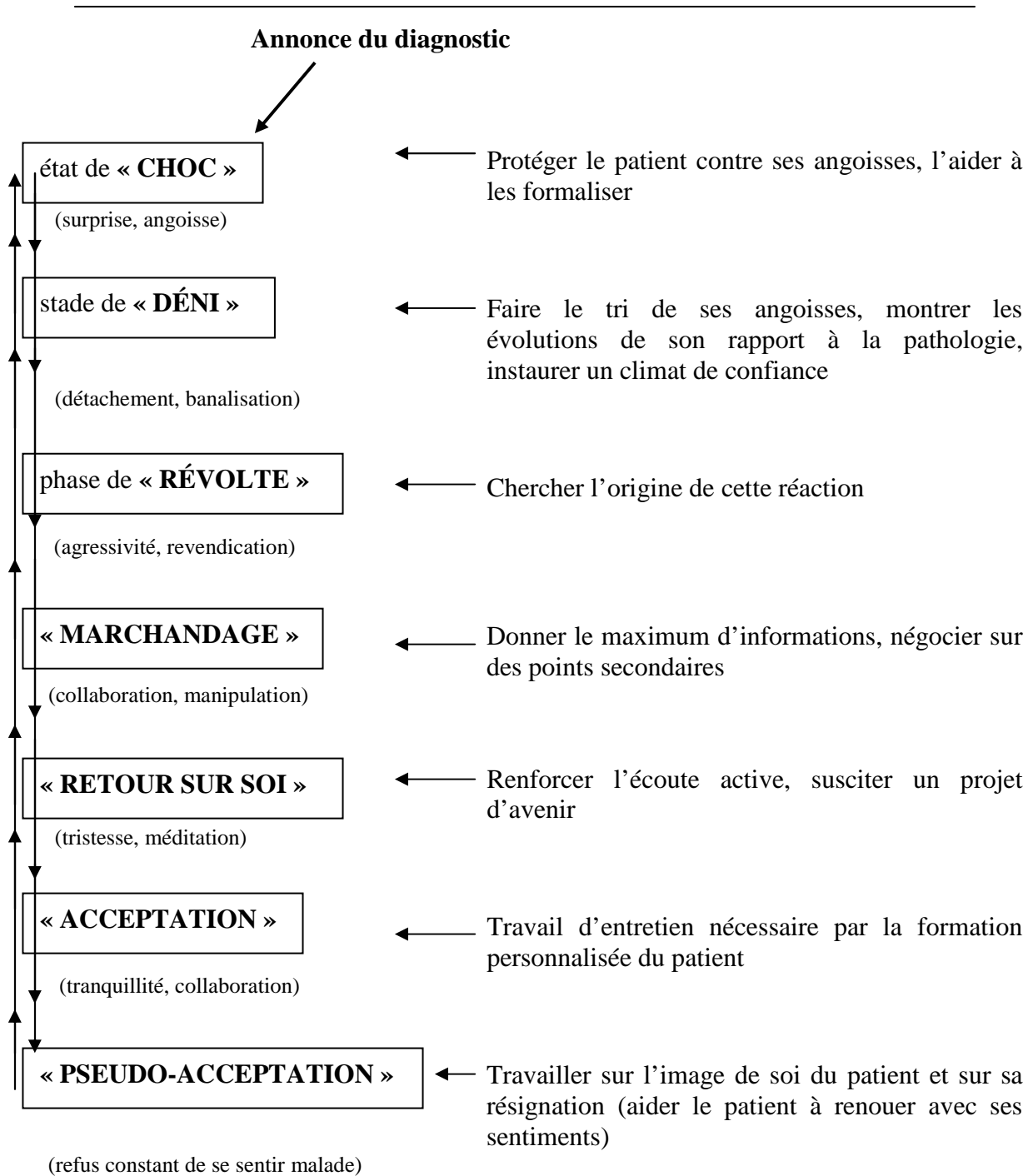


Figure 3: Théorie du comportement interpersonnel¹⁵

L'évolution des stades d'acceptation de la pathologie par le patient :

La littérature définit six stades principaux, par lesquels le patient va pouvoir passer et revenir au cours du processus d'acceptation de la pathologie. En fonction du stade où se situe le patient, le pharmacien ne pourra pas toujours travailler sur son adhérence au traitement car certaines étapes déclenchent passivité, traumatismes ou révoltes¹⁰ :



Ces stades ne sont pas toujours linéaires ni chronologiques

Figure 4: Stades d'acceptation du patient

1.4. Connaissances et représentations du patient

Ce domaine très vaste englobe les connaissances que peut avoir le patient au sujet de sa pathologie, de son traitement et des professionnels de santé ; ainsi que les croyances et représentations qui leur sont relatives. Il comprend toutes les connaissances théoriques du patient : sa maîtrise de la langue et surtout ses connaissances sur le plan médical, thérapeutique et hygiéno-diététique. C'est dans ce domaine que le pharmacien peut apporter beaucoup d'éléments concrets au patient. Il s'agit en quelque sorte du « mode d'emploi théorique » pour une prise en charge thérapeutique optimale. Viennent ensuite les représentations du patient, qui procèdent du « filtre interprétatif » de ces connaissances théoriques.

1.4.1. Connaissances théoriques

1.4.1.1. Maîtrise de la langue et des terminologies médicales

Le niveau de maîtrise de la langue et des terminologies médicales est sans doute l'élément limitant *a priori* la compréhension du patient et donc ses réactions vis-à-vis de sa pathologie.

L'adaptation du niveau de langage du professionnel de santé, les images illustratives employées et le temps alloué au patient seront la base de la relation.

1.4.1.2. Connaissance de la pathologie et du traitement

Les connaissances du patient représentent globalement l'ensemble de son savoir théorique et empirique quant à son appréhension des différents événements qui surviennent à son égard. Le rôle du professionnel de santé sera alors d'apporter le maximum d'informations, selon des approches pédagogiques adaptées, sur son état de santé et sur les moyens de l'influencer, de manière à étayer ses connaissances et à lui permettre de coller à la réalité de sa pathologie. Dans cette démarche, l'apprentissage sera défini comme un stabilisateur du savoir et donc de la compréhension du patient.

1.4.2. Représentations (croyances et attitudes)

Se représenter, c'est « tailler dans le réel » ; c'est donc choisir des catégories pour percevoir le monde de manière ordonnée.¹⁶

« **Les représentations sociales** peuvent être définies comme les ensembles dynamiques des théories ou des sciences collectives, destinées à l'interprétation et au

façonnement du réel. Elles déterminent le champ des communications possibles, des valeurs ou des idées présentes dans les visions partagées par les groupes, et règlent, par la suite, les conduites désirables ou admises ».7 Moscovici explique que « si une représentation sociale est une préparation à l'action, elle ne l'est pas seulement dans la mesure où elle guide le comportement, mais surtout dans la mesure où elle remodèle et reconstitue les éléments de l'environnement où il doit avoir lieu ».17

On peut synthétiser le sens du terme représentation comme « l'idée que l'on se fait de... ».

1.4.2.1. Représentation du corps et de la maladie

Le patient a une représentation basale de son corps et de la pathologie qui peut relever surtout de croyances et de préjugés ; mais elle est influencée par ses connaissances et ses expériences. « Dans la maladie, il y a une forte exigence de discours interprétatif pour combler le non-sens et intégrer la maladie dans une « vision du monde » préétablie naturellement, d'origine sociale et culturelle ».18 Le patient a en quelque sorte besoin de se forger une représentation de la maladie pour pouvoir la supporter. La formation du patient par le professionnel de santé va être déterminante pour observer une évolution parfois nécessaire de cette représentation.

Aux yeux de l'opinion publique, la bonne santé s'identifie à la norme.19 Cette norme est bien évidemment évolutive et variable en fonction de nombreux facteurs inhérents au patient et à son environnement (culture, âge, niveau socio-économique...). Un problème caractéristique, souvent rencontré avec les patients issus de minorités ethnoculturelles, est la sensation d'être différent des autres. Dans ce cas, le patient ne pourra pas suivre les démarches thérapeutiques et prophylactiques conventionnelles, car elles n'auront pas d'effet sur lui. Le rapport entre le patient et sa pathologie (et par la suite son traitement) en est affecté. Le professionnel de santé doit alors adapter son mode d'approche et de communication pour souligner les différences et faire remarquer les points communs.

1.4.2.2. Représentation des professionnels et des structures de santé

La confiance du patient dans le personnel de santé est la clé de voûte de leur relation. Toute la crédibilité, donc tout l'impact des dires de ce dernier en découleront.

Les rapports imaginés par le patient entre la fonction du pharmacien, les industries pharmaceutiques et les institutions françaises (comme par exemple la Sécurité Sociale) seront à prendre en considération car ils modifient la perception de l'image du pharmacien par le patient. Ils peuvent le conduire à faire des amalgames malheureux sur les relations d'intérêts de l'officine, qui détermineraient les conseils de ses employés (intérêt financier en l'occurrence). C'est sans doute la double dimension (commerciale et médicale) du métier de pharmacien qui peut conduire à ce type de considérations.

1.4.2.3. Représentation du traitement et de l'hygiène de vie

La sensation de différence exprimée par le patient, couplée à un ensemble de préjugés et de croyances, peut l'inciter à se forger une vision particulière et parfois erronée du traitement et des conseils hygiéno-diététiques.²⁰

Exemples de croyances influençant l'observance de manière délétère :

- « Si vous prenez le médicament trop souvent, vous devenez résistant ou dépendant »
- « Le médicament ne me fait rien »
- « Ils essayent de m'empoisonner »
- « Dieu guérira ma maladie »
- « Ces complications n'arrivent qu'aux autres »
- « Comment saurais-je que j'en ai besoin si je continue à prendre ces comprimés »
- « Chez moi rien ne marche »

1.5. Contexte organisationnel

Le contexte organisationnel représente l'ensemble des éléments qui auront une influence sur l'organisation des soins (au sens large du terme) au quotidien. Le pharmacien pourra, dans ce domaine, mettre en œuvre le maximum de moyens pour aider le patient à se prendre en charge sur le plan matériel (en termes organisationnels mais aussi socio-économiques).

1.5.1. Niveau socio-économique et prise en charge

D'après un rapport de l'IGAS, « les déterminants de santé sont multiples et intriqués : ils sont d'abord socio-économiques et culturels. Les experts internationaux s'accordent à dire que ceux-ci expliquent pour plus de 60% l'état sanitaire d'un pays ou d'un groupe (le reste renvoie aux facteurs biologiques et environnementaux, et aux systèmes de santé) ; le facteur

principal de risque sanitaire est en réalité l'inégalité sociale. Le système de soins et de prévention intervient pour une part estimée entre 10 à 20% ». ²¹

Au-delà de son impact sur le risque sanitaire, le niveau socio-économique du patient détermine en grande partie le degré de prise en charge médicale, principalement sur le plan préventif. Les facteurs principaux associés sont les suivants : défaut de connaissance et d'accès à l'information sur la santé, sur l'intérêt de la prévention ou du soin (perception) ; défaut d'accès aux soins ou à la prévention par manque d'information ; coût croissant des mutuelles de santé et prix important des traitements pouvant limiter la motivation du patient.

1.5.2. Mode de vie et contraintes socioculturelles et professionnelles

La profession (horaires, difficulté, investissement, contraintes, revenu) et le mode de vie général du patient peuvent être des facteurs à prendre en compte pour la prise en charge thérapeutique et le suivi médical.

Un patient artisan boulanger travaillant de nuit, à contretemps de son entourage, prenant ses repas à des horaires décalés, n'aura pas le même plan de prise et la même organisation du suivi médical que la plupart des patients. Au même titre, la prise en charge thérapeutique d'un artiste musicien, sans cesse en déplacement, ayant des horaires déséquilibrés et une hygiène de vie plus ou moins saine, devra être particulièrement adaptée et judicieuse. Un patient ayant des règles de vie religieuses, avec des rites et des coutumes astreignantes, devra adapter son traitement ; nous le verrons dans le cas du jeûne du Ramadan.

1.5.3. Complexité du traitement

Le caractère contraignant du traitement est un élément primordial quant à l'organisation thérapeutique. Nous imaginons bien qu'il est plus facile de prendre un comprimé tous les soirs et d'avoir un rendez-vous semestriel avec son médecin de famille que de prendre des médicaments à chaque repas, d'avoir un suivi bihebdomadaire d'une constante biologique et des rendez-vous trimestriels avec plusieurs médecins spécialistes.

La contrainte et la complexité de la prise en charge thérapeutique du patient est présente à tous les niveaux : l'accès aux structures de soins et la sortie d'hospitalisation, la planification des suivis médicaux, l'autonomie de préparation et d'administration du traitement, la maîtrise des formes galéniques et des procédés d'auto-contrôle de la maladie et du traitement...

1.6. Support social

Le **support social** est l'ensemble des arguments qui vont encourager et pousser le patient à se prendre en charge de manière satisfaisante.

Même avec une connaissance et une organisation des soins optimales, si le patient n'en a pas l'envie, son comportement ne sera pas adapté.

Les attaches familiales sont souvent l'élément motivationnel principal du patient ; d'autant plus que la pathologie chronique peut avoir un effet de dépersonnalisation : il a alors beaucoup de mal à se prendre en main pour lui-même. A l'inverse, d'autres patients peuvent être obnubilés par leur propre personne et leur maladie ; il sera alors plus facile de les encourager à conserver une certaine qualité de vie.

Ce schéma conclut et résume le modèle des croyances de santé et de leur influence sur le comportement du patient :

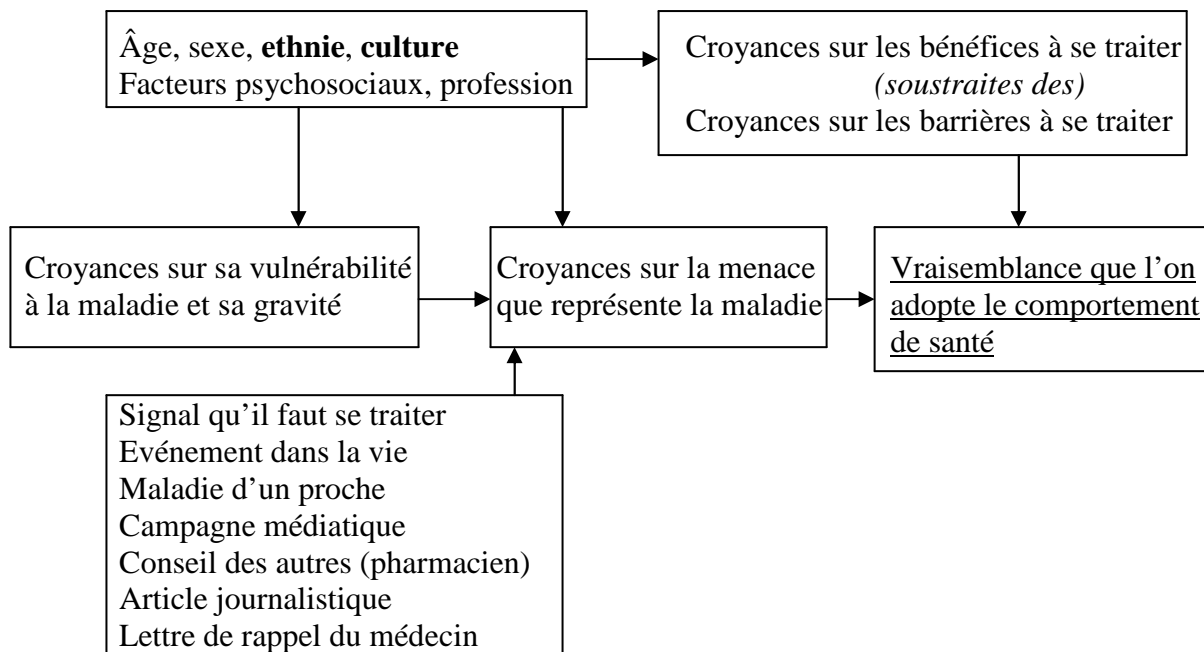


Figure 5: Le modèle des croyances de santé (*Health Belief Model, HBM*) d'après Becker, 1975²²

La partie suivante propose de mettre en lumière les éléments ethniques et culturels qui apparaissent dans chacun des facteurs déterminant le comportement du patient. Cela nous permettra de préciser la marge de manœuvre que le pharmacien peut espérer avoir lors de son travail d'éducation pharmaceutique.

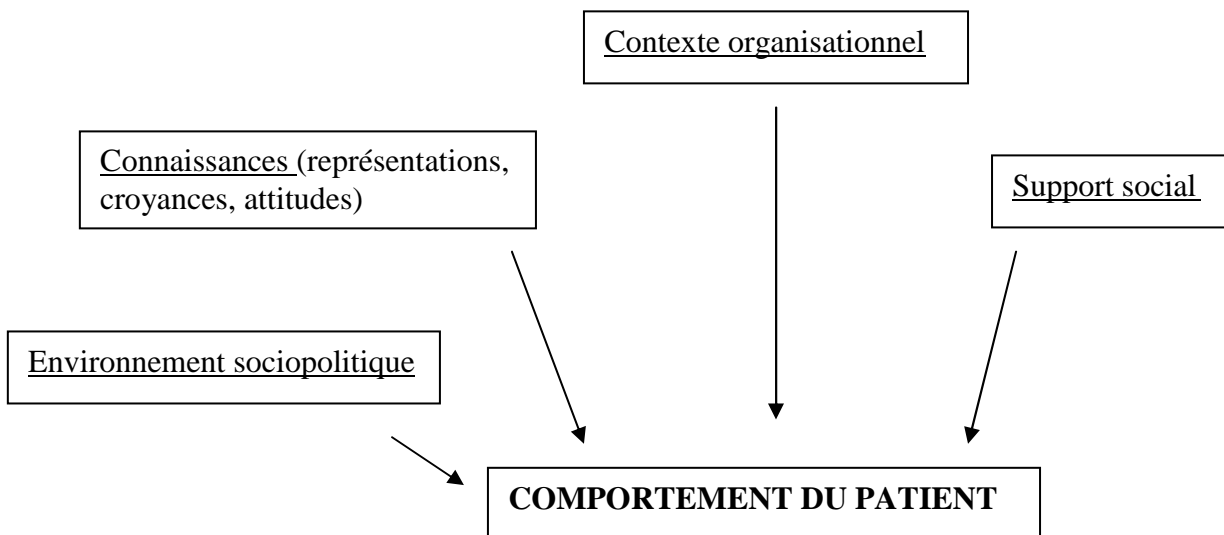


Figure 6: Les éléments d'influence du comportement du patient

Une bonne maîtrise des notions ethnoculturelles amène le pharmacien à employer un mode de communication verbal et non verbal adéquat. Le dialogue s'instaure alors dans de meilleures dispositions psychologiques permettant au patient de transmettre et de recevoir des informations.

Dans la mesure où le pharmacien ne peut pas faire changer directement le comportement du patient, il a la possibilité de travailler en amont, sur tous les éléments pouvant l'influencer ; d'autant plus qu'un patient peut opposer sa qualité de vie (actuelle, immédiate) et sa culture aux contraintes du traitement.

Comment concilier alors le respect de son autonomie et de sa culture avec une prise en charge optimisée ? Mais aussi : comment utiliser la culture du patient pour augmenter son adhérence au traitement ?

2. Intégration de la dimension ethnoculturelle au précédent modèle (L'exemple du Maghreb et de l'Afrique Noire)

Nous allons reprendre le modèle analytique développé précédemment en nous intéressant aux caractéristiques ethniques et culturelles du patient afin de déterminer l'influence qu'elles peuvent avoir sur son comportement.

2.1. Environnement sociopolitique du patient

Définir une culture ou une ethnie n'est pas vraiment chose aisée. Tâcher d'englober un groupe de personnes tend souvent à le réduire. Il faut pourtant généraliser pour pouvoir parler des événements et des êtres, et rendre les choses reproductibles. Nous allons donc essayer de dresser un succinct tableau de l'histoire migratoire de France, précisément au cours du siècle dernier, afin de comprendre le contexte de vie des populations en France, leurs rapports et leurs perceptions respectives.

2.1.1. Contexte politique et historique

2.1.1.1. Les différentes ethnies représentées en France et leurs antécédents historiques (état actuel de l'immigration française)

L'immigration en France n'est pas un phénomène récent : il y a déjà plus d'un million d'immigrés au début du vingtième siècle, représentant 3% de la population française en 1911. Cette tradition de l'immigration est née de la baisse de fécondité amorcée au début du dix-huitième siècle, tandis que le pays s'industrialisait. Jusqu'à la Seconde Guerre Mondiale, la situation de la France contraste avec celle de la plupart des autres pays européens qui connaissent fécondité élevée et émigration.

L'état intervient pour la première fois en 1919 afin de contrecarrer la pénurie de main d'œuvre due à la guerre. A la fin du conflit, le pays a subi des pertes considérables : 1,4 million d'hommes jeunes ont été tués ou sont invalides. Aussi les années vingt sont marquées par une immigration massive.

De 1919 à 1930, le gouvernement français signe des conventions d'immigration avec plusieurs pays européens, mais une grande partie des arrivées est assurée par des organismes privés, auxquelles s'ajoutent des entrées irrégulières. Au cours des années vingt, les flux migratoires augmentent en raison d'une forte progression des arrivées d'Italie, d'Espagne et d'Europe de l'Est. La communauté polonaise est celle qui connaît la plus forte expansion.²³

La France est aussi une terre d'asile pour un grand nombre d'étrangers (Arméniens rescapés du génocide, Russes « blancs » fuyant la révolution...). En 1931, un pic d'immigration est observé ; le pays compte à cette date 2,1 millions d'immigrés (6,6% de la population totale). Les hommes sont alors nettement plus nombreux que les femmes.

La crise économique des années Trente ralentit considérablement l'immigration et provoque même des départs de France. En 1932, plusieurs décrets rendent plus difficile l'installation de travailleurs étrangers. L'immigration reprend de 1936 à 1939, surtout en raison de l'arrivée des réfugiés espagnols. Puis la Seconde Guerre Mondiale suscite à son tour de nombreux départs. En 1946, le nombre d'immigrés retombe à 2 millions, soit 5% de la population. Après-guerre, afin de pallier l'insuffisance de main-d'œuvre à laquelle se heurte le pays en reconstruction, l'Etat encourage officiellement l'immigration, mais souhaite pouvoir mieux la contrôler.

L'Office National de l'Immigration (ONI) est créé en 1945 pour assurer le recrutement et l'accueil des travailleurs étrangers. L'immigration familiale est admise.

En 1952, la France signe la convention de Genève et crée l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) qui attribue ou non la qualité de réfugié et en assure la protection.

L'immigration qui avait repris dès 1945, retrouve un nouvel élan de 1956 à 1973. En juillet 1974, la croissance économique ralentissant, le gouvernement restreint l'immigration aux regroupements familiaux et aux demandes spécifiques émanant d'employeurs. Devant la perspective des difficultés pour revenir en France, les étrangers d'installation récente ont tendance à prolonger leur séjour et à faire venir leur famille, tandis que l'aide au retour donne des résultats limités.

Depuis 1975, le nombre d'immigrés a légèrement augmenté, mais leur part dans la population est restée stable : environ 7,4% de la population totale française est d'origine

immigrée de première génération (avec une majorité masculine à 51%). Cette régulation est principalement induite par l'application des lois sur l'immigration. De plus, la chute du mur de Berlin en 1989 a suscité des migrations d'Est en Ouest, mais dans de modestes proportions. Précisons que ces migrations sont surtout « pendulaires » (elles sont faites d'allers-retours entre le pays de départ et celui d'accueil).

Les conflits et la déstabilisation des états continuent également à alimenter une migration politique (Turquie, ex-Yougoslavie, République Démocratique du Congo...). En 2003, la France est le pays d'Europe le plus sollicité par les demandeurs d'asile. La France peut donc se féliciter d'avoir une image de terre d'asile.²⁴

L'immigration en provenance du Maghreb et d'Afrique Noire :

Avant la première guerre mondiale, la quasi-totalité de l'immigration était européenne. C'est vers 1910 que l'on peut situer le début de l'immigration des personnes originaires du Maghreb, « sujets » ou « protégés français » puisque issus de pays colonisés.

Juste après la Seconde Guerre Mondiale, le courant en provenance d'Algérie se développe, car il n'est pas freiné par les démarches administratives (contrairement au courant italien).

A partir des années soixante, l'éventail des origines s'ouvre avec l'arrivée d'immigrés du Portugal, du Maroc, d'Afrique Sub-Saharienne et d'Asie du Sud-Est. Dès 1982, le Portugal constitue le premier pays d'origine des immigrés et, en 1999, il est au même niveau que l'Algérie.

Ayant débuté dans les années soixante, l'immigration marocaine se poursuit jusque dans les années quatre-vingt. Les personnes originaires du Maroc constituent désormais 12,1% de la population immigrée (contre 1,1% en 1962).

L'immigration en provenance de l'Afrique Sub-Saharienne est encore plus récente : elle s'est notamment développée dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix.

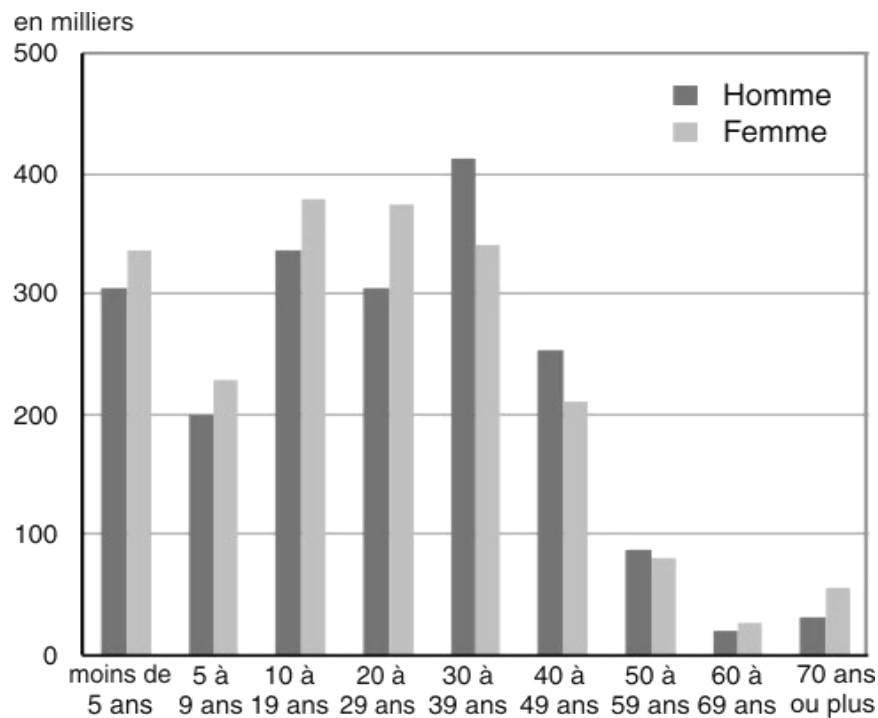
De plus, même si elle ne représente que 12,8% des immigrés en 1999, la part des immigrés originaires de l'Asie a été multipliée par plus de cinq entre 1962 et 1999.²⁵

Sexe, nationalité, et date d'immigration :

L'écart numérique entre les sexes s'est amenuisé ces trente dernières années en raison des entrées au titre du regroupement familial ; et c'est encore ce type d'immigration qui prédomine aujourd'hui.

La pyramide des âges de la population immigrée est différente de celle de la population générale, avec une majorité de personnes dans la force de l'âge (entre 25 et 55

ans), c'est-à-dire une population de travailleurs. Avec le vieillissement de la population, ces personnes seront de plus en plus concernées par le recours au système de soin et, de fait, en contact avec les professionnels de santé, dont le pharmacien.



Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, enquêtes annuelles de recensement de 2004 et 2005.

Figure 7: Les immigrés par sexe et ancienneté d'arrivée

La moitié des immigrés résidant en France métropolitaine en 1999 sont arrivés avant 1974 (et avant 1956 pour les immigrés d'origine italienne).²⁶

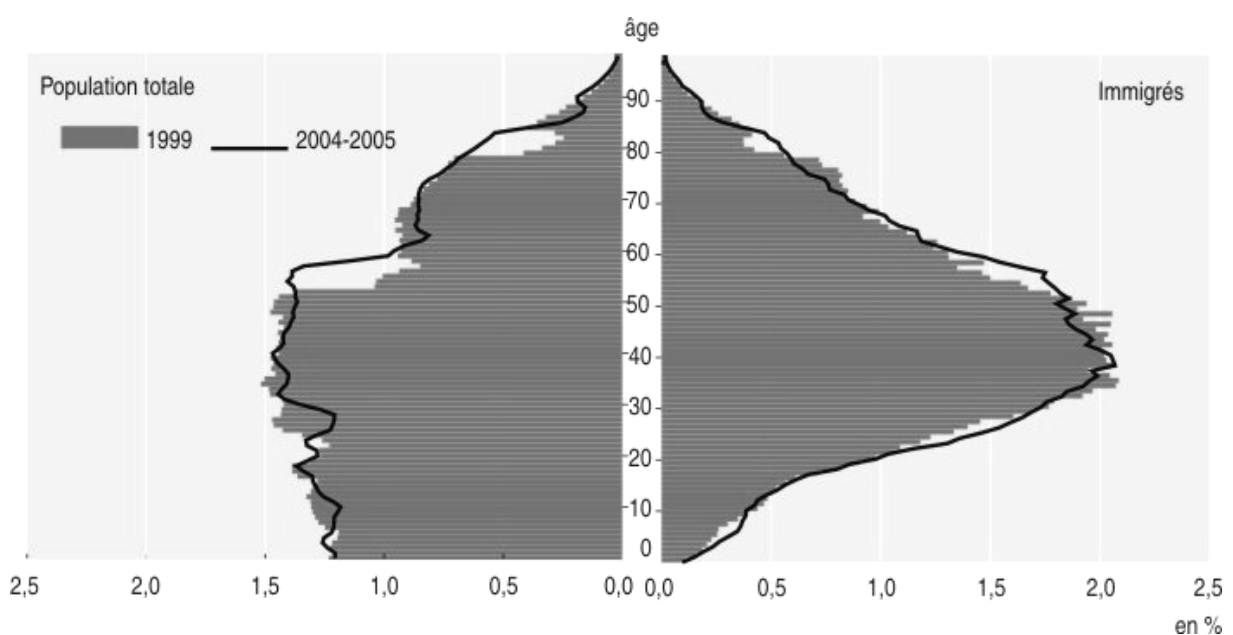
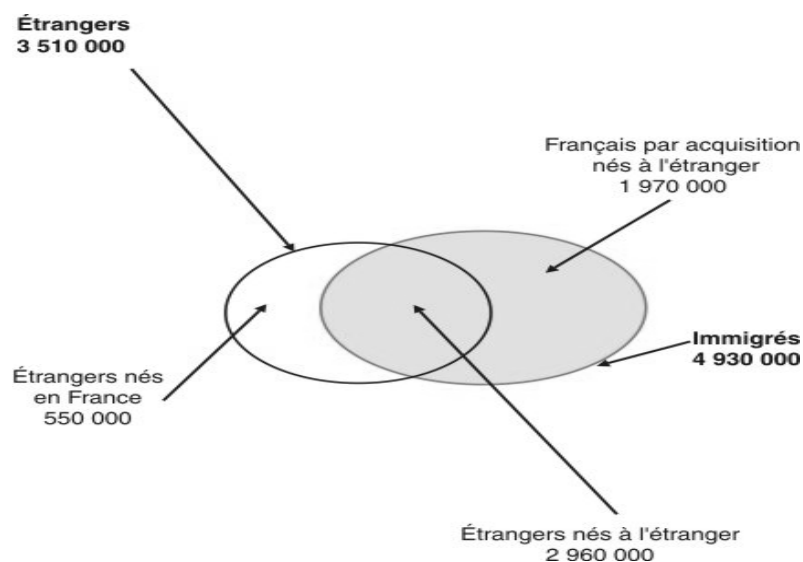


Figure 8: Pyramide des âges des immigrés et de l'ensemble de la population en 1999 et 2004-2005

Globalement, les immigrés ayant gardé leur nationalité de naissance sont nettement plus nombreux que ceux qui sont devenus français : en 1999, 63,9% des immigrés étaient étrangers.



Source : Insee, enquêtes annuelles de recensement de 2004 et 2005.

Figure 9: Immigrés et étrangers

Pour résumer, voici les données de l'INSEE en 1999 :

La population d'origine étrangère en France représente 13,5 millions de personnes (4,3 d'immigrés, 5,5 de fils d'immigrés, 3,6 de petit-fils d'immigrés) soit 23% de la population métropolitaine.⁴

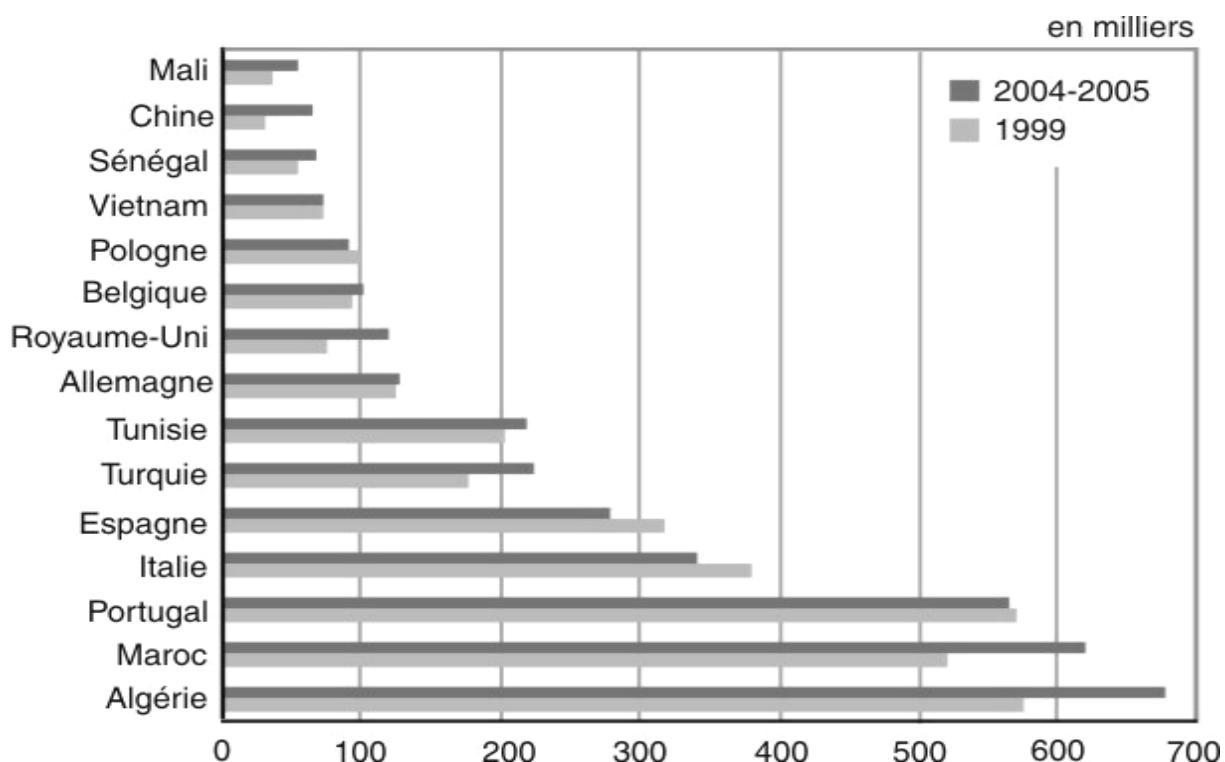
Cette population provient surtout d'Europe du Sud : 2,6 millions d'Italie, 1,5 million d'Espagne et 1,1 million du Portugal (soit 40% de l'ensemble des immigrés). Le reste de l'Europe représente 1,8 million de personnes (13,4%, surtout d'origine belge).

Pour la Turquie : 0,332 million (2,4%), **l'Afrique Sub-Saharienne : 0,679 million (5%) et le Maghreb : 3 millions (22%).**

Le groupe le moins homogène représente 2,5 millions de personnes (18,6%) venant de Pologne, de Russie, d'Asie et de l'ex-Yougoslavie.

Précisons qu'en France la nationalité est définie par le double droit du sol, c'est-à-dire qu'une personne est française si elle est née en France et qu'au moins un de ses deux parents est de nationalité française.

Il se trouve donc en France un patchwork des différentes ethnies et cultures, avec une prédominance de personnes originaires du sud de l'Europe et du Maghreb.



Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, recensement de 1999, enquêtes annuelles de recensement de 2004 et 2005.

Figure 10: Les immigrés selon leur pays de naissance en 1999 et 2004-2005

2.1.1.2. Géopolitique et représentations ethniques françaises

Ce n'est que depuis le vingtième siècle que la notion d'égalité « entre les races » (c'est-à-dire la disparition de la ségrégation ethnique) apparaît et commence à se répandre.

Nous n'aborderons pas la théorie transformiste fort répandue pendant de longues années, plaçant le peuple noir comme chaînon manquant entre le singe et l'homme blanc ; la traite des noirs dès la découverte du continent américain ; les conséquences du colonialisme (français) un peu partout dans le monde ; puis la phase de décolonisation, notamment en Algérie ; le rôle de la France et de la Belgique dans le génocide rwandais ; et les implications d'intérêt principalement économique des pays européens et plus récemment états-unis dans les pays en voie de développement.

Les années trente ont été une période charnière dans l'ethnologie française quant à la perception des races. Le mouvement des scientifiques et ethnologues de l'époque a pour

beaucoup de personnes été le début d'une réaction en chaîne aboutissant au concept « d'égalité des races ».²⁷

A cette époque, l'institut d'ethnologie de Paris -pourtant qualifié de progressiste- continue de véhiculer des thèses raciales prônant l'infériorité mentale des africains. Cette hiérarchie raciale est véhiculée et diffusée par le biais de l'art, de la musique, des manuels scolaires, des conférences dans le monde savant et dans les sciences sociales.

Les zoos humains sont à l'époque encore d'actualité. C'est le cas au jardin d'acclimatation de Paris par exemple, où l'ensemble des « races » de la planète sont exposées au regard des gens curieux de « s'instruire ».

Plus tard, dans les années soixante, la musique contribue beaucoup à la réhabilitation et la considération des peuples non caucasiens : en effet, la puissance et la profondeur des sentiments exprimés par les bluesmen et jazzmen noirs suscitent l'admiration et l'envie. Nino Ferrer écrit par exemple en 1966 une chanson intitulée : « je voudrais être noir ». Précisons cependant que dès le début du vingtième siècle, un bon nombre d'artistes et de personnalités défendent et essayent de diffuser ce que l'on qualifie alors « d'art nègre ».

De nos jours, comme en miroir de certaines influences plutôt délétères des pays occidentaux et en particulier de la France, de nombreuses organisations non gouvernementales et associations œuvrent dans un but humanitaire, les gouvernements occidentaux essayent de promouvoir l'instauration de la démocratie. Toutes ces actions sont perçues de manière ambivalente par les autochtones car elles ont souvent un but officieux et donnent une image colonialiste aux pays instaurateurs. Le drame du 11 septembre 2001 et les dernières actions moyen-orientales du gouvernement américain risquent de compliquer quelque peu les relations internationales avec les pays de culture musulmane (la notion « d'axe du mal » a nettement élargi le fossé qui est en train de se creuser entre les pays occidentaux et musulmans).

Pour conclure, il est important d'avoir en tête notre passé colonialiste et notre « inconscient collectif », profondément marqué par le racisme. En effet, il suffit d'évoquer les publicités telles que « y'a bon banania® », texte prononcé par un tirailleur sénégalais ; et, plus marquant encore, les bandes dessinées d'Hergé, chefs d'œuvre remarquables, mais empreintes de colonialisme, d'antisémitisme et d'antibolchevisme primaire (dans Tintin au Congo, nous

pouvons par exemple lire à la dernière page : « si toi li pas sage, toi li jamais devenir comme li gentil blanc »²⁸).

Il faut par conséquent prendre conscience que les personnes qui ont pu être victimes de cette ségrégation ont elles aussi une représentation du passé de la France et de son « inconscient collectif ». Leurs comportements vis-à-vis des institutions de ce pays peuvent souvent être éclairés par ces antécédents traumatiques.

Les immigrés de première génération venus du Maghreb, dans les années d'après-guerre, pour trouver du travail, sont les personnes les plus à même d'avoir ressenti le mal-être et la souffrance occasionnés par ce climat. Ces derniers sont appelés les chibanis.

2.1.1.3. Les « chibanis » : une population à part entière

Nous avons remarqué précédemment que la population migrante la plus représentée en France est probablement aussi la plus marquée par sa migration et son rapport au pays d'arrivée. Il s'agit de la population originaire d'Afrique et plus particulièrement du Maghreb. C'est donc cette population qui servira de support à notre réflexion.

Selon le Haut conseil à l'Intégration (HCI), les « immigrés » âgés sont les grands oubliés de l'intégration. Les « chibanis » (« anciens » en arabe) sont venus, pour la plupart, travailler dans le bâtiment et les travaux publics durant les Trente Glorieuses.²⁹

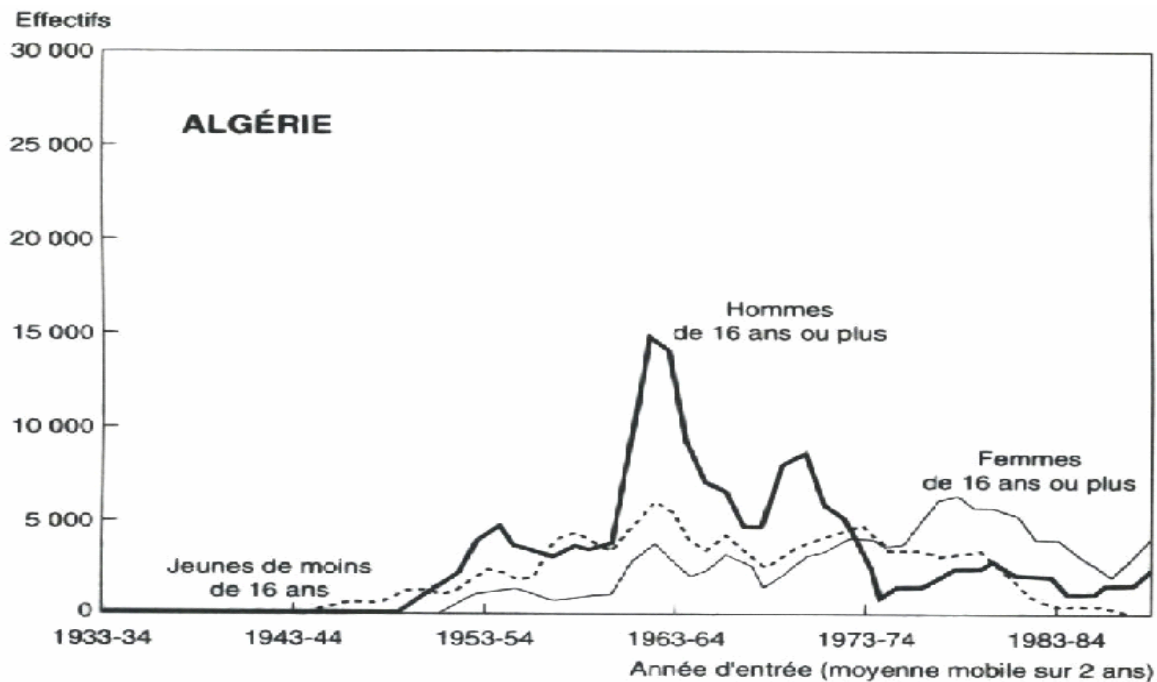


Figure 11: Répartition d'un échantillon d'immigrés par sexe, âge à l'entrée et par période d'arrivée en France³⁰

Cette population de travailleurs immigrés, essentiellement des Maghrébins, a dû laisser sa famille et son pays pour venir en France essayer de gagner sa vie, et permettre à ses proches de vivre dans de meilleures conditions, via l'argent envoyé chaque mois. Une grande solitude et le racisme dont ils ont généralement été victimes ont encouragé le communautarisme (en particulier de la génération suivante) et souvent créé une certaine distance vis-à-vis de la culture française et des institutions du pays d'accueil.

Les « harkis » sont l'exemple le plus malheureux de cette partie de la population ; rejetés en France comme en Algérie, ils ont souffert de l'image de traîtres au Maghreb et de parias dans l'Hexagone.

La retraite venue, ces hommes (plus rarement ces femmes) sont confrontés au désir de rejoindre leur famille et leur pays, mais au prix de la perte d'avantages acquis grâce à un travail souvent pénible et physique. Il doit être difficile de quitter un pays auquel on s'est attaché pour en rejoindre un autre qui a sans doute beaucoup changé ; difficile de renoncer à la retraite ou à l'accompagnement sanitaire et social dont on a besoin et auquel on a droit ; difficile aussi de revenir dans son village natal aussi pauvre que quand on en est parti.

Ainsi, pour ne pas perdre l'allocation du minimum vieillesse, que la majorité reçoit à cause de la faiblesse de sa retraite, beaucoup choisissent de ne pas retourner dans leur pays

natal. La loi pose en effet une obligation de résidence en France pour bénéficier de cette allocation. Le HCI a fixé cette durée (non continue) à six mois dans l'année.

Ces vieux immigrés, ces « chibanis » si discrets, se trouvent parfois dans une vraie détresse, perdus, sur le plan personnel et pour les leurs. Leur vieillesse n'a pas été préparée. Ils ne sont pris en charge par personne. Ils sont en situation d'errance perpétuelle, avec un amer sentiment de solitude et de rejet.

En France, on les voit assis sur les bancs des quartiers populaires, parlant du passé, « du bled », du temps qu'il fait et qu'il fera, souvent avec un grand sourire, mais aussi une lueur indéfinissable dans les yeux.

2.1.2. Conséquences de l'immigration

Une fois arrivées dans leur pays d'accueil, les populations migrantes se trouvent souvent confrontées à deux modèles culturels parfois diamétralement opposés (leur culture natale et celle de leur pays d'accueil) et doivent faire face à de nouvelles « normes », sans pour autant perdre leurs valeurs ancestrales. La difficulté des immigrés de s'intégrer à la nouvelle culture tout en faisant partager la leur est en général accentuée par la xénophobie latente d'une part de la population. Cependant, certains sociologues expliquent que ces difficultés rencontrées peuvent parfois pousser les immigrés à dépasser cette condition et leur donner la force de s'en sortir.

2.1.2.1. Les phénomènes d'aculturation et d'acculturation, le concept de la résilience

L'aculturation :

Nous comprenons qu'au vécu de la migration elle-même peut s'ajouter celui des circonstances qui l'ont précédée. Les réfugiés politiques, qui ont parfois été soumis à des tortures ou des violences de tout ordre dans leur pays, ont un passé prémigratoire traumatique. Celui-ci va modifier la manière dont ils vivent l'exil. Qu'elle soit voulue ou choisie, toute migration est un acte courageux qui engage la vie de l'individu et entraîne des modifications dans l'ensemble de l'histoire familiale. La migration est un phénomène dynamique.³¹

Lors d'une migration, le changement d'univers implique la perte brutale d'une langue, d'un système de référence, de codage des perceptions, des sensations et des représentations, en un mot, elle implique une « aculturation ».

Bien que nostalgiques, ils ne partagent pas tous cette difficulté ; cela dépend sans doute beaucoup des circonstances dans lesquelles ils quittent le pays et des conditions qu'ils trouvent dans leur pays d'accueil.

La perte (ou du moins la transformation) de l'enveloppe culturelle va donc provoquer des modifications directes du psychisme (du fait de l'intrication entre ces deux structures) et indirectes (par le sentiment de précarité lié à la migration).

Le patient peut se trouver dans un état de clivage entre sa culture originelle et celle du pays d'accueil. En s'installant dans les significations de la culture d'accueil, il devra établir des médiations entre deux univers référentiels, d'un point de vue cognitif. « Lorsque éclate la souffrance psychopathologique, le patient, en l'absence de code d'expression de sa maladie, se trouve dans l'impossibilité d'exprimer ses deuils et ses conflits internes. »³²

L'acculturation :

Cette notion est diamétralement opposée à la précédente. Il s'agit de tout ce que l'immigré va trouver et intégrer d'enrichissant et de constructif dans la culture du pays d'accueil et les échanges interculturels, sans pour autant perdre son identité culturelle d'origine. Le patient doit se renforcer grâce à tout ce que va lui apporter la culture d'accueil, tout en transmettant lui-même des éléments de sa propre culture à son entourage.

Cette notion ne peut se définir que par rapport à la culture d'origine telle qu'elle est évoquée par les patients eux-mêmes. « Au pays on aurait tel rituel de protection », ou « chez moi, on aurait protégé le malade en lui mettant une amulette autour du cou »...

L'aisance à parler la langue du pays d'accueil est un bon indice du degré d'acculturation et de son évolution.

La résilience :

Le concept de résilience, développé dans les programmes de prévention et d'intervention destinés aux jeunes, commence à trouver sa place en médecine adulte.

Ce terme, développé par Boris Cyrulnik³³, correspond à la capacité que peut avoir un individu ou un groupe à surmonter l'adversité en mobilisant ses ressources (internes et externes) puis à continuer à se projeter dans l'avenir. Cette capacité à mobiliser ses ressources pour apprendre à vivre avec les séquelles d'un traumatisme dépend de son importance et nécessite du temps. La présence et le lien avec une personne de confiance pourra amplifier ce phénomène et donnera le statut de « tuteur de résilience » à cet individu.³⁴

En s'appuyant sur ce concept, on pourra aider le patient à (ré-)acquérir certaines compétences : une prise de conscience et une meilleure mobilisation de ses ressources, l'aptitude à mieux percevoir son environnement pour être capable de changer, lui-même mais aussi son contexte de vie s'il s'avère être défavorable et la capacité à découvrir d'autres chemins de croissance, parmi un éventail de possibilités de son nouvel environnement.³⁵

2.1.2.2. Le racisme, en particulier dans le milieu médical

Pour restituer le contexte dans lequel les patients d'origine maghrébine ont pu vivre il y a quelques temps, citons un article de la *Revue du Praticien* du 21 juin 1973 traitant des « traumatismes » : « ils peuvent être bien entendu d'origine très diverse : les plus courants relèvent de coups directs (accidents d'auto par exemple), d'arrachements, de morsures (chien, **arabe**), de brûlures (par le feu, liquides en fusion, caustiques...) ». ³⁶

Les patients d'origine maghrébine ont souvent pu être victimes de ségrégation et d'actes racistes. Il serait dommage de sous-estimer le mal-être de ces immigrés et le poids de leur histoire en France.

Les opinions que les professionnels de santé peuvent émettre engendrent parfois une méfiance de la part du patient. La pratique thérapeutique aussi variée soit-elle implique un certain degré de confiance entre le praticien et le patient ; celui-ci sera moins disposé à procéder à un travail d'introspection puis à transmettre et exprimer ses ressentis, informations importantes pour le pharmacien.

Les stéréotypes ethniques peuvent induire de fâcheuses réactions d'un côté ou de l'autre, comme de la peur, du mépris, de la rancœur, de la pitié, de l'agressivité, de la méfiance, ou encore de la prudence. Il est très important que les soignants ne basent pas leurs évaluations sur des stéréotypes qu'ils auraient fondés sur les différents groupes ethniques. Les patients ne peuvent bien entendu pas être catégorisés en prenant en compte uniquement les milieux socioéconomique, culturel et ethnique.

Le langage et le vocabulaire employés par le pharmacien peuvent d'ailleurs consciemment ou non susciter un ressenti ségrégatif par les patients ; ceci précisément lorsque le professionnel de santé essaye d'adapter son niveau technique de langage médical au niveau socioculturel du patient. Celui-ci peut alors ressentir une impression de mépris et de sous-estimation de ses connaissances.

Les professionnels de santé doivent réaliser qu'en raison d'un facteur discriminatoire, quel qu'il soit, ils passent à côté de la force culturelle des groupes minoritaires et bloquent le processus de dialogue.

2.1.2.3. Le « communautarisme »

Le « communautarisme » est un concept mal défini (la dernière édition du dictionnaire Petit Robert ne le répertorie pas), plutôt idéologique que scientifique. Largement employé par les médias, souvent de manière péjorative, il se rapporte en France la plupart du temps à la communauté arabo-musulmane.

La difficulté d'intégration, la souffrance commune et la concentration urbaine des patients issus de l'immigration dans les mêmes quartiers conduisent ceux-ci à un regroupement solidaire et un renfermement sur leurs propres valeurs culturelles, en un mot au « communautarisme ». La notion d'« Islam fier » s'est développée ces dernières années, précisément chez les petits-fils d'immigrés, avec, entre autre, une recrudescence des valeurs traditionnelles.

« La dépossession des identités culturelles mène à leur répétition obsessionnelle ».³⁷

Ce phénomène de société induit une mise en avant et une valorisation des particularités ethnoculturelles ; mais il peut être un frein sur le plan relationnel avec le soignant car certains patients auront alors des difficultés à s'adresser à des professionnels de santé d'origine différente de la leur, comme s'ils n'étaient pas à même de les comprendre.

2.1.3. La place de la religion

Il y aurait en France environ 60% de personnes se déclarant avoir la foi en un Dieu³⁸ ; parmi elles, 6% de la population française, soit 3,7 millions de personnes, seraient de confession musulmane. Les migrants originaires du Maghreb et d'Afrique Noire sont issus de pays où l'Islam est la religion dominante.³⁹

2.1.3.1. La prédestination

La religion a une influence importante sur la perception du corps, de l'âme et de la mort. Le comportement en terme de santé d'un croyant va donc être profondément influencé

par ses convictions religieuses. On n'aborde pas de la même manière la mort lorsque l'on croit à une vie post-mortem ou lorsque l'on nie le concept d'âme.

La notion du pouvoir et de la volonté d'un Dieu sur la vie est déterminante quant à la perception de sa propre existence. Certains musulmans pensent que « Dieu guide leurs pas ». Le terme « Inch Allah » correspondrait au caractère prédéterminé des événements qui surviennent durant la vie. Le sens du terme « Mektoub » se rapprocherait du précédent avec une touche de pessimisme et d'impuissance ; il pourrait s'agir d'une résignation face à une volonté supérieure.

2.1.3.2. La sacralisation de la vie et l'aspect transitoire de la pathologie

Précisément dans les religions juive et musulmane, la vie (et toute action qui permet de la perdurer) a un caractère sacré et se place au dessus de toute autre chose.

Dans le Coran, l'état d'une personne malade est considéré comme une situation temporaire.⁴⁰ Le diabète étant une pathologie chronique, il peut arriver que certains patients ne se considèrent pas comme malades.

2.1.3.3. Le jeûne du Ramadan

La pratique religieuse musulmane repose sur un code rituel que l'on appelle « les cinq piliers de l'Islam », nous nous intéressons particulièrement à l'un d'eux : le jeûne du Ramadan.

En France, le Ramadan est la pratique musulmane la plus répandue. Selon un sondage réalisé en 2001 par l'IFOP, le jeûne constitue le marqueur identitaire par excellence ; 60% des personnes interrogées disaient le respecter en 1994, contre 70% en 2001. Un récent sondage CSA donne même le chiffre de 88% des musulmans de France qui respecteraient le jeûne. Un chiffre qui s'élèverait à 94% chez les moins de 30 ans.⁴¹

« En Occident on ne voit le Ramadan que comme une contrainte mais c'est surtout une joie » explique l'écrivain Fatema Bekhaï dans un article du *Monde*. Une enseignante en psychologie ajoute que « jeûner permet de se mettre dans la peau de celui qui est dans le besoin ». ⁴¹

A travers le phénomène de société qu'est le Ramadan et son développement, on peut comprendre que les personnes de culture musulmane ont besoin de retrouver leur identité et

ressentent la nécessité de se regrouper pour contrecarrer l'image collective qu'ont engendrée les derniers événements de la scène internationale, notamment les attentats terroristes qui se sont multipliés depuis l'effondrement des tours jumelles.

2.1.4. Le rôle de la famille en Afrique

2.1.4.1. La famille

Dans de nombreuses cultures, la famille et la communauté du patient sont intimement liées à sa vie. Par conséquent, la famille peut jouer un rôle déterminant dans la prise en charge du patient.

En Afrique Noire par exemple, la notion groupale est très présente : le système d'interprétation traditionnelle de la maladie sous-jacente fait d'elle « l'expression d'un désordre atteignant le groupe familial tout entier ».

Le guérisseur ne centre pas du tout son attention sur le malade mais réunit la famille et peut décréter que l'origine de la pathologie est liée à un dysfonctionnement familial (par exemple l'influence néfaste d'un oncle sur le patient).

2.1.4.2. L'isolement

Les patients immigrés qui n'ont pas pu bénéficier du regroupement familial ou qui sont venus seuls peuvent souvent souffrir profondément de ce manque parental et affectif.

Nous pouvons dès lors nous interroger sur la difficulté d'adaptation (et sa durée surtout) des immigrés seuls, immergés en France. Certaines personnes, parfois des familles entières, souffrent alors de l'isolement quelquefois total dans les cités-dortoirs. La solitude peut être le facteur limitant de la motivation du patient immigré.

Un patient seul, de niveau socio-économique modeste et n'ayant pas de notion thérapeutique, a certainement besoin d'un encadrement psychosocial et d'éducateurs thérapeutiques tels qu'un pharmacien conscient de sa situation.

2.2. Santé perçue et santé objective

2.2.1. Santé perçue des immigrés

Les comparaisons de pourcentages dans ce chapitre représentent respectivement les données sur les personnes immigrées et non-immigrées.

D'après des études de l'INSEE, les immigrés auraient une moins bonne opinion de leur état de santé que les non-immigrés (seulement 60% s'estiment être en très bonne santé). Ce sentiment s'accroît avec l'âge et notamment chez les immigrés de plus de 60 ans (un tiers estime ne pas être en bonne santé, contre un cinquième des non-immigrés). A sexe, âge et revenus comparables, ces différences de jugement sur l'état de santé diminuent sans pour autant disparaître.⁴²

Prenons l'exemple des problèmes dentaires : les immigrés déclarent plus souvent avoir souffert de problèmes dentaires au cours de l'année passée (58% des consultations liées à ce type de problème contre 43%), mais sont un peu moins nombreux à avoir consulté un dentiste sur la même période.⁴² Les immigrés consultent plus souvent lors d'une douleur dentaire et bien moins souvent en contrôle systématique. Cela s'explique en partie par la faiblesse de leurs revenus comparativement aux non-immigrés. Le problème de la prévention médicale se pose dans ce cas.

Les immigrés sont de même moins nombreux à corriger leur vision (57% contre 65%), notamment par des lentilles de contact ; tandis qu'ils estiment un peu plus souvent en avoir besoin (18% contre 14%), cela même à âge, sexe et revenus égaux : ainsi le coût de ces équipements n'explique pas totalement ces disparités.⁴²

Malgré leur moins bon état de santé déclaré, les immigrés ont autant recours au système de soins que les autres, voire un peu moins dans le cas du généraliste (80% d'immigrés ayant consulté au cours de la dernière année contre 85%). En revanche, ils ont aussi souvent consulté un spécialiste, effectué des examens médicaux à titre préventif ou « consommé » de médicaments sur une période de plus d'un mois.⁴³

Un fait intéressant : lorsqu'ils déclarent avoir un état de santé moyen, médiocre ou mauvais, les immigrés ont aussi souvent que les autres sollicité un médecin mais ont moins souvent eu recours à des médicaments de façon prolongée.⁴³

Cette perception subjective se retrouve aussi dans l'usage des traitements :

Une patiente d'origine asiatique vient voir son pharmacien pour traiter une toux sèche. Le pharmacien lui propose alors de l'hélicidine®. Elle explique qu'« il y a des médicaments qui ne marchent pas sur nous [les asiatiques], je préfère prendre du toplexil® car je l'ai déjà essayé et il me convient bien ».

Le regard que porte le patient sur lui-même est déterminant par rapport à la prise en charge thérapeutique. Un patient persuadé d'avoir plus mal que les autres et d'être moins bien pris en charge peut souffrir d'un sentiment d'injustice.

2.2.2. Santé objective

Le phénomène de migration implique généralement un état de précarité (plus ou moins transitoire) et des discriminations, et par conséquent un problème d'accès au soin.

La vulnérabilité occasionnée par la migration additionnée aux variables d'ordre culturel peut être responsable d'une incidence plus élevée des pathologies. La génétique, liée au caractère ethnique des patients, a son importance dans le développement de certaines pathologies ; mais dans la plupart des cas, c'est surtout l'environnement qui va être déterminant dans l'émergence des pathologies.

Environ 90 000 Maghrébins de plus de 65 ans vivaient en France en 1999 (et 53 300 Africains Sub-Sahariens). Le nombre de Marocains a triplé en dix ans, celui des Algériens plus que doublé. Alors qu'ils consultent trois fois moins que les Français âgés, les vieux travailleurs maghrébins souffrent, dès 55 ans, de pathologies observées chez les Français de vingt ans plus âgés, selon le HCI. Elles sont liées aux conditions de travail sur les chantiers, au logement précaire, aux carences alimentaires, à des affections respiratoires et au diabète.⁴⁴ L'impossibilité, une fois rentrés au pays, de se faire soigner en France, leur fait craindre de partir. La carte de séjour "retraité" destinée aux immigrés retournés au pays ne fait en effet bénéficier des prestations maladie qu'en cas de « soins immédiats ».

Prise en charge et fréquence de consultation :

Le taux de suivi pour une maladie grave ou chronique est le même pour les personnes immigrées ou non, mais il est impossible de savoir si elles souffrent plus souvent de ce type de pathologies tout en étant moins suivies médicalement.

Dans tout type de population, les femmes ont davantage recours au système de soins que les hommes. Ce fait s'explique par le suivi gynécologique mais aussi par le fait qu'elles sont plus nombreuses à consulter dans un but préventif.⁶

Par la faiblesse de leurs revenus, les immigrants bénéficient moins souvent d'une mutuelle ou d'une assurance médicale prenant en charge une partie de leurs dépenses de santé (62% contre 87%). Ils sont aussi plus nombreux à ne pas être remboursés, ou alors seulement par la sécurité sociale (22% contre 6%), ou à n'avoir aucun frais de santé car bénéficiant de dispositifs destinés aux personnes à faible ressources (Couverture Médicale Universelle) ou aux personnes souffrant de certaines affections longue durée (15% contre 8%).⁴⁵

Variabilité ethnique face à la thérapeutique médicamenteuse :

Il semble bien exister aussi une variabilité de la sensibilité à la thérapeutique médicamenteuse (principalement sur le plan de leur métabolisation).

Le cas des acétyleurs lents ne manque pas d'intérêt : il concerne surtout les personnes asiatiques (et particulièrement les Japonais). Cette caractéristique métabolique induit une augmentation des taux plasmatiques de certains médicaments. Il s'agit de ceux biotransformés par le cytochrome P450. Ainsi, le laboratoire « Santé Canada » recommande aux patients utilisateurs de crestor® de prendre la dose la plus faible possible pour obtenir les résultats escomptés, soit 5mg au départ (cette recommandation concerne « les patients asiatiques, les patients souffrant de troubles rénaux graves et les patients souffrant d'autres facteurs les rendant vulnérables aux problèmes musculaires »).

Un autre exemple : la nifédipine aurait une biodisponibilité per os très supérieure chez les Européens caucasiens. Il leur est recommandé à eux aussi de débiter à très faible dose le traitement.⁴⁶

L'exemple du diabète :

Le diabète de type 2 représente un problème majeur de santé publique qui touche plus particulièrement certaines populations de migrants : Bangladais et Pakistanais au Royaume-Uni, Chinois et Mexicains aux USA... Les populations de migrants sont plus à risque de développer un diabète, en raison de la faiblesse de leur niveau socio-économique et du changement de leur mode de vie, s'éloignant peu à peu de leur culture d'origine (pouvant correspondre à un phénomène d'aculturation), des modifications de leur alimentation et de leurs pratiques d'activité physique ; il faut ajouter à cela le stress psychosocial que constituent l'immigration et l'exil.⁴⁷ Ce sont les principales raisons de l'incidence élevée du diabète, et

particulièrement le type 2 insulinorequérant, chez les patients de culture maghrébine vivant sur le sol français.

Les complications liées aux pieds du diabétique constituent un problème de santé publique : c'est une cause majeure d'hospitalisations, d'amputations et de mortalité chez les patients diabétiques. Bien que la neuropathie en soit la cause principale, elles pourraient être évitées dans la majorité des cas par un travail de prévention.⁴⁸

Un périodique d'épidémiologie traitant des problèmes liés au pied du diabétique en Afrique a mis en lumière l'expansion des affections vasculaires périphériques en plus de celle des neuropathies dans cette pathologie (probablement due à la progression de l'urbanisation dans ces régions).

Conditions d'hygiène déplorables, misère, fréquence de la comorbidité avec le sida, dénudement des pieds, faibles revenus et coutumes culturelles sont autant de facteurs responsables de ces problèmes en pleine croissance.

La précocité des diagnostics lors des lésions du pied, l'éducation et le traitement approprié des infections sont essentiels pour contrecarrer l'accroissement des complications.⁴⁹

2.3. Comportements

L'observation des comportements du patient doit mettre en lumière ce qui favorise l'observance, mais aussi certains aspects délétères, qui peuvent la limiter ou même mettre en péril sa santé. Nous allons voir qu'il existe des disparités ethnoculturelles sur le plan de l'automédication, de la relation de confiance envers le soignant, de l'acceptation de la thérapeutique (médicamenteuse comme hygiéno-diététique) et de son application.

2.4. Connaissances du patient

2.4.1. Connaissance de la langue française

Le langage est la principale barrière entre le praticien et le patient venant d'une minorité. L'incompréhension respective des deux bords peut amener à des contresens parfois malheureux. Par exemple, si un praticien questionne un patient qui ne parle pas aisément le français, les réponses du patient ne vont pas dépendre des questions du praticien mais plutôt

de l'interprétation qu'il en fait. De plus, le patient peut être perçu comme sombre, renfrogné et peu coopérant alors que son silence est en fait lié à sa méconnaissance linguistique.

Bien sûr, le niveau de maîtrise du langage joue un rôle clé dans le processus d'évaluation par le professionnel de santé de la compréhension et de l'acceptation du patient.

2.4.1.1. Maîtrise de la langue française

Les immigrants, souvent arrivés en France à l'âge adulte ou plus jeunes avec leurs parents, ont été majoritairement élevés dans leur langue maternelle, éventuellement associée au français : dans les trois quarts des cas, il s'agissait exclusivement d'une langue étrangère et dans un cas sur cinq du français et d'une langue étrangère. Seulement 7% des immigrants ont des parents qui leur parlaient exclusivement en français (il s'agit pour l'essentiel d'immigrants arrivés très jeunes ou natifs d'anciennes colonies françaises).

Les immigrants venus du Portugal ont très rarement grandi dans un environnement francophone (7%). A l'inverse, les immigrants originaires du Maghreb sont les plus nombreux à avoir bénéficié d'un tel environnement (36%). A sexe et âge à l'arrivée comparables, ces différences demeurent.

Plus les immigrants sont arrivés jeunes ou sont installés depuis longtemps, moins ils pratiquent leur langue maternelle et plus le cercle de personnes avec lesquelles ils l'utilisent est restreint.⁵⁰

Dans leur grande majorité, les immigrants dont la langue maternelle n'est pas exclusivement le français considèrent qu'ils maîtrisent la langue française. Seuls 26% disent éprouver des difficultés à la parler, difficultés qui, dans 38% des cas, entraînent une gêne lorsqu'ils doivent l'utiliser.

A sexe et pays d'origine donnés, c'est l'âge lors de la migration, plus que l'ancienneté de la présence en France, qui pèse sur le sentiment de maîtriser la langue française. Le fait d'être arrivé jeune et donc d'avoir été scolarisé tôt en France est déterminant : la quasi-totalité des immigrants arrivés avant l'âge de 10 ans considèrent avoir une bonne maîtrise du français, contre la moitié de ceux arrivés après 25 ans. Bien que les immigrants du Maghreb soient, dans leur ensemble, parmi ceux dont les parents utilisaient le plus le français pour leur parler, ils sont par la suite parmi ceux qui éprouvent le plus de difficultés à s'exprimer en français. Près du tiers d'entre eux ont ce sentiment.⁵¹

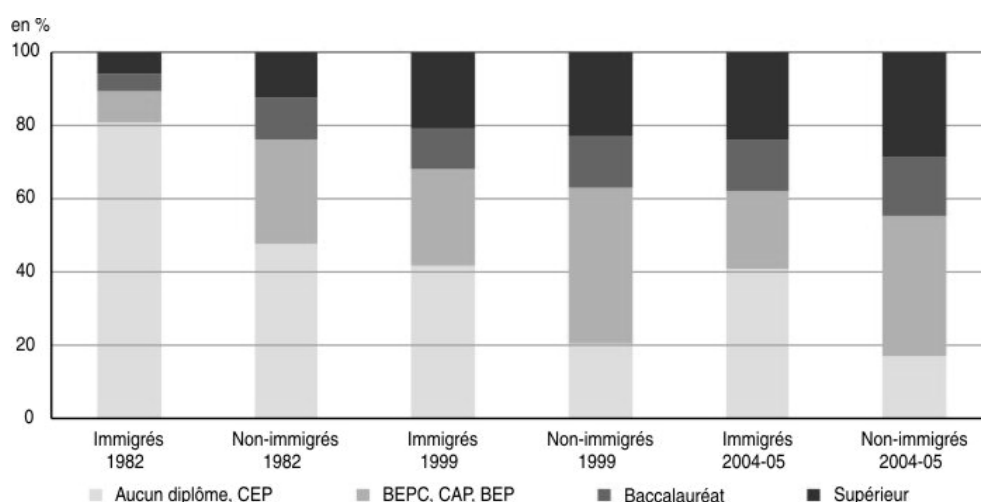
2.4.1.2. Transmission des langues

Dans six familles immigrées sur dix, le père comme la mère s'adressent principalement en français à leurs enfants ; mais la pratique de la langue est progressive et n'est acquise qu'après un long séjour en France. Si ce cas de figure concerne plus des deux tiers des parents installés en France depuis plus de vingt-cinq ans, il reste minoritaire dans les familles installées depuis moins de dix ans. Cet impact progressif de la durée de séjour explique une grande partie des disparités selon le pays d'origine. La pratique du français est plus développée parmi les familles originaires d'Algérie, d'Afrique Sub-Saharienne ou du Portugal car celles-ci ont connu la colonisation ou sont issues de courants migratoires anciens. A l'inverse, elle est très minoritaire pour les immigrés venus beaucoup plus récemment de Turquie : seulement deux parents sur dix originaires de ce pays s'adressent dans cette langue à leurs enfants.

Les mères utilisent plus souvent que les pères la langue française pour communiquer avec leurs enfants. Dans les familles mixtes (dont l'un des parents est de nationalité française) en revanche, les parents parlent principalement français avec leurs enfants.⁵¹

2.4.1.3. Illettrisme

Précisons qu'il existe plus de 10% d'illettrés en France, majoritairement issus de l'immigration. L'usage des notices et des explications écrites du pharmacien et du médecin sera alors impossible ; le patient se basera alors sur son seul souvenir des explications verbales des soignants.



Champ : personnes âgées de 30 à 49 ans, résidant en ménage ordinaire et non étudiantes.

Source : Insee, recensements de 1982 et 1999, enquêtes annuelles de recensement de 2004 et 2005.

Figure 12: Évolution de la structure des diplômes des immigrés et des non-immigrés

2.4.2. Représentation des structures de santé

2.4.2.1. L'hôpital

Aux yeux des familles africaines, la pratique hospitalière peut être interprétée comme un équivalent de communauté thérapeutique, concept prédominant en Afrique, où le groupe est essentiel pour soigner. L'encadrement « groupal » peut impressionner favorablement les patients sensibles à ce type de prise en charge. Les visites matinales des patients du service par l'ensemble de l'équipe médicale s'avèrent alors être d'une utilité thérapeutique intrinsèque (au-delà de la dimension transmissive et formatrice pour l'équipe). Son efficacité est en général reconnue par les patients immigrés.⁵²

Le caractère invasif de ces visites groupales peut par contre être mal perçu et traumatiser certains patients, en particulier lorsque l'état pathologique est associé à une sensation de honte et de peur.

Le rejet du groupe est la chose la plus violente que l'on peut infliger à un Africain ; c'est pourquoi l'hospitalisation ne doit pas être vécue comme un exil (isolement de sa famille) mais comme l'intégration à un groupe médical en vue d'être mieux soigné.

2.4.2.2. La pharmacie d'officine

Le rapport entre le pharmacien et les patients âgés originaires du Maghreb (et par extension les « enfants d'une immigration douloureuse et difficile ») n'est pas toujours aisé. Le renfermement et la difficulté de dialogue, souvent observés avec ces patients, peuvent s'expliquer par la représentation symbolique de la pharmacie officinale.

Dans certains cas, l'officine peut être perçue comme une institution française, relais de la sécurité sociale et de l'hôpital, et donc comme un symbole institutionnel du « pays d'accueil ». Le pharmacien devient alors l'un des représentants du pays dans lequel certains rencontrent des difficultés d'intégration, des refus de regroupement familial et toutes sortes de frustrations. Dans l'hypothèse d'un amalgame entre la pharmacie officinale (étant pourtant une entreprise privée) et les institutions françaises (en particulier la sécurité sociale, symbole de la prise en charge sanitaire), il n'est alors pas étonnant de constater des confrontations et des tensions en réponse au discours du pharmacien.

2.4.3. Représentation du personnel de santé et du pharmacien en particulier

2.4.3.1. Le savant et sa crédibilité

Le respect : Il existe en général un respect profond dans la perception du professionnel de santé par le patient d'origine africaine ; il détient le savoir, connaît les maladies et prodigue les remèdes et les conseils pour les guérir.

Un caractère magique ou du moins tabou englobe le rapport au corps et bon nombre de patients préfèrent en ignorer les clés et les déléguer aux soignants.

L'âge du professionnel de santé peut jouer un rôle prépondérant. Dans leur tradition, les « anciens » sont ceux qui détiennent la connaissance, l'expérience, la sagesse : ce sont ceux qui dispensent les conseils aux plus jeunes. D'autant plus qu'un « vieux » sera bientôt un ancêtre, et donc celui par lequel il va falloir passer pour accéder à la communication avec l'au-delà, en particulier pour régler les désordres pathologiques.

Le sexe du professionnel de santé aura aussi une incidence sur la crédibilité et la confiance qui lui seront accordées, en particulier face à des patients relativement âgés. Dans la culture musulmane, la femme est souvent plus effacée, plus discrète, passe pour soumise.

Le guérisseur : Le personnel de santé peut aussi être comparé ou mis en concurrence avec les guérisseurs et les sorciers (au même titre que dans des villages ruraux typiquement français où les croyances sont encore développées, ainsi qu'en ville). Les compétences du soignant peuvent alors être remises en cause ou associées à des forces paranormales :

« Ce n'est pas vous mais les guérisseurs du Sénégal que j'ai consultés qui ont guéri mon fils et la famille » ou « ce n'est pas vous mais Dieu » comme dirait un guérisseur musulman...³¹

La question est de savoir s'il est préférable de nier totalement ce type de croyances, ou de les respecter et peut-être même de les utiliser comme outil thérapeutique dans certains cas précis.

La crédibilité : Le problème de la crédibilité du professionnel de santé est lié à différentes causes : la disparition du statut de notable (à part dans certains villages et pour une part des personnes âgées), les scandales provoqués par la remise en vente de médicaments inutilisés ramenés dans les pharmacies par les patients, et l'image souvent assez négative que

donnent certaines firmes pharmaceutiques. Mais le problème principal est probablement la double facette du métier officinal : le fait que le pharmacien soit à la fois un commerçant et un professionnel de santé peut générer de la méfiance de la part des patients vis-à-vis de ses motivations.

2.4.3.2. Les conséquences de la connaissance des cultures

La perception du comportement du pharmacien par le patient est bien différente en fonction de la représentation qu'il se fait du soignant.

En effet, s'il pense que le soignant connaît les codes de sa culture (notamment s'il est de même origine que lui), il interprétera ses comportements comme étant pleins de leur sens.

Par exemple, lorsqu'un patient maghrébin se retrouve face à un pharmacien ayant des traits caucasiens et un comportement général typiquement occidental, il ne s'offusquera certainement pas de se voir présenter une main gauche pour le saluer. Tandis que face à un professionnel de santé d'origine maghrébine, le geste pourra être interprété comme un affront personnel.

2.4.4. Rapport au corps, douleur et mort

2.4.4.1. Le rapport au corps

Connaissances physiopathologiques :

Chaque personne a un rapport au corps qui est intimement lié à la connaissance et aux représentations qu'il en a. Les notions physiopathologiques du patient vont influencer sur son rapport au traitement et à la pathologie.

Prenons l'exemple relaté par un néphrologue du centre hospitalier universitaire de Grenoble :

Un chibani était hospitalisé pour une hématurie importante et non expliquée. Toutes les analyses biologiques étaient normales et les médecins du service s'interrogeaient devant l'étiologie inexpliquée de ce saignement. Après un long entretien, le patient a fini par expliquer que suite à des difficultés à uriner, il s'était enfoncé un fil de fer dans l'urètre pour le déboucher. Ce patient souffrait en réalité d'hypertrophie de la prostate ;

il ne voyait pas comment avaler un comprimé par la bouche pouvait « déboucher son tuyau ».

Regard et toucher :

La pudeur dictée par le Coran demande beaucoup d'égards lors des relations avec les femmes musulmanes. Beaucoup de maghrébins souhaitent rester avec leur femme pendant les examens ou lors de la prise de mesures orthopédiques. Ces femmes peuvent aussi avoir beaucoup de réticence à retirer leurs vêtements.

D'un autre côté, on peut remarquer chez les femmes africaines migrantes l'importance des interactions tactiles corporelles avec leur enfant au détriment des interactions visuelles qui sont celles qui prédominent en Occident.

Exemples de méprises et de vexations potentielles par ignorance des valeurs culturelles :

-Toucher la tête d'un enfant asiatique est un manque de respect alors qu'il s'agit de bienveillance au Maghreb ou en Europe.

-Vanter la beauté des enfants maghrébins peut provoquer une inquiétude chez leurs parents (geste de protection des mères maghrébines pour chasser le mauvais œil).

2.4.4.2. La douleur et la somatisation

Dans les pays du pourtour de la Méditerranée (notamment en Italie et au Maghreb), la douleur a tendance à être surexprimée tandis que dans la culture asiatique, elle est plutôt occultée et sous-estimée. Il s'agit de la valeur et du sens que donne la culture à la douleur dont il est question.

Somatisation :

La stigmatisation sociale potentiellement générée par la migration se traduit par une impossibilité de communiquer : le corps et donc la maladie vont se substituer au langage pour exprimer un mal-être profond. La somatisation peut aussi signifier le défaut de l'inscription et de l'identification à la nouvelle culture par la langue.⁵³

En fonction des cultures, la souffrance physique sera plus ou moins focalisée sur un organe particulier. Il existe une variabilité culturelle de la localisation (et de l'expression) de la douleur : les Français ont tendance à somatiser leurs problèmes en les focalisant sur l'estomac tandis que les Anglais les centrent plutôt sur le cœur. Les maghrébins expriment

souvent leur mal-être par le biais du corps (« syndrome méditerranéen »), en particulier par des troubles digestifs et des affections intestinales (peut-être à cause de leur rapport quasi-sacré à l'alimentation).

2.4.4.3. Le rapport à la mort

La crainte suprême du musulman est de mourir seul, privé de toute assistance religieuse (précisément pour prononcer la « *shah ada* »).⁵⁴

Suite au vote de la loi de 1975 autorisant le regroupement familial, l'implantation durable des familles maghrébines de France a réellement été possible. Dès lors, des carrés musulmans ont été créés dans les cimetières de France, permettant aux familles musulmanes de faire le deuil de leurs morts dans de meilleures conditions. En effet, la mort est intimement intriquée à la religion chez les musulmans.

Dans les croyances traditionnelles africaines, la mort est dans la plupart des cas attribuée à la malveillance d'un être invisible ou à des hommes sages ayant décidé eux même de mourir.⁵⁵

L'approche du concept de mort est donc souvent détachée de sa responsabilité. Cette vision pose problème dans le sens où il est difficile de responsabiliser les patients et de leur faire comprendre qu'ils jouent un rôle déterminant dans l'émergence des maladies et la diminution de leur espérance de vie.

2.4.5. Représentations de la maladie et de ses causes

« La question de la causalité est une question essentielle de l'anthropologie de la maladie. Dans les sociétés traditionnelles, les représentations de la maladie et de ses causes subordonnent systématiquement le destin de l'individu souffrant au destin de son groupe d'appartenances ».⁵⁶ Les anthropologues ont montré la place essentielle des « étiologies sociales » ou « magico-religieuses » dans les médecines des sociétés traditionnelles, s'opposant en cela à ceux qui ne voyaient dans ces théories que de naïves croyances, des scories d'une pensée non rationnelle. Au sens des ethnopsychiatres, ces concepts énigmatiques doivent être considérés comme de véritables théories étiologiques caractérisées par des propriétés spécifiques.

Ces énoncés sur la cause de la maladie sont de nature culturelle ; ils sont constitués d'un corps organisé d'hypothèses qui n'appartiennent pas à l'individu. Celles-ci sont mises à sa disposition par son groupe d'affiliation et sont transmises sous de multiples formes : par l'expérience, par le récit, par des énoncés non langagiers comme les rituels, par les techniques du corps, par les techniques de soins... Ces énoncés sont des « mécanismes traditionnels de production de sens ».⁵⁶

Pour expliquer un désordre (maladie mais aussi perte, malchance...), l'individu cherchera à mettre en évidence une cause directe ou indirecte. On évoquera alors des « êtres culturels » : divinités, génies des eaux, des marigots ou de la terre (possession) ; des processus techniques, sorcellerie, maraboutage, interventions magiques... ; la transgression de tabous ou d'interdits ; l'intervention des ancêtres, le retour des morts...

La dimension épidémiologique est aussi à prendre en compte ; en Afrique, beaucoup d'enfants meurent de la rougeole⁵⁷ ; de nombreuses « pandémies » telles que le sida et la tuberculose sévissent dans les pays en développement : désormais dans les pays développés, être un malade signifie être un soigné. Ce n'est pas le cas partout.¹⁶

2.4.6. Représentations de la thérapeutique

2.4.6.1. Notions rudimentaires de thérapeutique africaine

Il existe de grandes différences de perception sur le plan médical entre les cultures en Occident et en Afrique.

En Occident, nous vivons dans une société à univers unique, rationnel et logique ; tandis qu'en Afrique, il s'agit de sociétés à univers multiples, magiques mais néanmoins logiques.⁵⁸

De plus, ce sont des sociétés de tradition orale : la parole est le moyen de communication et de transmission principal ; « en Afrique, lorsqu'un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui brûle » (A.H.Ba)⁵⁹.

En Occident, le diagnostic est basé en partie sur l'interrogatoire du malade et son analyse.⁶⁰ La même démarche est adoptée en Afrique mais on peut aussi avoir recours à la divination (principalement la divination islamique). Cela consiste en l'interrogation des objets

reliés à l'univers caché : le sable, les coquillages, le chapelet de noix de palme ou le Coran. Le thérapeute peut aussi « voir » tout simplement grâce à un don ancestral.

Nous pouvons observer à peu près le même type de démarche en France, dans certains villages ruraux (mais aussi dans les villes).

Le mode d'analyse des thérapeutes traditionnels Sub-Sahariens induit différentes conséquences quant à la prise en charge du patient. Le schéma thérapeutique traditionnel peut être résumé de la sorte⁵⁸ :

- 1) constatation du désordre – accueil de la plainte
- 2) postulat de l'intention de l'invisible – existence même du divin
- 3) explication de cette intention – interrogation du sable
- 4) réponse adéquate adressée à l'invisible – prescription du devin

L'intérêt porté au malade est alors déplacé vers l'invisible (de l'individuel au collectif, du fatal au réparable).⁶¹ Les traitements traditionnels africains consistent soit à identifier celui qui revient pour arrêter le « mauvais cycle », soit à négocier avec les Ancêtres par des sacrifices ou des rites conjuratoires.³¹

La conséquence de l'application de la « pensée sauvage » pour la prise en charge d'un désordre est toujours de « dissocier les symptômes et le patient », d'attribuer une intentionnalité à l'invisible. La thérapie est alors plus un « parcours thérapeutique » qu'un « dispositif thérapeutique ».⁶²

Une autre différence importante entre les modes de traitements occidentaux et ceux du reste du monde (principalement d'Afrique et d'Asie) réside dans l'intégration du milieu familial ou non à l'étiologie pathologique et à la thérapeutique. En effet, la thérapeutique occidentale les centralise directement sur le patient, tandis que dans les sociétés traditionnelles, le traitement est collectif : le thérapeute essaye de faire participer toute la famille à la prise en charge du patient. Il s'agit de thérapies groupales, destinées à une communauté. Elles commencent par jouer le rôle de ciment social. C'est une autre raison pour laquelle ces thérapies ne sont pas centrées sur le patient lui-même (voire même décentrées, en apparence) mais sur le groupe car l'origine de la maladie peut se trouver dans une personne de l'entourage du patient (identification du sorcier responsable).⁶³

2.4.6.2. La perception des médicaments dans le monde

Il ne sera pas possible d'aborder l'ensemble des thérapeutiques médicamenteuses dans ce chapitre. Nous nous intéresserons principalement à la perception des médicaments et à leur représentation dans la culture des patients d'origine africaine.

L'ethnopsychiatre Tobie Nathan nous propose une définition du médicament : « dans une société non occidentale, un médicament est un objet actif permettant de créer, de maintenir puis de pérenniser la disjonction du symptôme et de la personne. Un médicament est donc un objet permettant de rendre concrète la théorie que professe la communauté sur la nature du désordre. »⁵⁸

Il poursuit avec sa définition dans notre propre société : « un médicament est aussi un objet actif qui permet de créer, de maintenir puis de pérenniser le contraire : cette fois-ci il s'agit de la jonction du symptôme et de la personne. »⁵⁸

Cette opposition de point de vue et de perception sous-entend que la compréhension et l'adhésion à la thérapeutique occidentale peut être inhibée chez des patients n'étant pas sensibilisés à cette culture.

1) Les différentes thérapeutiques :

En tant que professionnel de santé, il peut être intéressant de prendre connaissance des pratiques thérapeutiques répandues dans les autres cultures, car il existe, parallèlement à l'immigration, une délocalisation de ces coutumes dans les pays d'accueil (à moindre échelle).

D'après les études ethnopsychiatriques, la thérapeutique la plus répandue dans le monde est la prière, suivie du sacrifice animal.⁶⁴ C'est en particulier en Afrique que les sacrifices animaux relèvent des processus thérapeutiques. Vider de son sang l'animal permet de capter son énergie vitale. En France, ce type de pratique n'est bien sûr plus encouragé car la dimension affective dans les relations avec les animaux est très développée.

Il est intéressant d'avoir conscience de l'existence de différences qui peuvent paraître choquantes entre les pratiques médicales, et donc entre les représentations des disciplines médicales dans la tête des patients. Les coups de fouets pour traiter les maladies

psychiatriques sont encore d'actualité au Soudan et donnent d'ailleurs des résultats surprenants, selon un psychiatre autochtone.

2) La forme galénique et le site d'administration :

Pour bon nombre de patients Nord-africains, l'administration per os n'est pas assez efficace dans le cas d'une pathologie grave. Un remède puissant ne peut s'administrer qu'avec une seringue, directement dans la chair et, de préférence, sur le site même de la pathologie. Il peut être difficile de concevoir que prendre un traitement par voie anale soulagera des maux de tête.

Certaines formes galéniques n'ont pas un mode d'action qui se comprend de manière instinctive, surtout si elles sont couplées à des dispositifs d'administration complexes. Elles peuvent même parfois favoriser des erreurs de prise.

Par exemple, les gélules de Bronchodual® sont régulièrement avalées, les gouttes de Celestene® sont appliquées dans l'oreille des enfants, le Tanakan® en solution buvable est parfois utilisé comme un collyre.

3) L'effet des médicaments :

Un vieux préjugé est encore très répandu : il pousse les patients à croire « qu'un médicament efficace doit être désagréable d'administration ». Cette représentation peut être tellement ancrée dans l'esprit du patient qu'elle peut participer à une meilleure observance thérapeutique, voire au traitement lui-même.

4) L'acceptation ou le refus des traitements (les excès) :

Certains patients ont souvent tendance à avoir une vision binaire de l'effet des médicaments. D'un côté, certains voient les médicaments comme des produits un peu magiques, forcément curatifs. La notion d'effets secondaires indésirables n'est alors pas du tout intégrée ni acceptée. D'autres patients voient les médicaments comme le symbole de leur pathologie ou comme des générateurs de désagréments, sans vraiment d'effets sur la maladie dont ils sont affectés. Le pharmacien peut alors se heurter soit à un refus en bloc de la thérapeutique, soit à une incompréhension devant le conseil de ne pas traiter un symptôme du fait d'une balance bénéfice / risque trop faible.

2.4.6.3. Religion, magie et thérapeutique

Dans la culture musulmane, la religion prend une place importante dans la thérapeutique. Le Coran fait allusion régulièrement à différents traitements et dicte des lignes de conduite d'hygiène de vie. L'huile d'olive, les dattes, le miel et les fruits offerts aux malades sont assimilés à des médicaments (dans le Coran le miel mélangé au lait soigne la toux).

Autrefois l'insuline était extraite du porc ; les valves cardiaques non synthétiques sont d'origine porcine, de même qu'une bonne partie de la gélatine des gélules : cela contre-indique leur utilisation chez les musulmans ; de même, l'ingestion d'alcool est prohibée. Or il existe beaucoup de spécialités sous forme de sirop ou de gouttes composés en partie d'éthanol ; dans la plupart des cas, il est possible de modifier la prescription par une autre forme galénique ne contenant pas d'alcool. Par ailleurs, l'application d'alcool sur le corps ne semble pas être interdite par le Coran.

Quoi qu'il en soit, la question de l'information systématique du patient se pose. Dans les textes saints, le principe de sacralité de la vie prime. Il convient alors de se demander s'il n'est pas contraire à la religion de refuser de se traiter à cause de la composition des médicaments. Si le patient ne cherche pas à connaître l'origine de son traitement, il peut être intéressant de s'interroger sur la notion d'information systématique (même si la législation l'impose).

Prenons l'exemple de la transfusion sanguine : les témoins de Jéhovah la refusent catégoriquement. Depuis quelques années, la loi autorise (voire oblige) les médecins à la pratiquer lorsque le pronostic vital est engagé chez un patient mineur, même en cas de refus des parents. Nous pouvons nous interroger sur les conséquences de cet acte quant au rapport entre les parents et leur enfant devenu « impur » après la transfusion...

En Afrique Noire, l'approche thérapeutique traditionnelle par la sorcellerie et le recours aux esprits est fréquente. Pour une diarrhée, un rhume ou une fièvre, on ira consulter un médecin tandis que pour des pleurs répétés ou une agitation nocturne, on s'en remettra à la tradition car là, interfère la vision de *djinné* (esprits musulmans) ou de *dömm* (sorciers anthropophages chez les Wolofs)... D'autres fois encore, on peut assister à une association des schémas d'interprétation. La sorcellerie par exemple (schéma interprétatif traditionnel souvent évoqué), peut s'ajouter à une autre cause : « l'enfant peut, dit-on, attraper de manière

banale une maladie comme la rougeole mais, s'il s'y ajoute l'action de personnes voulant du mal, la maladie sera plus forte ».

2.4.6.4. Le caractère sacré de l'écrit

L'importance de l'écriture chez les musulmans est primordiale car les écrits du Coran sont la transcription littérale de la Parole Divine. Dans certains rituels religieux, des sourates écrites sur du papier sont lavées dans un récipient ; puis cette eau est bue par les fidèles. Ses vertus curatives sont sacrées.

Un cardiologue relate l'exemple d'un patient musulman auquel il avait prescrit un traitement contre l'hypertension artérielle. Trois mois plus tard, lors du rendez-vous suivant, le patient lui présente l'ordonnance vierge. Il explique alors l'avoir gardée contre son cœur durant les mois précédents, sans jamais l'éloigner de lui. La fonction habituelle de l'ordonnance, consistant à permettre la délivrance de médicaments n'a pas été perçue par le patient : l'ordonnance avait en elle-même une vertu thérapeutique exclusive.

Un manque d'égard vis-à-vis des ordonnances peut donc aussi choquer les patients musulmans qui vivent cela comme un mépris du traitement prescrit par le médecin.

De plus, l'idée que les choses soient écrites a, chez le musulman, un sens implicite : « écrire contient l'idée de destin que l'on ne peut changer ». Cet énoncé peut impliquer une inquiétude ou une sérénité quant à son avenir, puisque l'ordonnance formalise alors l'évolution de sa santé.³¹

2.4.6.5. La pratique de l'automédication

La plupart des cultures ont recours aux plantes traditionnelles dans leur arsenal thérapeutique. Dans la culture marocaine par exemple, les amandes amères, les tisanes à base de plantes diverses et les décoctions d'aubergines ont des vertus antidiabétiques.

Existe-t-il une contradiction entre la pratique de la médecine occidentale et le recours aux médecines traditionnelles ?

Il convient de se renseigner sur les consommations de plantes traditionnelles parallèlement à la thérapeutique classique (plantes riches en vitamine K, activateurs et inhibiteurs enzymatiques).

2.4.6.6. Le rapport à l'argent

Le problème principal du rapport pécuniaire à la thérapeutique est la notion de DROIT à la gratuité des soins. Dans l'idéal, l'accès à la santé et donc au soin devrait être un droit. Malheureusement, les modes de prise en charge économique des soins dans les différents pays du monde et l'état des finances de la Sécurité Sociale française nous font réaliser que malgré le statut privilégié des Français, nous en sommes loin.

Les patients ont trop souvent tendance à oublier le coût des médicaments, notamment à cause du règlement différé par l'usage de la Carte Vitale et du tiers payant. Notons d'ailleurs que certains thérapeutes (et particulièrement des psychiatres) refusent d'utiliser ce système, considérant que le paiement est une part de la thérapie et que sa non-réalisation risque d'induire une déresponsabilisation du patient vis-à-vis de sa prise en charge thérapeutique (notamment chez les personnes faisant un amalgame entre coût et efficacité). Néanmoins, le problème de l'avance financière se pose surtout chez les personnes ayant de faibles revenus ou des traitements très onéreux.

2.4.6.7. La notion de placebo et les médicaments génériques

Les chibanis sont parmi les patients les plus réfractaires à la substitution des princeps par les médicaments génériques. Il apparaît clairement dans leur comportement un sentiment de dévalorisation, comme s'ils ressentaient une sorte de ségrégation, une volonté de les léser, la peur de ne pas être traités comme les autres.

De plus, le nom est étroitement imbriqué à la personne en Afrique. Ainsi, si une personne est gravement malade, un guérisseur pourra attribuer sa maladie au fait qu'elle a été mal nommée et préconiser de modifier son nom. Le nom des médicaments prescrits pour la première fois peut donc faire partie intégrante du traitement aux yeux de certains patients : d'où la difficulté d'une substitution médicamenteuses secondaire.

2.4.7. Hygiène de vie

Le mode de vie et les habitudes quotidiennes sont des éléments déterminants pour les porteurs d'une pathologie chronique et notamment pour les diabétiques. L'hygiène de vie est la clé de voûte d'une thérapeutique efficace et permet de limiter l'apparition de nombreuses maladies et de leurs complications. Il s'agit ici de déterminer les éléments et particularités du mode de vie des patients qui peuvent avoir une incidence sur l'émergence de certaines pathologies.

2.4.7.1. La diététique

Diététique et culture :

Dans la charia (loi musulmane), l'alimentation joue un rôle de conservateur de la santé. La prière doit être faite cinq fois par jour, la première se situant entre l'aurore et le lever du soleil, ce qui implique un petit déjeuner pris de bonne heure. La prière du soir peut être l'occasion d'une collation. Le jour de culte est le vendredi, c'est aussi le jour traditionnel du couscous. Comme le reste de la population, les musulmans français prennent habituellement trois repas par jour et souvent un goûter.

Dans la vie courante des personnes d'origine maghrébine, certains rites sont incontournables : apporter des gâteaux lorsque l'on est invité ; accepter ce qui est offert ; proposer des boissons sucrées telles que le thé, les sodas ou les jus de fruit ; se resservir d'un plat. La profusion de mets sucrés est une manière d'honorer l'invité. L'accueil de l'hôte est sacré : il se concentre sur l'aspect culinaire et son abondance. En conséquence, le lien entre équilibre alimentaire et marque de respect envers l'invité ne va pas forcément de soi.

Au Maghreb, la bonne nourriture est celle qui « profite » ; la quantité prend alors le pas sur la qualité nutritionnelle : « si tu manges, tu es protégé ».

Un médecin de protection maternelle et infantile expliquait que pour une mère maghrébine, le fait de savoir son bébé dans les normes de la courbe de suivi du poids est inquiétant. En effet, son enfant doit de préférence être dans la limite supérieure car plus il est dodu et mieux il se portera.

Nous pouvons remarquer aussi un autre point intéressant : les critères de beauté sont bien différents en Europe et en Afrique. Les lignes filiformes sont préférées au Nord tandis qu'une belle femme au Sud sera bien en chair.

Dans la culture maghrébine, le thé est une boisson très répandue et consommée en grande quantité (souvent sucrée abondamment) à tous les repas et tout au long de la journée. Or sa prise lors des repas diminue l'absorption du fer par chélation.

Diététique et hygiène :

La consommation des repas en commun dans le même plat est fréquente dans de nombreuses cultures, souvent à même les mains. Ces pratiques peuvent favoriser la transmission des germes manuportés (*Echerichia Coli*, Salmonelles, *Helicobacter pilori*...).

Diététique et religion :

L'aliment principal proscrit par le Coran est le porc. La non consommation de porc, selon les familles est une observance religieuse ou une conformité sociale. Il semble que la prohibition du porc ait toujours été plus strictement observée que celle des boissons alcooliques.⁶⁵

En France, certaines familles consomment des viandes saignées dites « halal » (signifiant « licite »). De plus, la consommation d'animaux morts, de carnivores, de viande de cheval et de mulet est proscrite. L'éviction de ces viandes ne semble pas poser de problèmes sur l'équilibre alimentaire.

Diététique et Ramadan :

Le jeûne peut induire de gros désordres alimentaires, particulièrement chez des personnes en surpoids qui ont déjà du mal à équilibrer leurs apports.

Il existe deux grandes fêtes suivant le Ramadan, durant lesquelles le patient diabétique doit être particulièrement vigilant afin de ne pas trop déstabiliser son traitement et son état physiopathologique :

-*L'Aïd el Seghir* qui signifie « petite fête » : elle clôt le Ramadan et dure la journée suivant la dernière nuit du Ramadan. Le petit déjeuner peut se prolonger jusqu'au déjeuner ou au milieu de l'après-midi. Il peut être utile de mesurer sa glycémie au cours de cette

« journée-repas ». Le déjeuner a la structure du repas habituel mais est souvent évité car le petit déjeuner se prolonge dans l'après-midi. Il est suivi d'un goûter puis d'un dîner copieux.

-*L'Aïd el Kebir* est une grande fête où l'on sacrifie un mouton ; elle représente la fin du pèlerinage de la Mecque, 98 jours après la fin du Ramadan.

Ces deux journées de célébration peuvent être des déclencheurs de crise alimentaire, au même titre que les alternances de jeûnes diurnes et de repas abondants nocturnes.

2.4.7.2. Conduites addictives et consommation de drogues

En fonction des représentations propres à chaque culture, les individus n'ont pas la même notion des dangers potentiels relatifs aux différentes drogues. Ils n'ont pas forcément conscience du caractère stupéfiant de certaines substances, précisément lorsqu'elles sont consommées depuis longtemps dans la tradition de leur culture.

L'alcool :

La consommation d'alcool est prohibée par le Coran (sans parler de l'alcoolisme). Pourtant, certains fidèles ne respectent pas la charia sur ce point précis. Reconnaître son alcoolisme est déjà un acte courageux et difficile en soi. Lorsqu'il représente en plus la transgression des lois religieuses, cela devient quasiment impossible.

Le tabac :

La consommation du tabac et sa notion de dangerosité ne sont pas récentes mais elles sont plus ou moins ancrées dans bon nombre de cultures. La culture maghrébine accorde une place importante au plaisir de fumer.

Contrairement à certaines idées reçues, fumer le narguilé (ou pipe à eau) est beaucoup plus nocif que la cigarette, même si le refroidissement du tabac par l'eau réduit son effet irritant. De plus, l'eau ne « lave » en aucun cas la fumée de ses substances carcinogènes. Au contraire, l'adoucissement de la fumée poussera les consommateurs à inspirer plus profondément et plus longtemps. Les cigarettes roulées sont elles aussi plus toxiques que les cigarettes prêtes à l'emploi du fait de la moins bonne combustion du tabac.⁶⁶ Enfin, la consommation de cigarettes allégées induit en général une augmentation du nombre de cigarettes fumées quotidiennement et approfondit les bouffées inhalées (du fait de la diminution du taux de nicotine dans la fumée). Ces cigarettes ne constituent en aucun cas une aide au sevrage tabagique. Quant aux cigarettes officinales à base de plantes (d'eucalyptus en

particulier), elles sont bien plus riches en goudrons que les cigarettes classiques. Leur usage se justifiait comme une transition avant un arrêt définitif. Certains patients pensent que ce qui vient de la pharmacie ne peut être toxique, surtout si « c'est naturel ». Le rapport bénéfice / risque de ces substituts tabagiques n'a de toute façon pas été jugé suffisant puisque la vente de ces produits en officine a été interdite début 2007.

Le cannabis :

La consommation de cannabis est plus répandue dans la culture africaine (surtout au Maghreb) qu'en Occident. Elle est parfois associée à une dimension spirituelle et religieuse notamment chez les rastafaris et certaines castes musulmanes. Bon nombre d'idées reçues circulent sur cette substance dont les vertus ont tendance à être idéalisées et dont les dangers et les méfaits sont souvent occultés. Si le tetra-hydro-cannabinol (THC) a bien un effet broncho-dilatateur, il contient également des substances cancérigènes et irritantes déconseillées chez une personne souffrant de broncho-constriction. Le THC a des vertus antalgiques, orexigènes et anti-nauséuses mais peut également être le révélateur de pathologies mentales telles que la schizophrénie, les psychoses et les paranoïas.⁶⁷

2.4.7.3. L'activité physique et sportive

La pratique régulière du sport est une notion propre à certains groupes culturels. Le « sport pour le sport » est un concept typiquement occidental. Au Maghreb par exemple, la marche en tant que loisir peut passer pour une ineptie et du masochisme : pourquoi marcher pour le plaisir quand on doit faire cinq kilomètres pour aller chercher de l'eau potable au puits le plus proche ? Néanmoins, la pratique du sport est présente dans toutes les cultures. Elle est simplement plus ou moins développée chez chaque personne en fonction de son mode de vie.

2.4.7.4. Le rapport à la sexualité

Dans la religion musulmane, la sexualité est un sujet tabou. Cela peut induire un sentiment de gêne, des non-dits et des méprises lors des relations entre les professionnels de santé et les patients de cette culture (en particulier avec les femmes ou avec les enfants lorsqu'ils jouent le rôle d'interprète).

La délivrance des médicaments traitant les dysfonctions érectiles est souvent entourée d'un tabou limitant potentiellement le dialogue. Ce problème se retrouve avec les traitements

contraceptifs, dont la contraception d'urgence : il ne faut pas confondre la pudeur naturelle et l'excès de pudeur.

La réalisation d'un spermogramme lors d'une FIV est fréquemment refusée par les hommes musulmans car ils le ressentent comme une atteinte à leur dignité.

Le tabou lié au sexe peut augmenter considérablement l'incidence des infections sexuellement transmissibles par omission volontaire de communiquer sur ce sujet, tant de la part des partenaires du couple que des parents et des éducateurs.⁶⁸

2.5. Contexte organisationnel

2.5.1. Contexte socioéconomique

2.5.1.1. Qualité de l'habitat

Les immigrés habitent en moyenne dans des logements plus petits que les non-immigrés (75,1m² contre 90,6m²) et sont plus nombreux à y vivre (2,9 personnes contre 2,3). Ainsi les ménages immigrés, notamment ceux originaires du Maghreb, sont beaucoup plus souvent en situation de surpeuplement (respectivement 28% et 40% contre 5% des non immigrés).

Les ménages immigrés vivent plus souvent que les autres dans des logements où ils souffrent du bruit (41% contre 33%) et de l'humidité (27% contre 23,1%).

Plus des trois quarts des ménages venus du Maghreb vivent dans des immeubles collectifs.⁶⁹

2.5.1.2. Plan professionnel

52% des hommes et 23% des femmes immigrés sont ouvriers (contre 37% et 10%). Les immigrés sont plus nombreux à être artisans, commerçants et à pratiquer des métiers de services directs aux particuliers (services personnels et domestiques, hôtels, restaurants).⁷⁰

Les ménages immigrés dont la personne de référence est ouvrière perçoivent des revenus inférieurs de 16% à ceux des ménages non immigrés (contre 32% toutes catégories

socioprofessionnelles confondues). Leur revenu disponible est inférieur de 20% à celui des ménages non-immigrés.⁷¹

En 2002, le taux de chômage des immigrants s'élève à 16,4%, soit le double de celui des non-immigrés.

2.5.2. Contexte thérapeutique

2.5.2.1. Prise en charge médicale

Un pharmacien d'un quartier maghrébin dans le centre de Grenoble explique qu'il a une clientèle principalement d'origine maghrébine, majoritairement composée de personnes âgées, parlant difficilement voire pas du tout le français. Ils reviennent en France tous les trois mois pour régler des problèmes administratifs, revoir des amis, pratiquer un suivi médical et se faire délivrer leur traitement trimestriel. D'après lui, il est nécessaire de leur parler dans leur langue maternelle car « ils oublient le français de retour au pays ».

Ce fonctionnement pose un problème organisationnel (approvisionnement et transport des médicaments), il complique la relation et la compréhension mutuelle (nécessité d'illustrer par des supports visuels et des schémas).

2.5.2.2. Exemple du Ramadan

Le Ramadan est un jeûne diurne du lever au coucher du soleil (sans manger, sans boire ni fumer), il se situe le 9^e mois de l'année lunaire musulmane, plus courte que la nôtre ; cela explique la variation de date du Ramadan. Il est beaucoup plus éprouvant durant les mois d'été (la température est élevée et les jours sont longs). La durée du jeûne peut varier de 10 à 18 heures par jour.

Les musulmans insistent sur les avantages du jeûne sur le plan physiologique, apprenant l'endurance et éliminant les toxines. Il est recommandé aux adolescents et aux adultes bien portants.

Il convient de s'interroger sur la portée alimentaire du jeûne : à savoir s'il permet l'acquisition d'une certaine hygiène de vie tant sanitaire que spirituelle ou s'il est un élément déclencheur de crises alimentaires, notamment chez le patient obèse et de surcroît diabétique.

Le jeûne pose le problème des prises médicamenteuses diurnes généralement accompagnées d'eau et occasionne surtout des déséquilibres glucidiques et des adaptations posologiques chez les personnes diabétiques.

En France, si une personne ne peut pas faire le Ramadan (pour des raisons médicales principalement), elle doit en contrepartie faire l'aumône : chaque jour du Ramadan, la personne donne 5 euros à un organisme humanitaire ou à un nécessiteux de son entourage (soit 150 euros pour le mois). La purification par le jeûne est compensée par une action charitable.

2.6. Support social

Nous avons vu que la famille tient un rôle central dans la vie des patients de culture maghrébine et noire africaine, d'autant plus que l'isolement est souvent mal vécu. Une pathologie chronique peut être un facteur favorisant cette solitude, notamment chez les chibanis.

L'élément déterminant l'adhérence du patient au traitement, comme nous l'avons entrevu précédemment, est la motivation du patient. Sans l'envie de prendre en charge sa pathologie et sa thérapeutique, rien ne peut être envisageable. C'est lui qui va décider s'il va prendre ou non les médicaments prescrits par le médecin et délivrés par le pharmacien ; c'est lui qui va appliquer et suivre les conseils prodigués par l'ensemble des acteurs de santé qui gravitent autour de lui.

Après avoir observé et analysé les caractéristiques ethnoculturelles relatives aux facteurs qui influent sur le comportement du patient, il apparaît distinctement deux niveaux de prise en compte de ces particularismes en vue d'une optimisation thérapeutique.

L'un est relatif à l'approche du patient et à sa potentielle appartenance à certains niveaux de risque : caractéristiques socio-économiques, apparence générale induisant un *a priori*, donc une prise en charge adaptée mais non spécifique d'une ethnie en particulier (éducation diététique de base, information sur les possibilités de prise en charge et sur les techniques médicales, apprentissage de l'utilisation du matériel de mesure et d'injection...).

Le deuxième a trait aux connaissances, aux représentations et aux moeurs spécifiques d'une ethnie et d'une culture données (pratiques religieuses, type d'alimentation, automédication traditionnelle, culture sportive, représentations des traitements et des pathologies...).

La démarche suivante propose une synthèse de ces deux approches complémentaires pour tendre à une optimisation thérapeutique des patients immigrés.

3. Stratégies éducatives pouvant agir sur les facteurs ethnoculturels qui déterminent le comportement du patient

L'équité est l'un des principes cardinaux de la pratique médico-pharmaceutique. Elle conduit le professionnel de santé à répondre à tout patient sans aucune discrimination. Cette approche est quelquefois interprétée comme un principe d'égalité, qui voudrait que tous les malades soient traités de la même façon. Cette interprétation nous semble erronée. Il suffit de relire l'article 7 du code de déontologie médicale : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ». ⁷²

Cet article dit bien : « avec la même conscience » et non pas : « de la même façon ». Or le professionnel de santé exerce un art qui le conduit à appliquer de façon personnalisée son savoir. Dans toute la mesure du possible, selon les circonstances et les moyens disponibles, il lui revient donc de répondre individuellement aux besoins exprimés par chaque personne, selon l'affection dont elle souffre, en tenant compte de ses convictions et de son contexte environnemental.

Cette réflexion conduit à une autre considération. Le travail d'éducateur du professionnel de santé sera plus facile avec les patients les plus enclins à entendre ce discours. C'est pourquoi le pharmacien doit essayer de favoriser les relations avec les patients les plus discrets, car l'échange et la transmission de connaissances se décline à différents niveaux. Chaque patient a quelque chose à recevoir et à apporter.

Il ne faudrait pas interpréter l'intégration des données culturelles dans la relation avec le patient comme un traitement de faveur ou de défaveur. Il faut savoir être juste et égal envers tous les patients sur le fond, mais adaptable et adapté sur la forme du discours. Le patient ne doit pas avoir le sentiment qu'il subit un traitement particulier. La base de la relation patient / soignant réside dans le naturel de l'interaction et dans l'implication du patient dans la démarche éducative. Il s'agira de partir des connaissances, des habitudes, des

problèmes et des ressentis du patient pour trouver les solutions adéquates, afin qu'il y adhère pleinement.

Avant d'élaborer des stratégies éducatives, le pharmacien doit se poser la question : **où en est le patient de son image, de sa maladie et de son traitement ?**

Car si son but premier est de mettre en sécurité le patient puis d'améliorer son observance, il est important de savoir que c'est le patient, au final, qui décide. Quoi que puissent mettre en œuvre les professionnels de santé, si le patient n'a pas pris la décision de se prendre en charge, rien n'est envisageable sur le plan thérapeutique.

En nous inspirant des étapes du diagnostic éducatif, nous allons proposer une démarche d'adaptation de l'attitude du pharmacien, permettant au patient de mieux comprendre et accepter sa maladie et, peut-être, de mieux adhérer au traitement prescrit par le médecin, tout en en prenant en compte les particularismes ethnoculturels mis en lumière dans la partie précédente.

3.1. Premiers contacts avec le patient

3.1.1. Caractères de reconnaissance et de différenciation ethnoculturels du patient

Comment le pharmacien peut-il déterminer les caractéristiques ethnoculturelles du patient entrant dans son officine ?

Rappelons que le patient ne peut être abordé autrement que dans sa globalité ; c'est à dire en prenant en compte son degré de connaissance de la langue, son niveau socio-économique, sa culture, son âge, son sexe, etc. Il serait fâcheux de réduire le patient à la couleur de sa peau, à la marque de ses chaussures ou au nombre de rides qui sillonnent son front. Toute la difficulté de l'approche comportementale du patient réside en cette capacité de globalisation des caractéristiques du patient. Nous disposons d'un certain nombre d'*a priori*, de préjugés ; mais il faudrait réussir à avoir un jugement évolutif, à intégrer tous les éléments nouveaux apportés par le patient lui-même ainsi que par les questions posées par le pharmacien.

Pour établir notre évaluation ethnoculturelle, nous disposons donc de différents groupes d'informations. Tout d'abord, nous observons l'apparence physique du patient : sa physionomie, sa tenue, sa démarche puis la consonance de son nom et de son prénom. Nous nous intéressons ensuite à sa maîtrise du français, son vocabulaire, ses expressions. Il est primordial de garder à l'esprit que ces critères peuvent parfois être trompeurs et ne sont pas systématiquement représentatifs de la culture du patient. C'est pourquoi, une fois l'apparence du patient analysée (« la forme » pourrait-on dire), nous pouvons nous intéresser à la partie la plus riche et la plus importante de la relation (ce que nous appellerons « le fond »). Il s'agit d'analyser les informations apportées par le patient et de l'orienter vers des sujets susceptibles d'apporter des éléments permettant de mieux le connaître.

Ce n'est pas parce qu'une personne émigre d'un « pays en développement » qu'il faut tout de suite lui attribuer des traits culturels tribaux. Une personne ayant vécu toute sa vie dans un petit village d'Ardèche où le guérisseur officie plus régulièrement que le médecin du district sera sans doute plus proche de certaines valeurs culturellement qualifiables de « tribales » qu'un réfugié politique ayant passé sa vie au cœur de la bourgeoisie d'Abidjan. C'est pourquoi il faut prendre en compte tant les traits culturels propres au pays d'origine de la personne que le milieu et le mode de vie où elle évolue.

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">-Aborder le patient dans sa globalité-Établir une évaluation ethnoculturelle <i>a priori</i>-Obtenir le maximum d'informations durant l'entretien (en l'orientant si nécessaire)-Garder un certain recul et un recul certain |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3.1.2. Attitude générale (accueil, salut, communication verbale / non verbale...)

Il convient de définir les étapes successives lors d'un contact entre un patient et un professionnel de santé. Dans une officine, lorsqu'une personne franchit le seuil de l'établissement, il peut s'agir d'un patient connu (à des degrés variables) ou d'un nouvel individu. Dès lors la situation est très différente : soit on utilise les codes de communication établis au fil des rencontres avec le patient depuis qu'il fréquente la pharmacie ; soit il convient d'être le plus neutre possible tant que l'inconnu ne s'est pas dévoilé quelque peu. Poser des questions ouvertes, avoir un langage corporel respectueux, pas trop invasif et évolutif permet de poser les bases d'une relation profitable. Au fur et à mesure de la relation,

des éléments propres à la culture du patient se dévoilent et permettent au langage verbal et corporel du pharmacien de s'adapter aux usages de son interlocuteur.⁷³

Le professionnel de santé pourra s'interroger à propos des notions sur lesquelles il peut travailler dans le dialogue pour améliorer la prise en charge des caractéristiques ethnoculturelles : le salut, la phrase d'accroche, l'attitude générale... puis à nouveau le salut. Ainsi le salut est le premier et le dernier contact avec le patient : il s'agit donc de la première et la dernière impression laissée par le pharmacien.

Les patients d'origine africaine (Afrique Noire et Maghreb) ont une culture de la discussion et de ce que l'on peut appeler les « palabres ». Cela consiste à prendre des nouvelles de la famille, des voisins du quartier, du temps qu'il fera, de la conjoncture actuelle, etc., en d'autres termes à discuter en toute bienveillance. Ce dialogue peut être une pierre angulaire de la relation thérapeutique, car le patient est disposé à parler de lui en particulier.

En tous les cas, il apparaît clairement qu'un comportement découlant d'une analyse ethnique ne doit jamais émaner en premier lieu du pharmacien, notamment dans le domaine de la communication verbale (salut puis questions ouvertes). Il semble préférable de laisser le patient se dévoiler pour ne pas le caricaturer : on peut déceler en quelques phrases un « ethno-type » de base du patient.⁷⁴

- Poser des questions ouvertes
- Avoir un langage corporel respectueux et bienveillant
- Observer les attitudes et comportements de communication du patient et s'adapter à eux
- Adapter son comportement verbal et corporel au cours de l'entretien
- Proposer des conseils adaptés au potentiel du patient

Face au patient originaire d'Afrique en particulier, le pharmacien peut :

- Prendre le temps de discuter au préalable (demander des nouvelles de la famille du patient)
- Saluer chaleureusement et serrer la main du patient (la droite !) en début et en fin de rapport
- En général, regarder le patient dans les yeux
- Si nécessaire, savoir passer la main à une collègue (prise de mesures anthropométriques chez certaines femmes)
- Savoir passer la main à un collègue plus âgé (une jeune femme ne peut pas toujours parler librement d'un traitement de l'adénome prostatique à un chibani)

3.1.3. Compétences du pharmacien

Le pharmacien doit faire preuve d'une empathie profonde permettant d'écouter et d'observer très finement le patient, pour pouvoir, entre autres, identifier ses croyances, ses représentations, ses propres facteurs de risque ou de protection, ses ressources, et recueillir ses désirs et ses aspirations tout en tenant compte des frustrations du présent.

Avant tout, il est essentiel de déterminer ce qui est naturel, ou normal, dans le contexte culturel du patient. La culture renvoie à un mode de vie global, qui inclut les convictions, les valeurs, les normes, les croyances et les traditions de chacun. Par exemple, lorsque l'on évalue l'environnement du patient, il convient de se demander s'il appartient à une famille nucléaire ou à une famille étendue. Nous savons en effet que l'influence d'une famille étendue sur le comportement du patient est bien plus importante.⁷⁵ Les messages non verbaux doivent aussi être pris en considération, surtout lorsque le patient paraît réservé ou hésitant à recevoir conseil.

Connaître les marques de respect ou du moins de manque de respect propres à chaque culture peut éviter des vexations et mises en opposition. Par exemple, une caresse affectueuse sur la tête d'un enfant asiatique peut être vécue comme une agression ou un manque de respect tandis que chez les maghrébins, cet acte est une bénédiction. Au Tibet, tirer la langue est un signe de bienvenue. Le sens implicite que donne le pharmacien à son acte n'est pas forcément interprété de la même manière par le patient.

Si le pharmacien n'est pas attentif à l'approche culturelle, son comportement peut être interprété comme un manque d'intérêt de sa part et donc couper court à la communication. Une caricature de l'interprétation culturelle peut aussi avoir le même effet. La « sensibilité culturelle » peut être décrite comme une consécration et une compréhension des idéaux et des caractéristiques des différentes cultures. C'est sur cette sensibilité culturelle que les professionnels de santé doivent travailler pour améliorer leurs services.

- Faire preuve d'empathie pour réagir de la manière la plus adaptée
- Connaître les marques de respect ou du moins de manque de respect propres à chaque culture
- Connaître et prendre en considération les facteurs culturels et le degré d'intégration
- Déterminer ce qui est naturel, ou normal, dans le contexte culturel du patient
- Être compétent sur le plan de l'approche culturelle
- Acquérir une « sensibilité culturelle »

3.1.4. Langage (le sens des mots)

Le professionnel de santé doit essayer de choisir son vocabulaire, notamment lorsqu'il communique avec des patients n'ayant pas le français comme langue maternelle. On n'aborde pas les pathologies et la thérapeutique dans les mêmes termes avec un médecin bilingue retraité et une personne récemment immigrée qui se fait traduire les conseils du pharmacien par un petit cousin.

De plus, chaque culture accorde un sens qui lui est propre pour chaque mot. Par exemple, dire à un patient diabétique d'origine maghrébine qu'il doit intégrer la soupe aux légumes dans son régime diététique peut poser problème, étant donné que la soupe dans les pays du Maghreb a pour légume principal la pomme de terre.⁷⁶ Or cet aliment a un index glycémique (IG) très élevé. Il faut donc prendre le temps d'expliquer en détail les termes utilisés notamment lorsque l'on a face à soi un patient de culture inconnue ou différente de la sienne.

La part de communication non verbale est souvent bien plus importante que l'on ne le croit (près de 60%)⁷⁷ et en user à bon escient peut être réellement profitable, notamment en cas de difficultés de compréhension verbale. Le pharmacien pourra utiliser des gestes explicites pour illustrer ses propos.

La notion d'accent :

Lorsqu'une personne parle avec un accent marqué, la manière de réagir du pharmacien peut déterminer la suite du dialogue et poser des bases plus ou moins bienveillantes à la communication. Grimacer, sembler sceptique et paniqué peut renvoyer au patient le fait qu'il est incompris. Il n'est pas insultant ni gênant de faire répéter une personne, bien au contraire, il s'agit de mieux comprendre pour aller plus loin dans la relation.

- Choisir un vocabulaire adapté à la culture et au niveau de langage du patient
- Avoir notion que chaque culture accorde un sens qui lui est propre pour un même mot
- Utiliser des gestes explicites pour illustrer un propos
- Se rappeler qu'il n'est pas insultant ni gênant de faire répéter une personne

3.1.5. Outils : métaphores, supports didactiques et documents utiles

Le pharmacien pourra penser aux comparaisons et aux métaphores utilisables pour illustrer et imaginer ses explications, tout en évitant le langage médical trop compliqué (il vaut mieux expliquer moins pour que la personne retienne plus de choses).

Prenons l'exemple du stage d'ETPDOM : pour les patients, « l'insuline améliore les mouvements du sang » et « il faut avoir un peu de sucre mais pas trop ».

Le médecin a utilisé des exemples imagés et clairs pour expliquer le rôle de l'insuline. Il l'a présentée comme étant une « clé qui ouvre la porte des cellules pour laisser entrer le sucre ». Les « graisses » sont alors des éléments qui « rouillent les gonds de la porte », et rendent son ouverture difficile. Pour illustrer ses propos, il utilisait une sorte de jeu de plateau. Sur le plateau était représenté le corps humain, la circulation sanguine et les cellules. Le médecin déplaçait les clés, ouvrait les portes et déposait des pions rouges pour bloquer leurs mouvements.

Il est souvent profitable de penser aux comparaisons envisageables et explicites pour illustrer ce que l'on explique : le sucre sera défini comme étant le « carburant des cellules ».

Parmi les documents utiles au pharmacien, nous citons pour mémoire le Livret de santé bilingue⁷⁸, le « Vidal® cacher » appelé le Mediel®⁷⁹, les divers dictionnaires bilingues des termes médicaux⁸⁰ et les nombreuses illustrations visuelles sous formes de bandes dessinées ou schémas.

3.1.6. Interprètes et intermédiaires

Lorsqu'un patient ne parle pas du tout la langue française, il paraît réducteur de limiter le rapport à la communication non verbale ; d'autant plus qu'il est relativement difficile de s'assurer qu'un message est transmis sans l'usage de la parole.

Le pharmacien peut alors décider de faire appel à un intermédiaire pour traduire les deux parties. Le premier recours, peut-être le plus simple, est de trouver dans la famille ou parmi les amis du patient des personnes pouvant jouer le rôle de traducteur. Le problème de l'interprétation est la transformation des discours, surtout si la personne est proche et sensibilisée à la pathologie du patient (gêne, déni, tabou, peur d'inquiéter). Un travail préalable de sensibilisation auprès des intermédiaires est alors nécessaire pour éviter de mauvaises traductions dans le cas de pathologies délicates. L'idéal est donc de se référer à un interprète qualifié et médicalement compétent. Cela est difficilement envisageable en pharmacie officinale. Dans les pharmacies implantées en zones de forte concentration de patients fraîchement immigrés ou peu intégrés, il peut être souhaitable d'avoir dans l'équipe officinale une personne bilingue.

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">-Savoir faire appel à un intermédiaire (voisin, famille...)-Avoir un travail de sensibilisation auprès des intermédiaires |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3.2. Expression de la maladie par le patient (santé perçue, qualité de vie) et santé objective

3.2.1. Santé perçue : expression du patient

Lors de l'expression du patient à propos de sa santé, le pharmacien trouvera bon nombre de facteurs ethnoculturels influant sur le ressenti et le vécu de la pathologie. Il pourra déceler si le patient est satisfait de sa prise en charge thérapeutique et générale et s'il supporte et comprend sa maladie et son traitement.

Lors de l'entretien, le pharmacien pourra :

- Écouter le patient à propos de : son mode de vie, sa maladie, sa prise en charge, son traitement, son ressenti général, ses craintes, ses espoirs, le regard des autres
- Le faire parler de ses expériences et de ses échecs ou mésaventures
- Le faire formuler les problèmes et les points forts de la thérapeutique
- L'orienter si l'entretien n'est pas suffisamment riche : lui demander ce qui pose problème par rapport à ses traditions et à la modification de leur pratique (en cas d'immigration récente)

3.2.2. Santé objective

Le caractère socio-économique est un facteur déterminant de l'état de santé des patients ; or il est fortement relié à leurs origines ethnoculturelles. Le caractère ethnique semble être en soi un marqueur de risque de certaines pathologies, mais l'état actuel des connaissances ne nous permet pas de nous étendre sur la question (cf. annexe 11).

Sur le plan pratique, il convient, en premier lieu, d'essayer de faire relativiser les patients récemment immigrés, sur les risques sanitaires du pays d'accueil. En France par exemple, les campagnes de vaccination sont systématiques et efficaces, et les épidémies ne sont pas les mêmes que dans d'autres pays (ou du moins présentes en moindre proportion). La perception de la dangerosité potentielle des affections pathologiques est relative à l'état sanitaire du pays et aux moyens médicaux mis en œuvre. Il est primordial de réexpliquer et d'informer les patients sur les réalités médicales du pays d'accueil.

3.3. Mise en avant des comportements de santé inadaptés

Nous l'avons précisé dans les chapitres précédents, le travail éducatif du pharmacien ne permet pas une action directe sur le comportement du patient. Son évolution peut être considérée comme étant le reflet ou le marqueur *a posteriori* de l'impact de l'éducation

thérapeutique. Son observation éclairée sera un révélateur des facteurs ethnoculturels inhérents au patient, en premier lieu des connaissances du patient.

3.4. Connaissances

3.4.1. Connaissances théoriques

La religion musulmane prône l'érudition ainsi que la démarche active et permanente pour l'apprentissage des connaissances.

Certains hadiths sont une incitation à ne pas rester ignorant :

أطلبوا العلم ولو كان في الصين

« *Outloubou Elilma Wa Kou Kàna Fi Assina* »

« Cherchez la science, même si elle se trouve en Chine. »

أطلبوا العلم من المهد إلى اللحد

« *Outloubou Elilma Mina Elmahdi Ila Allahdi* »

« Demandez le savoir du berceau jusqu'à la tombe. »

3.4.1.1. La sexualité

Le pharmacien doit essayer de trouver un équilibre entre le respect des valeurs du patient et la transmission des informations et des messages éducatifs qui sont nécessaires au bon usage des médicaments, et à la limitation des comportements à risque de la part des patients.⁸¹

Médicaments de la dysfonction érectile : il faut pouvoir -et savoir- amener le patient dans un espace de confidentialité, et le mettre suffisamment à l'aise afin qu'il soit à même de

donner les informations nécessaires au pharmacien pour sécuriser la délivrance médicamenteuse. Cette réflexion est d'autant plus importante qu'il s'agit souvent de patients ne se rendant pas dans leur pharmacie habituelle par pudeur et discrétion.

Contraception : durant l'entretien, le pharmacien doit réussir à faire comprendre à la patiente qu'il s'agit d'une relation professionnelle au cours de laquelle elle peut s'exprimer librement. L'implant contraceptif sous-cutané peut être le moyen le plus discret et donc le plus sûr pour les adolescentes vivant chez leurs parents. Le pharmacien essaiera d'orienter la patiente vers la solution thérapeutique la plus adaptée, afin de précéder le médecin en attendant la consultation de la patiente.

Stérilité : le pharmacien doit s'efforcer de faire saisir aux patients que certains événements sont indépendants de la volonté humaine et qu'il ne s'agit pas d'une remise en question de leurs aptitudes ou de leur virilité. Certaines personnes ont moins de chance que d'autres, le sentiment de déshonneur doit être évincé.

Infections sexuellement transmissibles : Le caractère tabou de la sexualité peut empêcher les jeunes adolescent(e)s de venir acheter des préservatifs en pharmacie, de peur de se faire sermonner (ou par inhibition). Rendre leur rayon suffisamment visible dans la pharmacie permet d'éviter au patient de poser une question le gênant.

Face au patient, en particulier s'il est musulman, le pharmacien doit :

- Savoir l'amener dans un espace de confidentialité
- Placer l'entretien dans un cadre professionnel rassurant
- Proposer des formes contraceptives adaptées au patient (implants, préservatifs)

3.4.1.2. La diététique (l'exemple du SEPTDOM)

Un exemple concret d'éducation diététique : le SETPDOM (Stage d'Education Thérapeutique des Patients Diabétiques d'Origine Maghrébine) :

a) Notions préliminaires⁸² :

Notions préalables à l'éducation diététique :

- Substituer le rôle anxiolytique de la nourriture (bain, course, chewing-gum)
- Redéfinir ce qu'est un repas (heure régulière, position assise, en prenant le temps...)
- Proposer un carnet alimentaire structurant
- Proposer un contrat éducatif négocié au préalable
- Bien connaître les aliments utilisés dans la cuisine maghrébine et Sub-Saharienne
- Insister sur l'interrelation lipides/glucides et l'impact considérable de l'alimentation sur la santé
- Sensibiliser en priorité la femme car elle est garante de la santé pour toute la famille
- Savoir adapter son discours au niveau de compréhension du patient

Il semble que le diabète soit la maladie chronique la plus développée dans la population maghrébine immigrée. La raison principale serait une « occidentalisation » du mode de vie, à savoir : une alimentation à base de matières premières souvent différentes et de moins bonne qualité, plus industrielles et non méditerranéennes, ainsi qu'une sédentarisation des individus.⁸³

مرض السكر

En arabe, diabète se dit : « mard-a-sukar », qui se traduit littéralement par « maladie du sucre ». Il faut donc être attentif à ce que le patient n'associe pas cette pathologie aux aliments de goût sucré ou aux sucres alimentaires visibles uniquement. Un gros travail d'information est à réaliser sur les aliments à IG élevé et de la surconsommation des lipides (notamment des graisses saturées).

Lors du stage d'ETPDOM, l'alimentation est la principale préoccupation éducative car elle est l'élément primordial sur lequel il est possible d'influer pour tendre vers un équilibre du diabète de ces patients. Le travail a été illustré par des plats traditionnels dont la composition, la quantité et la préparation ont été adaptées aux exigences de leur état physiopathologique.

Connaissance ethnoculturelle des types d'alimentation :

Il est très important de connaître les aliments utilisés dans la cuisine maghrébine et leurs caractéristiques nutritionnelles, de manière à pouvoir proposer des plats qui plaisent aux patients, sans les écœurer ni les désespérer (les tables alimentaires sont dans ce cas fort utiles).

Habitudes alimentaires des patients présents lors du stage d'ETPDOM :

La fille d'une patiente explique que depuis que sa mère et elle-même régulent la quantité d'huile utilisée pour préparer les repas, la cholestérolémie et l'HbA1c de sa mère ont littéralement « fondus ». Son taux de cholestérol est retombé dans les intervalles de normalité et son hémoglobine glyquée a perdu 4%.

Un jeune diabétique, quant à lui, nous explique qu'il n'est plus capable de se préparer à manger seul depuis l'apparition de ses problèmes ophtalmologiques. Il avoue n'avoir jamais été un grand cuisinier étant donné qu'au Maroc sa mère lui préparait toujours ses repas. C'est donc son colocataire, immigré ouvrier comme lui, qui prépare à manger. Sa spécialité est le « steak-frites à volonté ». Ce patient a toujours beaucoup de mal à doser l'insuline nécessaire et sa glycémie post-prandiale est en générale plus proche de 3g/l que de la normale. Il avoue déterminer sa dose d'insuline rapide de manière instinctive.

Les patients sont, pour la plupart, confrontés à la difficulté de faire des comparaisons entre les différents aliments. Représenter les aliments en équivalent de morceaux de sucre leur donne plus de repères.

Une patiente, par exemple, n'arrive pas à visualiser comment une portion de frites peut être comparée à une part de pâtisserie ou une poignée de cacahuètes : ces aliments aux goûts si différents ne se ressemblent pas du tout ! Elle peut éventuellement le concevoir, mais lors des exercices pratiques (c'est-à-dire pendant les repas), elle est quasiment incapable de mesurer ses portions alimentaires et de les mettre en relation. Un encadrement sur un moyen terme et une liste de repas-type seraient un premier pas vers une autonomisation.

b) Notions lipidiques :

L'acide oléique est consommé en quantité suffisante dans la cuisine maghrébine : il faut savoir coupler l'huile d'olive avec l'huile de noix ou de soja de manière à équilibrer les apports entre les oméga 3, 6 et les acides gras oléiques. Or dans le Coran, l'huile d'olive a des vertus thérapeutiques ; il faut donc préciser qu'elle est essentielle mais n'est pas suffisante.

-FRITURE :

Il est préférable d'utiliser l'huile d'arachide ou la végétaline® pour les plats frits car elles sont moins thermolabiles. Quoiqu'il en soit, la cuisine à base de friture doit être pratiquée avec modération. Il existe des ustensiles de cuisine permettant d'éviter l'adjonction de graisse lors de la cuisson : le wok, la cocotte-minute, les plats en téflon, les papillotes, le plat à tajine et le couscoussier. Ces alternatives sont des techniques de préparation des plats qui permettent de cuisiner de façon quasi-traditionnelle.

-COUSCOUS :

L'interprète du stage d'ETPDOM est intervenu pour parler du plat le plus répandu, symbole de la cuisine maghrébine pour bon nombre de personnes : le couscous.

L'exposé n'a pas été chose aisée étant donné qu'il a expliqué comment, en tant que patient diabétique, il préparait, le vendredi, le plat traditionnel... sans une seule goutte d'huile.

Les réactions ont été vives, incrédules et presque hostiles. L'interprète a été soutenu par un des patients, à qui il avait donné la recette au cours d'un stage précédent. Ils ont expliqué qu'ils prenaient autant de plaisir à consommer ce plat, et peut-être même plus, depuis qu'ils le préparaient en adéquation avec les recommandations relatives à leur pathologie. La préparation du plat sans huile, au départ inconcevable pour l'ensemble des patients, a finalement suscité un vif intérêt et une certaine satisfaction dans l'assemblée.

Il a été retenu que la sauce pouvait se passer d'huile et que le poulet était préférable à l'agneau ; chacun pouvait égrener la semoule avec un petit peu d'huile d'olive avant de la faire cuire.

-APERITIFS :

Au cours des discussions, les patients ont expliqué qu'ils étaient tous friands d'apéritifs, en particulier des pistaches, des cacahuètes et autres fruits secs oléagineux. La

diététicienne a alors dressé un tableau comparatif des proportions de graisses présentes dans différents aliments couramment consommés par les patients. Ceux-ci ont été étonnés (parfois même effrayés) de savoir que le grignotage lors de l'apéritif pouvait représenter une part calorique aussi importante dans leur ration alimentaire.

- Utiliser des exemples concrets pour motiver le patient et lui permettre de comparer
- Adapter le choix des aliments aux besoins du patient (viandes, huiles, légumes)
- Proposer des recettes traditionnelles élaborées par des personnes sensibilisées à la diététique
- Choisir des modes de cuisson et des ustensiles adaptés pour limiter l'adjonction de lipides et préférer les huiles riches en lipides insaturés (olive, colza, argane...)

c) Notions glucidiques :

-CULTURE DU PAIN :

Les Marocains et la population rurale des deux autres pays du Maghreb prennent leurs repas dans un plat commun ; la nourriture se mange traditionnellement avec le pouce, l'index et le majeur de la main droite. Le pain permet de porter la nourriture jusqu'à la bouche (à la manière d'un couvert) et de saucer le plat. C'est une des raisons pour lesquelles la culture du pain est très ancrée au Maghreb. Or, cet aliment possède un IG très élevé, notamment en France où la farine est micronisée : l'amidon est très facilement absorbé et provoque des pics glycémiques importantes et rapides.

Il faut encourager les patients à réduire leur consommation et à préférer les pains complets aux céréales. Le pain de campagne n'est pas forcément un gage de faible IG, qui dépend surtout du type de farine utilisée lors de sa fabrication.

Le pain peut s'avérer être bien plus hyperglycémiant que certains desserts sucrés, en particulier le pain à la semoule ; or les maghrébins en consomment beaucoup car il est préparé par les femmes et est très apprécié. Il faut donc proposer de réfléchir sur le type de farine utilisé.

- Insister sur la notion d'IG et nuancer celle de sucres lents/rapides
- Jouer sur la durée et le mode de cuisson pour faire varier l'IG
- Préférer les lentilles et les haricots aux pommes de terre
- Donner priorité aux aliments de faible IG
- Choisir des farines de céréales complètes et non micronisées
- Consommer le pain et les amidons de manière équilibrée

-LES BOISSONS :

Les sodas : les boissons sucrées sont à proscrire chez le diabétique. C'est d'ailleurs un des seuls aliments qu'il doit éviter, même en faibles proportions (sauf en cas d'hypoglycémie). Les sodas édulcorés pourront être proposés aux patients qui ne peuvent pas s'en passer.

Le thé : le thé à la menthe sucré est un symbole de la culture maghrébine sur le plan alimentaire, au même titre que le couscous. Le problème principal est qu'il est souvent très riche en sucre (on peut même le caraméliser). Il est souhaitable de proposer aux patients d'en limiter leur consommation. Par ailleurs, la pause thé inter-prandiale ne doit pas encourager des grignotages supplémentaires. Le pharmacien peut conseiller aux patientes anémiées d'éviter de consommer cette boisson au cours des repas car elle limite l'absorption du fer. Il doit bien rappeler qu'il est primordial de prendre les suppléments en fer à distance des repas et de la prise de thé.

L'alcool : il paraît important d'informer systématiquement les patients -en plus de l'interdiction coranique- des risques d'interactions entre l'éthanol et certains médicaments hépatotoxiques ou dépresseurs du système nerveux. Les boissons alcooliques contiennent peu de sucre mais provoquent une hypoglycémie réactionnelle et sont riches en calories.

Les boissons :

- Éviction totale des sodas chez les patients diabétiques maghrébins tout en proposant un substitutif pour accueillir les hôtes
- Préférer la consommation du thé hors des repas et à distance des prises médicamenteuses
- Informer systématiquement sur les dangers de l'alcool notamment vis-à-vis des médicaments

d) Valorisation et adaptation ethnoculturelle :

Une valorisation des particularismes alimentaires peut être profitable. L'ail produit un effet protecteur sur les artères. Or, il est souvent utilisé dans le tajine pour relever son goût. De même, l'huile d'argane, qui n'est produite qu'au sud du Maroc, est très riche en oméga-3.

Valoriser les bons aliments dans chaque culture permet de rééquilibrer l'image donnée par le soignant de la culture alimentaire d'une personne. Les patients d'origine maghrébine peuvent avoir trop souvent l'impression que l'on dénigre leur culture (alimentation trop grasse, trop sucrée, jeûne du Ramadan excessif et déséquilibré...).

Le « Bismala » est une prière musulmane prononcée avant de manger de la viande non halal pour la purifier. Il peut être rappelé à certains patients pour leur permettre d'avoir un repas équilibré, riche en fer et en protéines, sans transgresser les interdits religieux.

Une personne contaminée par une maladie manuportée devrait éviter de manger avec les mains dans le plat commun, ou de partager le pot de l'amitié dans le même verre... Limiter ce type de pratiques permettrait aussi de diminuer la propagation d'helicobacter pilori⁸⁴ ; mais cette exclusion peut être mal vécue par le malade et son entourage.

- Proposer des aliments équilibrés traditionnellement utilisés
- Prononcer le Bismala permet de manger de la viande non Halal
- Limiter les contaminations manuportées



« Ecriture persane. Bismala »⁸⁵

e) A propos du jeûne du Ramadan :

Si le patient souhaite absolument faire le Ramadan, on peut lui conseiller d'attendre une année où le jeûne se situe dans une période éloignée de l'été. Le patient doit savoir évaluer la portée et l'effet du Ramadan sur son comportement alimentaire, afin de déterminer s'il peut le pratiquer ou non.

Envisager la pratique du jeûne une fois la normalisation du poids obtenue peut être un facteur de motivation important chez des patients fervents religieux.

Durant l'*Aïd el Seghir* et l'*Aïd el Kebir*, l'idéal serait de ne faire aucun excès et d'essayer de s'en tenir à trois repas sans grignotage, tout en adaptant la posologie, ou du moins les horaires de prise des ADO.

Trois conseils au patient musulman pratiquant le jeûne du Ramadan :

- Eviter les sucreries, boissons sucrées, biscuits, pâtisseries, etc., surtout en grosse quantité à la tombée du jour
- Faire au moins trois petits repas dans la nuit (avec éventuellement une pâtisserie en fin de repas)
- Ne pas oublier de boire abondamment durant la nuit

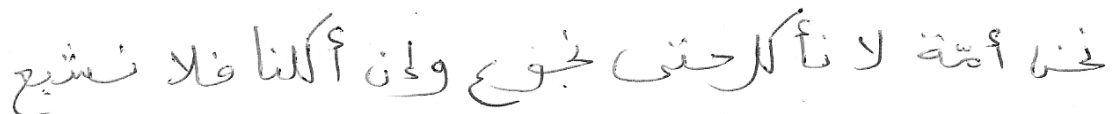
Conclusion des notions diététiques :

C'est la représentation de la **nourriture en abondance comme valeur protectrice** qu'il faut arriver à faire évoluer en priorité, en influant sur les notions diététiques de la mère de famille.

Il n'existe pas d'aliments « bons » ou spécifiques du patient diabétique : il faut trouver l'apport calorique adapté à chacun, en fonction de son mode de vie, de ses connaissances et de sa motivation. **Rien n'est interdit au diabétique**, car cela le conduit à des frustrations pouvant influencer sur son moral et à des comportements alimentaires déséquilibrés : tout est question de mesure. Les apports glucidiques, protéiques et lipidiques doivent être contrôlés, la consommation de graisses insaturées et des glucides d'IG bas étant privilégiée.

Lorsqu'un diabétique a peu d'appétit, il doit privilégier l'apport glucidique au détriment de l'apport lipidique (l'insuline et les ADO peuvent provoquer des hypoglycémies si le repas n'est pas suffisamment riche en glucides).

Nous pourrions donc conclure cette partie par ce hadith :



« *Nahnou Oumma Lâ Naahoulou Hatta Najcû Wa In Aklnâ Falâ Nachbaouï* »

« Nous sommes une communauté qui ne mange que lorsqu'elle a faim ; et si elle mange, elle ne doit pas atteindre la satiété. »

3.4.1.3. L'activité physique et sportive

Nous allons illustrer cette partie par l'exemple des activités proposées par une éducatrice sportive lors du stage d'ETPDOM. Le principe était de faire interagir hommes et femmes, jeunes et moins jeunes, autour d'activités ludiques et physiques. Il a été question de jeux de balles (de plus en plus lourdes) qu'il fallait faire passer de mains en mains. Les patients ont été amusés et motivés, une patiente ayant des difficultés à marcher s'est même investie et a participé activement.

Lors de la séance, une autre patiente nous a expliqué que « si on ne marche pas, l'insuline ne marche pas ». L'éducatrice sportive s'est empressée de préciser qu'en effet, le sport permet de diminuer les doses d'insuline car il améliore son action. Elle leur a aussi conseillé d'éviter son administration dans les bras et les jambes les jours d'activités sportives intenses car sa libération est alors accélérée.

Une promenade le long du fleuve de l'Isère a beaucoup plu aux patients car elle a été l'occasion de se changer les idées, de se rafraîchir, de se dépenser, mais aussi de discuter avec ferveur de la vie de chacun, de partager ses expériences. Une patiente malvoyante a pu suivre le groupe et a été ravie de participer à cette activité ; elle nous a (et s'est) promis de réitérer l'expérience aux bras de ses nombreux enfants.

La dimension sportive du stage a laissé une très bonne impression à l'ensemble des patients ; mais ils ont sans aucun doute besoin d'être à nouveau motivés par les professionnels de santé qui les encadrent au quotidien, et notamment le pharmacien. En effet, sortis du cadre du stage, il est évident qu'il sera difficile pour eux de se prendre en charge seuls. Mais le souvenir agréable de ce type d'activité restant gravé dans leur mémoire, de petits encouragements réguliers pourront être les éléments déclencheurs d'une prise en charge responsable et autonome.⁸⁶ Une phrase a été approuvée unanimement en fin de stage : « en fait, nous n'avons pas l'occasion de nous dépenser »...

Pour le sport comme pour la diététique, les patients ne sont pas souvent demandeurs de conseils, mais sont très réceptifs à ce type d'information.

Il convient de leur laisser le choix d'action ; après l'observation des moyens mis en œuvre, il faut ajuster.⁸²

Il est intéressant de donner un sens à l'effort physique et à la pratique sportive, en expliquant par exemple qu'entretenir son corps permet d'éviter le surpoids (et donc d'user ses articulations), d'avoir de l'hypertension artérielle, de l'athérosclérose et de favoriser la survenue d'un diabète. Il convient donc d'encourager le patient et de trouver des activités pouvant lui plaire.⁸⁷

Pour les patients réfractaires, il pourra être répété que la charia préconise d'entretenir son corps : il est donc contraire aux principes religieux d'être en surpoids par négligence physique.

- Savoir proposer des pratiques adaptées à la personne (sexe, physiologies, âge, habitudes...)
- Associer la pratique physique à une activité agréable (discussion, contemplation, rencontre...)
- Donner du sens à la pratique physique et sportive
- Proposer un encadrement adapté si nécessaire et faire un point à chaque rencontre (encourager)
- Privilégier un processus d'autonomisation et d'individualisation de l'activité physique

3.4.1.4. Entretien et surveillance du corps : exemple du pied du patient diabétique

Le chef de service de dermatologie du CHU de Grenoble expliquait au cours d'une visite de service que souvent, le traitement des ulcères de jambe ne nécessite pas d'hospitalisation. D'après lui, la thérapeutique consiste simplement à favoriser la cicatrisation des plaies par la défibrination et à soulager la douleur. L'élément déterminant et préventif du traitement est l'éviction des causes principales d'ulcération (mauvaise hygiène et surmenage mécanique).

Ainsi, lors du passage des patients dans le service, les ulcères sont majoritairement en rémission, mais la guérison demande plusieurs mois de soins et d'égards. On voit donc les patients quitter l'hôpital avec des ulcères en voie de guérison, puis revenir quelques mois plus tard dans un état déplorable. Il s'agit donc de fournir au patient les éléments nécessaires à une bonne hygiène et un bon entretien du pied pour prévenir les complications ou l'aggravation de l'ulcère.

La fille d'un patient diabétique maghrébin s'est récemment présentée à la pharmacie pour chercher une solution à l'apparition de crevasses ulcéreuses récidivantes sur le bord des plantes de pieds de son père. Il avait d'après elle tout essayé pour « réparer ses pieds » mais « rien n'y faisait ». Après un bref entretien, la jeune fille a expliqué que son père utilisait exclusivement des nu-pieds traditionnels pour sortir de chez lui, même en hiver : « il ne peut pas s'en passer ».

Il a fallu expliquer que le froid assèche et agresse la peau, provoquant les crevasses et qu'il est fort probable que son père souffre de neuropathie modifiant son seuil de douleur. Il est donc nécessaire pour ce patient de porter des chaussures confortables et fermées ainsi que de surveiller et de soigner ses pieds tous les jours, afin de déceler le plus tôt possible toute lésion et tout signe d'infection.

De plus, le dénudement des pieds les expose à des risques de choc et la faible surface de contact entre la chaussure et le pied augmente les contraintes sur la peau.

Il a donc été proposé au patient de trouver des chaussures en cuir (traditionnelles elles aussi) confortables et adaptées à ses pieds ; ainsi que l'application d'un antiseptique puis d'une crème cicatrisante le soir avant le coucher.

La simplicité du conseil est souvent un gage d'efficacité.

Les règles de vie dictées par les préceptes religieux peuvent être fort utiles pour aider le patient dans son suivi médical : « Vous qui croyez, si vous vous mettez en devoir de prier, alors rincez-vous le visage et les mains jusqu'au coude, passez-vous la main sur la tête et sur les pieds jusqu'aux chevilles » (Coran sourate 5, verset 6). L'ablution prescrite aux musulmans avant la prière (appelée « Woudhoû ») consiste à nettoyer les parties du corps exposées à la poussière et à la saleté. Cette pratique donne la possibilité aux musulmans de contrôler l'état de leurs pieds chaque jour.

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">-Insister sur la simplicité de l'examen et de l'entretien des pieds et sur le danger de ne pas le faire-Trouver les chaussures adaptées aux exigences de la pathologie et du patient-Rappeler les préceptes religieux pour encourager le patient à prendre soin de son corps |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3.4.1.5. Le rapport à la thérapeutique

Les croyances :

Le professionnel de santé est souvent amené à parler des « êtres extérieurs », souvent invisibles, qui peuvent induire un état pathologique, comme la pollution, les bactéries, les virus, les mycoses, les cellules cancéreuses « devenues folles » (comme possédées)... Le patient peut alors interpréter ces causes en fonction de ses croyances. Le fait qu'il retrouve des éléments relatifs à sa culture dans l'étiologie de sa pathologie peut rendre les explications plus cohérentes ou du moins renforcer son adhérence à la démarche thérapeutique.

Nous savons que certains thérapeutes (ethnopsychiatres) reproduisent en Occident les structures thérapeutiques ethniques traditionnelles (« conseil des sages » constitué de thérapeutes de cultures variées, décentrage de la pathologie hors du patient, encouragement de la famille à participer au traitement...).⁸⁸

Le pharmacien peut lui aussi œuvrer à son niveau dans ce sens-là : lorsque le patient se présente au comptoir accompagné de membres de sa famille, il peut être profitable

d'encourager toute la famille à soutenir leur malade, de leur expliquer le schéma posologique, le mode d'action des médicaments et les causes de la pathologie ; tout cela dans le but de responsabiliser l'entourage du patient, et par conséquent d'améliorer l'encadrement du malade.

La confiance dans le choix de la forme galénique :

Le patient doit faire confiance à la prescription médicale, au conseil pharmaceutique et au mode d'action des médicaments, même s'il est trop complexe de les comprendre : la connaissance théorique fondamentale est détenue par les professionnels de santé. Cette notion est essentielle, car le cas échéant, elle remet en question le statut même des soignants.

Prenons l'exemple d'un patient prenant du bricanyl® pour la première fois. Son administration est tellement discrète que l'on ne sent rien lors de l'inhalation. Le patient est revenu voir son pharmacien (qui l'avait pourtant prévenu) pour lui expliquer que « ça ne marche pas : je l'ai fait cinq fois de suite et je n'ai rien senti ». On constate ici un manque de confiance vis-à-vis du soignant.

Autre exemple : l'administration d'insuline est contre-indiquée en injection intraveineuse. Or si l'on explique aux patients que l'insuline est libérée dans le sang, ils peuvent prendre des initiatives fâcheuses par excès de logique et par manque de données scientifiques.

Le pharmacien peut prendre le temps d'expliquer au patient le fonctionnement du corps humain : le sang achemine le médicament jusqu'au site à traiter ; certains lieux d'administration sont plus efficaces que d'autres même s'ils sont situés à l'opposé du site de la maladie. Observer la réaction du patient lors de la présentation de la forme galénique permet de s'assurer que le patient est disposé à prendre le traitement. S'il semble réfractaire à ce mode d'administration, changer le mode d'administration peut être préférable : il vaut mieux un principe actif moins bien absorbé qu'un principe actif qui reste sous blister dans l'armoire à pharmacie familiale. De plus, choisir une forme galénique adaptée à la compréhension et aux convictions du patient (lorsque cela est possible) améliore sans aucun doute l'observance.

Les notions de quantités :

La notion de dosage médicamenteux n'est pas forcément connue des patients : pour un même nom de spécialité, une partie d'entre-eux ne comprend pas pourquoi il existe plusieurs couleurs de boîtes, avec des chiffres différents.

Un faible dosage, une basse posologie, une diminution du dosage ou du nombre de prises médicamenteuses (comme dans le cas du passage à une forme à libération prolongée) peut être associé, dans l'esprit du patient, à une diminution d'efficacité du traitement le conduisant (de son propre chef) à une modification posologique.

Le patient ne sait pas toujours que tout médicament n'est pas forcément bon pour la santé et que le « plus » peut être l'ennemi du « bien ».

L'automédication :

Nous ne pouvons qu'encourager les professionnels de santé à mettre au point des documents relatifs à la santé des patients et adaptés aux cultures et aux pathologies qu'ils rencontrent dans leur pratique. Il a été publié en 1991 un répertoire des plantes utilisées dans la pharmacopée traditionnelle marocaine, listant les plantes selon leur dénomination marocaine, le nom latin et leur domaine d'application.⁸⁹

L'idéal serait peut-être d'user de la thérapeutique traditionnelle en complément des traitements prescrits par le médecin. Proposer une plante utilisée traditionnellement est un signe de reconnaissance et de valorisation de la culture du patient.

Le professionnel de santé devrait par ailleurs être très attentif à l'image (négative ou positive) qu'il véhicule des thérapeutiques dites « douces », traditionnelles ou non, car si le patient est en phase de révolte ou de déni de la pathologie, il risque alors de valoriser l'usage de ce type de traitements au détriment de celui prescrit.

Le rapport à l'argent :

Le pharmacien peut essayer de casser le préjugé corrélant le prix du traitement et son efficacité. Il pourra prendre l'exemple de traitements peu onéreux mais associés à une meilleure hygiène de vie, souvent plus efficaces que d'autres bien plus chers et utilisés seuls.

Lors de mécontentements à propos des déremboursements ou des augmentations de prix, il peut être profitable d'expliquer que le pharmacien est lui-même tributaire des décisions du Ministère de la Santé, de la Sécurité Sociale et des modifications tarifaires des

grossistes et autres laboratoires. Le comportement et la réaction des patients dépendent en bonne partie de la manière dont le pharmacien va présenter la situation.

- Adapter le discours aux croyances du patient
- Choisir une forme galénique adaptée et acceptée par le patient
- Mettre au point des documents relatifs à la santé des patients et spécifiques de leur culture
- Casser le préjugé corrélant le prix du traitement et son efficacité

3.4.1.6. Vers une pratique religieuse adaptée à la pathologie

Les patients musulmans seront d'autant plus observants des conseils prodigués par les soignants lorsqu'une instance religieuse (des théologiens ou Muftis) les aura validés (en établissant une loi ou Fatwa). Le consensus Hassan II (roi et « commandeur des croyants au Maroc ») va dans ce sens. Il convient donc d'user des hadiths et des sourates du Coran, par exemple pour appuyer un conseil hygiéno-diététique.

Problèmes relatifs au jeûne du Ramadan, non spécifiques des diabétiques :

La déshydratation : lorsque le Ramadan se situe à un moment de l'année où il fait très chaud, il faut absolument préciser aux personnes âgées, aux patients atteints de diarrhées, aux personnes ayant un travail physique ou pratiquant un sport intense, qu'il est nécessaire voire potentiellement vital de s'hydrater régulièrement (cela même si le besoin ne se fait pas ressentir pour les personnes âgées). Mettre sa vie ou sa santé en danger pour respecter la charia est contraire aux préceptes du Prophète.

Les maladies infectieuses : certains musulmans interprètent le dogme de manière très stricte. Ainsi, l'interdiction d'avaler durant le jeûne signifie l'interdiction d'avaler jusque sa salive. Les patients atteints de maladies infectieuses (de la simple pharyngite à l'hépatite A), pourront être sensibilisés au fait que leurs crachats peuvent contenir des germes de maladies et que cracher n'importe où peut être une source de contamination pour leur entourage.

- Trouver un équilibre entre le respect du dogme religieux et la protection sanitaire des individus

3.4.2. Représentations, croyances, attitudes

3.4.2.1. Notion de responsabilité du patient face à la pathologie

Combien de fois le professionnel de santé a-t-il entendu, suite à l'annonce d'une pathologie ou lors d'une discussion traitant de la maladie du patient : « Dieu guide mes pas », « Inch Allah », ou encore « Mektoub ». Dans bon nombre de cultures et notamment chez certains patients musulmans, la part de responsabilité personnelle dans l'incidence d'une pathologie est souvent minimisée. C'est alors un dieu, le hasard, ou du moins une occurrence indépendante de la volonté et de l'action du patient, qui est considéré comme principal responsable. Dans ce type de raisonnement, il paraît primordial de rééquilibrer la part des responsabilités et de faire comprendre à la personne que dans toute maladie (comme dans toute situation en général), il existe bien des facteurs indépendants de sa volonté, mais aussi une grande marge de manœuvre qui lui est propre.

Prenons l'exemple du diabète non insulino-dépendant, le facteur génétique n'est certes pas négligeable dans l'incidence de la pathologie mais l'hygiène de vie du patient et notamment son mode d'alimentation et son sédentarisme sont les facteurs prédominants dans la plupart des cas. Il serait donc intéressant de procéder à ce que l'on pourrait appeler une « responsabilisation partielle » du patient, lorsque celui-ci se repose trop sur la part inexorable responsable de l'incidence de la maladie.

En pratique, le pharmacien peut faire un parallèle entre le caractère de prédestination et la prédisposition génétique du diabète (dans un certain sens, le reconnaître est une marque de respect de la culture du patient), tandis que tous les autres facteurs de risque sont déterminés par le comportement du patient et par son mode de vie. Une fois la pathologie déclarée, ce qui est arrivé ne peut être défait, mais l'évolution de la pathologie peut être maîtrisée voire jugulée.

3.4.2.2. Désacralisation de la thérapeutique et de la médecine

Le patient n'est pas forcément conscient que dans bon nombre de pathologies, la thérapeutique médicamenteuse ne se situe en général qu'en seconde intention, après la mise en place de mesures hygiéno-diététiques adaptées.

Pour beaucoup, la thérapeutique médicamenteuse ne peut être que bonne : « un médicament soigne, un point c'est tout ». Le fait que « toute drogue est un poison en

puissance » échappe à bon nombre de patients. Une sorte de sacralisation de la thérapeutique, notamment chez le patient musulman, peut conduire à bien des aberrations. Il paraît important que ce soit le pharmacien qui explique au patient que les médicaments ne sont pas forcément gages de guérison, et que la thérapeutique médicamenteuse n'est pas toute puissante.

Au même titre, le médecin peut essayer de nuancer la représentation de la médecine de certains patients. La médecine n'est malheureusement pas toute puissante face à la maladie. Ramener le patient à des notions plus proches de la réalité peut le rendre plus compréhensif face aux échecs thérapeutiques, et moins demandeur de solutions médicalisées à tout ses problèmes de santé. Cette démarche conduit là aussi à une responsabilisation du patient, à une modification de son mode de vie face à sa pathologie.

- Rappeler que la thérapeutique médicamenteuse ne se situe souvent qu'en seconde intention
- Expliquer que la thérapeutique médicamenteuse n'est pas toute puissante

3.4.2.3. De la cohérence et de la solidarité interprofessionnelle

Les professionnels de santé doivent rester vigilants quant à l'image qu'ils donnent de leurs confrères lorsqu'ils en parlent. Un patient en phase de révolte face à sa pathologie et à la thérapeutique peut aisément entrer en opposition avec le personnel médical, en particulier s'il n'existe pas de cohérence et de soutien mutuel de l'ensemble des professionnels de santé qui l'encadrent. Il convient donc pour les soignants de rester dans un cadre déontologique.

Les phases de réaction du patient face à sa pathologie le laissent dans un état de déstabilisation, il a alors besoin d'un cadre thérapeutique solide et structurant. Cette démarche suppose une cohésion de l'équipe médicale. Or, la confiance dans le traitement découle souvent de celle accordée aux soignants.

D'autant plus que l'influence des informations véhiculées par l'entourage du patient et la presse risque de faire basculer le patient dans une phase de rejet et de refus. Le scandale de l'hôpital d'Epinal en radiothérapie et de ses conséquences sur la représentation négative de cette thérapeutique par l'opinion publique en est un exemple probant.

- Rester vigilants quant à l'image donnée sur les professionnels de santé
- Garder une cohésion de l'équipe médicale et une cohérence de son message

3.4.2.4. Usage de la culture du patient comme outil d'optimisation thérapeutique

Un médecin grenoblois de confession juive a coutume de dire à ses patients, lorsqu'ils remettent en cause ses prescriptions, que « le médecin est au dessus de l'Imam et du Rabbin ! » (à propos du principe de sacralité de la vie).

Les ethnopsychiatres de l'hôpital d'Avicenne à Bobigny pensent qu'il faut savoir envisager le recours aux thérapeutiques traditionnelles au moment opportun. Elles seront proposées lorsque la thérapeutique occidentale restera impuissante face à la pathologie du patient, ou lorsque le patient sera persuadé de leur nécessité (et que personne n'a pu le faire changer d'avis) : on ne soigne pas un patient contre son gré.

Le thérapeute occidental ne va évidemment pas se transformer en guérisseur mais créera plutôt un cadre thérapeutique accessible à chacun.³¹ Le professionnel de santé devra jongler entre la lutte contre les charlatans et le respect des traditions ancestrales, en particulier si elles permettent d'améliorer l'observance du patient et son acceptation du traitement et de la pathologie.

D'après T. Nathan, « il ne s'agit pas de discuter du degré de véracité des interprétations thérapeutiques mais d'observer la conséquence de leur mise en place ». ⁵⁸ Nous ne sommes pas sans savoir l'importance déterminante de la composante psychologique et de l'effet placebo dans la prise en charge thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, dans le système médical français, la thérapie allopathique est prédominante. Il est envisageable, de notre opinion, de valoriser certains aspects des thérapies « traditionnelles » lorsqu'elles sont utilisées en complément de la thérapeutique conventionnelle. Ces deux modes d'approche ne doivent en aucun cas se trouver en opposition mais plutôt en synergie d'action (ou du moins en addition). C'est grâce à cette association qu'il est souvent possible d'éviter un rejet de la thérapeutique préconisée (sous réserve d'une balance bénéfice / risque positive vis-à-vis de la thérapeutique traditionnelle notamment).⁹⁰

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">-Œuvrer pour une « responsabilisation partielle » du patient-Désacraliser la thérapeutique et la médecine-Renforcer la cohérence interprofessionnelle dans le milieu médical-Valoriser et utiliser les particularités ethnoculturelles pour améliorer l'observance |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3.5. Contexte organisationnel

Le pharmacien peut prétendre à un rôle central, de médiateur, dans l'organisation des soins, par sa disponibilité et la gratuité de ses conseils. Il est à l'interface entre le patient et le milieu médical. Au même titre que le médecin généraliste, il a connaissance de l'ensemble des prescriptions et peut accompagner le patient dans l'organisation de sa prise en charge thérapeutique (contact d'infirmière à domicile, de laboratoire d'analyses, accompagnement de sortie d'hospitalisation...).⁹¹

3.5.1. Organisation de la thérapeutique

3.5.1.1. Utilisation du matériel thérapeutique et suivi

Le pharmacien peut se munir de tout un arsenal de supports visuels pour illustrer les explications qu'il donne aux personnes de niveau socioculturel bas ou ayant des difficultés à comprendre la langue française. Dans ses propos, il peut essayer d'utiliser des métaphores et des images concrètes et simples pour expliquer les notions physiopathologiques, pharmacodynamiques et les modes d'utilisation des outils thérapeutiques et de la thérapeutique elle-même.⁹²

Contrôles glycémiques :

Lorsqu'un patient n'est pas en mesure d'assumer le suivi de sa pathologie, il existe plusieurs solutions qui peuvent être couplées. Le contrôle de glycémie d'un patient venant d'apprendre sa pathologie peut poser problème du fait qu'il soit choqué ou qu'il refuse de manière inconsciente sa pathologie. Le pharmacien peut prendre le temps de lui expliquer en détail le mode opératoire, à chaque visite à la pharmacie. La famille du patient sera encouragée à venir afin qu'il lui soit expliqué, à elle aussi, le protocole opératoire. Il faut souvent beaucoup de temps pour accepter une prise en charge autonome. Si le patient est seul, ou ne peut pas être aidé par sa famille, on peut faire appel à une infirmière à domicile de manière à accompagner le patient jusqu'à son autonomisation.

- | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">-Se munir de supports visuels pour illustrer les explications données-Utiliser des métaphores et des images concrètes et simples-Expliquer le mode opératoire permettant le contrôle glycémique à toute la famille |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3.5.1.2. Gestion des voyages et séjours à l'étranger

Lors des voyages de retour dans le pays d'origine, les conditions de transport risquent d'endommager les traitements si certaines mesures de conservation ne sont pas prises (notamment pour certains collyres et pour les insulines).

Le suivi médical est trop rarement pérennisé par les patients et quand il l'est, du fait de l'absence de prise en charge des traitements en dehors de leur pays de résidence, ils préfèrent finir leurs stocks et remettre à leur retour l'adaptation de leur traitement.

Exemple de problème de conservation lors de transports de longue durée :

Dans le cas des voyages en voiture ou en bus pour retourner voir de la famille au Maghreb, il est très important que le patient prévoie de respecter la chaîne du froid. Une glacière adaptée et fiable ainsi que l'achat au cours du voyage de blocs réfrigérants sont les précautions de base.

La conservation de l'insuline se fait entre 2 et 8°C. Une fois ouverte, la cartouche se conserve à une température inférieure à 22°C pendant trois semaines maximum à l'abri de la lumière. En aucun cas l'insuline ne doit rester plus de 72 heures à une température supérieure à 35°C.

Pour les patients utilisant des insulines ordinaires, il faut leur préciser qu'elles s'adsorbent sur le plastique. Lors de leurs voyages, ils doivent donc se munir de suffisamment de seringues en verre appropriées.

- Encourager le patient à faire les démarches administratives préalables à un long voyage
- L'aider à prévoir de quoi respecter la chaîne du froid
- S'assurer qu'il a tout ce que son traitement requiert pour l'ensemble de son séjour

3.5.1.3. Annonce des posologies et caractère relatif de la temporalité

Proverbe marocain : « Les français ont la montre, nous on a le temps. »

Lors de l'annonce des posologies, les termes « matin, midi et soir » sont des données trop subjectives pour pouvoir être utilisées de manière fiable, en particulier avec les patients de culture africaine. Les horaires de prises sont à personnaliser en fonction du rythme de vie, du travail et de la capacité du patient à se conformer à ces règles. De plus, la rythmicité peut

poser un gros problème. C'est pourquoi il peut être nécessaire de bien insister sur le caractère primordial de la constance des heures de prises médicamenteuses (notamment pour les médicaments à marge thérapeutique étroite).

Après l'annonce des posologies, faire reformuler au patient les posologies et le plan de prise permet d'évaluer sa compréhension, même s'il s'agit d'un traitement de longue durée. Il n'est pas rare de rencontrer des patients prenant mal leur traitement depuis plusieurs années. Dans cette logique, la phrase : « vous avez l'habitude de ce traitement ? » serait à proscrire du langage du pharmacien, car elle peut bloquer directement la discussion. Bien souvent, les patients « se protègent » en affirmant bien connaître le mode de prise de leur traitement, comme si leur capacité intellectuelle était mise en doute.

Lors de la proposition d'explication et de retranscription des posologies, le patient peut se vexer : « je sais lire quand même ! ». Proposer de manière ouverte et neutre, en expliquant que le pharmacien a parfois lui-même du mal à lire l'écriture de certains médecins peut être un moyen d'accroche.

Une méthode efficace pour déterminer si le patient sait lire est de lui proposer un dépliant explicatif en le lui montrant à l'envers. Une absence de réaction sera sans équivoque.

Pour pallier le problème d'illettrisme, le pharmacien peut diviser en trois ou quatre une face de la boîte du médicament. Chaque partie correspondra à un moment de prise où sera noté le nombre d'unités à s'administrer (par exemple : 1.1.2. ou ./././.). On pourra aussi développer un plan de prise clair et précis, sur papier, avec des logos compris par le patient.

Le pharmacien peut aussi adapter à chaque patient les heures de prises du traitement en fonction de son mode de vie. Au Maroc comme en Espagne par exemple, le dîner est en général tardif (vers 22h) ; tandis qu'en Algérie, on dîne beaucoup plus tôt (vers 19h). Ces pratiques se perpétuent souvent dans le pays d'accueil.

Un autre point important à nos yeux est que, lors de la délivrance de plusieurs unités de boîtes de médicament, la posologie doit être notée sur une seule des boîtes. Le pharmacien demandera au patient de reproduire avec attention les notes de la boîte vide sur la nouvelle boîte. Ceci permet d'éviter que le patient prenne des comprimés dans tous les emballages sur lesquels une posologie est notée.

Dans le même registre, lors de la substitution par des médicaments génériques, le pharmacien insistera sur le fait qu'il s'agit du remplaçant du médicament précédant afin que le patient ne prenne pas le médicament princeps en même temps que le médicament générique.

- Ne pas employer les termes « matin, midi et soir » (définir des horaires adaptés)
- Insister sur le caractère primordial de la constance des heures de prises
- Faire reformuler par le patient les posologies et le plan de prise, précisément pour les traitements au long cours
- Proposer au patient un dépliant explicatif en le lui montrant à l'envers en cas de doute sur son alphabétisation
- Développer un plan de prise sur papier avec des logos préalablement définis
- Noter la posologie sur une seule boîte de chaque type de traitement

3.5.1.4. Adaptations posologiques

La prescription du médecin a parfois un caractère inviolable, alors que certaines adaptations posologiques sont parfois nécessaires en fonction de modifications du mode vie du patient. En cas de refus total du patient, ou même lorsque le pharmacien doute de son influence, une confirmation téléphonique du prescripteur assurera la crédibilité du conseil prodigué.

Chez les diabétiques, lors d'un repas gras (comme un couscous préparé traditionnellement), l'insuline doit être administrée à la fin du repas pour éviter la survenue d'une hypoglycémie. Dans le doute, si le patient ne sait pas comment faire, ou ne maîtrise pas bien son traitement, l'insuline sera toujours injectée en fin de repas.

L'adaptation posologique des médicaments antidiabétiques durant le Ramadan :

Le premier point est de répartir les médicaments en fonction des repas au cours de la nuit, tant pour leur posologie que pour la prise médicamenteuse.

Il s'agit donc d'adapter avec le médecin les doses, le type et les heures d'injection des insulines. Évidemment, les patients ne doivent pas s'administrer leurs antidiabétiques oraux et leurs insulines aux heures habituelles, étant donné qu'ils ne mangent pas.

L'adaptation thérapeutique sera fonction du mode d'organisation des patients. Ceux qui préparent trois repas dans la nuit (à la tombée de la nuit, avant de se coucher, puis au réveil avant le lever du soleil), devront prendre leurs médicaments à chaque repas comme de coutume, en fonction des apports caloriques des différentes prises alimentaires.

En général, le repas du soir sera l'équivalent du dîner (il faudra cependant souvent augmenter légèrement les posologies en vue du festin préparé) ; le repas du coucher sera le déjeuner et le repas du lever correspondra au petit déjeuner.

L'administration médicamenteuse durant le Ramadan :

Certains médicaments comme les anti-vitamines K, les antibiotiques ou les contraceptifs oraux, nécessitent une prise quotidienne à heure fixe.

La meilleure solution semble être de déterminer l'heure de prise adéquate lors de la première délivrance (ou lors de la consultation médicale) en fonction du mode de vie du patient et de ses contraintes. Ainsi, un patient maghrébin, ou une personne en habit traditionnel indien, maghrébin ou africain, ou portant des signes religieux musulmans, peut être interrogé pour savoir s'il pratique le jeûne du Ramadan, s'il se présente à la pharmacie avec un traitement nécessitant des prises à heure fixe. On pourra aussi proposer des formes galéniques qui ne « cassent pas le jeûne » durant le Ramadan, lorsque c'est possible.

- Appeler le prescripteur si nécessaire pour crédibiliser le conseil prodigué
- Aider le patient à adapter les posologies de son traitement durant le Ramadan
- Déterminer les heures de prise adéquate lors de la première délivrance d'un traitement

3.5.1.5. Maîtrise des unités de mesure

Il semble utile de rappeler les unités de mesure car tous les patients n'ont pas les mêmes notions des quantités et des contenants, au sein même d'une culture.

Prenons l'exemple des formes galéniques en sirop ou en poudre. Lorsque le médecin prescrit une cuillère à soupe de sirop, chacun prendra une quantité différente de principe actif en fonction de ses ustensiles. Aujourd'hui, il existe peu d'instruments de mesure standard en dehors de ceux proposés en pharmacie. Il convient de fournir systématiquement une dosette adaptée aux patients ne connaissant pas bien ce type de forme galénique car les quantités absorbées peuvent varier du simple au triple.

Il n'est pas superflu d'expliquer les notions de cuiller rase ou bombée. Rappelons qu'une cuiller à café correspond à 5ml, une cuiller à dessert 10ml et une cuiller à soupe 15ml. Pour la plupart des gens, une cuiller à café contient moins de 3ml.

- Fournir systématiquement des doseurs standard
- Rappeler les correspondances entre volumes et doseurs

3.5.1.6. Importance de la famille dans l'organisation de la prise en charge thérapeutique

Les enfants des immigrés (souvent mieux intégrés que leurs parents) pourront traduire les dialogues entre le patient et le pharmacien. Ils pourront aussi être les garants de la bonne observance des patients et de leur respect des conseils hygiéno-diététiques prodigués. Pour ce qui est de l'organisation de la prise en charge thérapeutique, ils pourront prendre les rendez-vous pour les consultations médicales aux moments opportuns, remplir les piluliers hebdomadaires et superviser la prise en charge thérapeutique. L'implication familiale peut en effet prendre des proportions importantes (thérapie groupale) ; il paraît souhaitable de ne jamais refuser que la famille assiste à un acte pharmaceutique, sauf si cela semble essentiel au pharmacien ou si le patient le souhaite.

Dans l'idéal, les enfants des patients pourront les aider en cas de difficultés financières. Il paraît donc important de déceler les conditions familiales délétères. Il a été observé des cas de racket de personnes âgées par leurs enfants, au point qu'elles ne pouvaient plus subvenir à leurs besoins dès la moitié du mois.

Proposer à la famille d'être :

- Garante de la bonne observance du patient et de son respect des conseils hygiéno-diététiques
- Organisatrice de la prise en charge thérapeutique (pilulier, rendez-vous, supervision générale)
- Un soutien financier

3.5.2. La pratique du jeûne du Ramadan : un exemple de problème organisationnel typique

Ce jeûne est déconseillé voire interdit chez les personnes ayant des problèmes de santé graves, les enfants et les femmes enceintes.

Pour les diabétiques, un consensus médical a déjà été établi par la fondation Hassan II. Il stipule que le jeûne ne sera permis chez certains diabétiques que si leur diabète répond à certaines conditions, à savoir :

- diabétique de type 2 obèse ou normopondéral, bien équilibré et stable, sous régime diététique et / ou sous traitement par biguanides et / ou sulfamides ;
- diabétique indemne de complication dégénérative et de toute affection intercurrente.

Le jeûne sera proscrit chez le diabétique âgé, traité par insuline, mal équilibré, compliqué mais aussi polymédiqué. Il est par ailleurs déconseillé aux diabétiques insulino-dépendants.

Ce consensus a été élaboré en association avec des médecins et des théologiens de manière à respecter le plus fidèlement possible la parole divine.⁹³

Mais il existe deux catégories de patients :

- les sujets qui suivent les conseils des professionnels de santé et qui ne jeûnent pas si leur santé peut être mise en péril
- les sujets réfractaires : quoi que le médecin ou le pharmacien puisse proposer et conseiller, ils jeûneront au détriment de l'équilibre de la pathologie.

Quelques conseils pourront être transmis à ces derniers pour que le jeûne se déroule dans les conditions les moins délétères possibles.

Il est avant tout primordial de les prévenir des risques d'hypoglycémie et de décompensation acido-cétosique pouvant être induites par le jeûne. Lorsqu'un patient décide de faire le jeûne contre l'avis médical, l'accompagnement est d'autant plus important ; il faut lui faire comprendre que si cela devient trop difficile ou dangereux, il doit absolument cesser. Il faut savoir renoncer, d'autant plus si la pratique religieuse s'oppose aux préceptes religieux.

Lors d'une discussion sur le diabétique et le Ramadan, un pharmacien grenoblois d'origine marocaine travaillant dans un quartier à prédominance maghrébine, a pris l'exemple d'un de ses clients.

Il s'agit d'un français de culture européenne, insulino-requérant, converti à l'Islam. Ce chef d'entreprise connaît bien sa maladie, maîtrise le suivi de sa pathologie et son adaptation thérapeutique. Il a fait le choix de pratiquer le jeûne du Ramadan, contre l'avis de son médecin. Grâce à la bonne maîtrise de son traitement et à un contrôle consciencieux de sa glycémie, il a réussi à passer un mois de jeûne sans aucun incident ni traumatisme notable.

Ainsi, d'après ce pharmacien, il est possible, dans des conditions idéales, de pratiquer le Ramadan malgré une pathologie chronique lourde ; mais dans la majorité des cas, il vaut mieux se référer au consensus Hassan II, car peu de patients sont capables de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour gérer au mieux l'équilibre thérapeutique et pathologique.

Un autre problème survient lorsque le patient décide de ne pas pratiquer le jeûne. La religion musulmane recommande aux personnes qui s'abstiennent de le faire pour raison médicale de pratiquer l'aumône envers un pauvre ou un organisme humanitaire. Actuellement, la somme requise est de cinq euros par jour de non-jeûne. Cela représente donc chaque année pour un mois de don, cent cinquante euros. Si la personne est pauvre, garder son argent est en soi une bonne action : on peut présenter cet acte comme étant un don à soi-même.

- Informer sur l'interdit religieux du jeûne chez certains patients
- Évaluer la capacité organisationnelle et l'état de santé du patient et sa capacité à renoncer
- Pratiquer le « don à soi » chez les musulmans en difficulté financière

3.5.3. Organisation spatiale de la pharmacie et mise en œuvre éducative

Un agencement adéquat de la pharmacie pour garantir une zone de confidentialité aux patients timides ou honteux de s'exprimer devant un public permet de favoriser l'échange avec le pharmacien (notamment avec les femmes de culture maghrébine). En cas d'impossibilité d'isoler les comptoirs et de définir une zone de confidentialité, l'aménagement d'un comptoir un peu plus protégé peut être profitable (à distance des autres, ou séparé du reste des comptoirs par un pilier : tout dépend de la structure de la pharmacie).

Pour les personnes ayant besoin d'être dans un espace clos, une pièce isolée, aménagée à cet effet, peut être rendue disponible. Il reste alors au pharmacien à savoir proposer au patient d'aller discuter à l'abri des regards indiscrets, lorsqu'il le juge nécessaire.

Il existe déjà dans certaines pharmacies des consultations pharmaceutiques qui peuvent être prises sur rendez-vous. Les patients peuvent préparer préalablement ce qu'ils ont à dire puis en parler en toute liberté. Il est conseillé de s'inspirer des recommandations de l'AFSSAPS et du CESSPF pour leur bon déroulement.⁹⁴

Les entretiens peuvent durer jusqu'à 45 minutes, durant lesquelles le pharmacien aborde les sujets qui semblent importants aux deux parties, s'aidant de supports didactiques (images, vidéos, schémas, jeux...). Un carnet, symbole du « contrat thérapeutique » élaboré durant l'entretien, pourra être remis en fin de consultation. Il sera mis à jour le long des entretiens. Ce support est surtout le symbole de « l'issue d'une interaction humaine » car en

pratique, il n'est pas beaucoup lu. Ce concept d'entretiens est très développé au Canada et en Australie, et devrait trouver sa place en France.⁹⁵

- Garantir une zone de confidentialité (comptoir ou pièce isolée)
- Savoir proposer au patient d'aller discuter à l'abri des regards indiscrets
- Mettre en place des consultations pharmaceutiques pour les patients demandeurs
- Proposer un carnet, symbole du « contrat thérapeutique »

3.5.4. Support économique et structures d'encadrement

La prévention médicale peut avoir lieu dans chaque communauté, mais il doit avoir un relais institutionnalisé. Bon nombre de prises en charge sociales ont été mises en œuvre ces dix dernières années :

- En 1997 a été votée une loi contre les exclusions sociales ; l'année suivante, le « PASS » est créé (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), de même que les « PRAPS » (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins organisés par les DRASS).
- En 1999 la CMU (Couverture Médicale Universelle) voit le jour. Elle est destinée aux plus démunis.
- L'AME (Aide Médicale d'Etat) a été créé pour les immigrés en situation irrégulière. Ce statut risque d'avoir un rôle stigmatisant et excluant pour les personnes concernées. Des ONG se développent dans tous les départements pour venir en aide aux personnes les plus démunies, en permettant l'accès gratuit au soin.

Un des rôles-clés du pharmacien est d'orienter les patients sans prise en charge médicale vers les structures d'encadrement les plus adaptées.

3.6. Support social

Le pharmacien a un rôle d'écoute et de « moteur motivationnel » du patient. Il doit trouver les arguments et les éléments qui pourraient pousser le patient à se prendre en charge. Le pharmacien est en effet au carrefour de la chaîne des soins et contribue largement à aider le patient. Il peut être qualifié de « renforçateur thérapeutique ».⁹⁶

3.6.1. Le pharmacien comme support motivationnel

Nous savons que l'observance du traitement est faible lorsqu'il s'agit de pathologies chroniques. Partons d'un principe très simple : le patient choisit délibérément de venir

chercher son traitement à la pharmacie. Le pharmacien peut se servir de cette volonté de base pour stimuler et encourager le patient dans sa prise en charge thérapeutique.

Le pharmacien en tant qu'individu peut lui-même devenir un élément motivationnel, en donnant du sens aux difficultés rencontrées par le patient.

Prenons l'exemple d'une femme maghrébine qui vient à la pharmacie pour prendre sa tension artérielle car elle ne se sent pas bien. Le temps de la laisser se reposer quelques minutes pour normaliser sa tension, elle se met à pleurer. Elle raconte alors sa vie : longtemps battue par son mari, elle a finalement réussi à le quitter. Elle vient de perdre son fils de 25 ans dans un accident de voiture et n'a plus aucun contact avec son second enfant (à cause de la « méchanceté de sa belle-fille »). Elle ne connaît pas d'amis proches et se trouve donc dans un état profond de solitude.

Le pharmacien l'ayant écoutée, elle lui demande de s'engager à prendre soin de ses parents et de ne jamais les abandonner car « on doit tout à ses parents ». Après la promesse solennelle du pharmacien, la personne repart rassurée et valorisée par la sensation d'avoir évité aux parents du pharmacien de vivre son malheur. Cela lui a donné de l'importance et un sens à la difficulté de sa vie. En témoignant de son malheur, elle devient éducatrice, elle-même. Quelques temps après, le pharmacien lui délivre un traitement antidépresseur car elle a « décidé de prendre en charge sa situation ».

- Trouver les arguments qui pourraient pousser le patient à se prendre en charge
- Savoir être l'allié du patient
- Reconnaître les efforts faits par le patient vis-à-vis de sa prise en charge
- Donner du sens aux difficultés rencontrées par le patient

3.6.2. Le respect du patient

Le patient peut trouver la force de se soigner grâce à la considération qu'on lui témoigne. Le respect peut se manifester dans l'accueil, la manière de présenter les médicaments, le langage en général (nous avons abordé ces thèmes précédemment).

Lors de l'accueil, demander des nouvelles de la famille (même sans la connaître), saluer chaleureusement et regarder le patient dans les yeux, sont autant d'éléments d'accroche respectueux. Certains patients (particulièrement les plus âgés) accordent une importance considérable à la manière dont le pharmacien leur délivre les médicaments.

- Ne pas sous-estimer le mal-être des immigrés et le poids de leur histoire en France
- Manifester des marques de respect et de considération

3.6.3. L'égoïsme du patient

Le patient, précisément le malade chronique a souvent tendance à développer un égoïsme latent et important car la pathologie peut devenir une obsession le ramenant sans cesse à sa propre personne. Travailler sur cet égoïsme peut être un élément motivationnel important : il convient d'observer et de définir avec le patient les plaisirs et les intérêts de sa vie quotidienne. La dégradation de son état de santé par son refus de prise en charge thérapeutique peut le conduire à ne plus être en mesure d'en profiter.

Dans le cas du diabète, le caractère insidieux et la lenteur d'apparition des complications secondaires à la pathologie, ajoutés à la lourdeur de la prise en charge, sont autant de facteurs de démotivation pour le patient. Un diabétique qui prend plaisir à manger traditionnellement un couscous le vendredi ne pourra plus se le permettre s'il ne régule pas son poids. De même, le plaisir de tatouer ses filles au henné avec précision est bien moins évident lorsque l'on souffre d'une rétinopathie. Il n'est pas facile de retourner voir sa famille après s'être fait amputer d'une jambe porteuse d'angiopathie diabétique.

Le patient doit comprendre que s'il réussit à trouver un équilibre de vie et à stabiliser son état pathologique, il pourra jouir d'un meilleur cadre de vie et d'une plus grande liberté.

- Définir avec le patient les plaisirs et les intérêts de sa vie quotidienne
- Lui faire réaliser qu'il risque de dégrader son cadre de vie s'il ne se prend pas en charge

3.6.4. La famille du patient

Nous avons vu précédemment le rôle central de la famille chez les patients maghrébins. Rester en bonne santé pour pouvoir aider et s'occuper de ses enfants et de ses petits-enfants reste un des éléments motivationnels majeurs. Ceci est d'autant plus vrai lorsque la famille du patient se trouve dans un autre pays et que le voyage pour aller les voir est long et inconfortable.

3.6.5. Les autres acteurs de soutien

Le principal moyen d'intégration est le monde associatif. Il peut être profitable de laisser à disposition des patients différentes adresses, des sites Internet, des numéros de téléphone pour les orienter vers des réseaux d'aide, des supports d'information et d'encadrement susceptibles de faciliter leur prise en charge thérapeutique et adaptés à leurs moyens (ODTI⁹⁷, ADATE⁹⁸, migration santé⁹⁹ ...).

Sur Internet, il existe de nombreux forums d'intérêts variables et variés. Ils sont en tous cas un moyen d'expression et d'échange avec des gens vivant les mêmes difficultés et ayant plus ou moins d'expérience. Les patients doivent cependant garder un certain recul quant aux conseils qui peuvent y être prodigués, car aucun contrôle sur la véracité des informations apportées n'est possible ; bon nombre de personnes aux propos un peu extrêmes peuvent s'exprimer par ce biais.

Laisser à disposition des patients différentes adresses, des sites Internet, des numéros de téléphone (réseaux d'aide, supports d'information et d'encadrement)

3.7. *Applicabilité de la théorie et de la pratique hospitalière en officine*

Les éléments abordés durant le stage d'ETPDOM sont autant d'informations précieuses, qui peuvent être dispensées chaque jour par le pharmacien officinal. Il ne semble pas actuellement envisageable d'espérer organiser à l'échelle nationale des entretiens personnalisés d'une durée satisfaisante avec les patients diabétiques maghrébins, étant donné qu'aucune rémunération n'est prévue pour valoriser ces prestations. Cependant, chaque pharmacien peut allouer le temps qu'il souhaite et qu'il lui est possible de consacrer à ce type d'actions éducatives. La disponibilité et la gratuité du conseil pharmaceutique étant, en même temps, un atout majeur pour mettre le patient en confiance et pour permettre au pharmacien de le voir régulièrement et aux moments opportuns.

Quoi qu'il en soit, la pratique professionnelle des acteurs de ce stage peut être transposée en officine : l'éducation se fera alors sporadiquement et sur le long terme, au fil des rencontres régulières et nombreuses, entre le pharmacien et le patient atteint d'une pathologie chronique.

La mise en place d'entretiens éducatifs officinaux pour certaines pathologies chroniques a été élaborée dans une thèse rédigée par cinq étudiantes de Grenoble en 2006¹⁰⁰.

-S'inspirer des pratiques éducatives hospitalières et les adapter à l'officine
-Retransmettre pas à pas les messages éducatifs, au fil des rencontres avec le patient

Pour résumer, voici **quelques conseils pour une meilleure communication avec le patient migrant musulman diabétique⁸⁹** :

- Procurer au patient du matériel didactique (des brochures, des bandes vidéos...) conçu dans sa propre langue
- Faire éventuellement appel à des médiateurs culturels, à un interprète
- Se renseigner sur les plantes médicinales les plus fréquemment utilisées en médecine traditionnelle
- Mettre sur pied un régime antidiabétique basé sur des recettes propres à la culture d'origine du patient
- Utiliser les services d'un diététicien ayant une bonne connaissance de la culture du patient
- Au début du Ramadan, suggérer au patient des moyens pour l'aider à concilier le jeûne diurne avec le régime prescrit (adapter les posologies du traitement antidiabétique, préciser que le Coran n'oblige pas les diabétiques à faire le Ramadan...)
- Rappeler au patient au moment des départs en voyage les consignes médicamenteuses à respecter et les conditions de transport des médicaments
- Évoquer les risques inhérents aux remèdes traditionnels et à la non-observance du schéma thérapeutique instauré

4. Perspectives : vers une pratique de l'ethnopharmacie comportementale

Nous avons essayé dans les deux chapitres précédents de démontrer l'intérêt d'intégrer la dimension ethnoculturelle à la prise en charge thérapeutique des patients. Cette réflexion a d'abord été inspirée par l'essor et les résultats probants d'une discipline récente, spécifique de ce domaine : l'ethnopsychiatrie.

Forts de cet exemple, nous tenterons de poser les bases d'une nouvelle discipline : l'ethnopharmacie comportementale, dont les prémices se dévoilent au Canada et aux USA depuis quelques années. Nous aborderons ensuite le problème de la formation du professionnel de santé, en particulier du pharmacien. Nous nous interrogerons sur les moyens mis en œuvre pour faire évoluer la connaissance du pharmacien.

Enfin, nous verrons quelles peuvent être les conséquences potentielles des représentations sociales du pharmacien sur son rapport avec le patient selon son origine ethnoculturelle.

4.1. Une discipline en pleine expansion : l'ethnopsychiatrie

De manière plus ou moins consciente, les professionnels de santé ont de tout temps intégré à leur prise en charge thérapeutique de nombreux facteurs propres à la vie du patient et à son histoire. La prise en compte des dimensions ethnique et culturelle dans la démarche thérapeutique a pour la première fois été mise en avant dans le domaine de la psychiatrie. Ce principe a débouché sur l'organisation et le développement d'une discipline à part entière : l'ethnopsychiatrie. La pédiatrie et la gynécologie commencent à emprunter ces modes de réflexion par nécessité, devant certains échecs thérapeutiques.

4.1.1. Définition et histoire de l'ethnopsychiatrie

Ce domaine médical a connu son essor dans le courant du siècle dernier, grâce aux précieux travaux de Georges Devereux, puis de son disciple et collègue Tobie Nathan. La troisième génération des ethnopsychiatres est guidée par Marie-Rose Moro, spécialisée en pédopsychiatrie.

La définition actuelle de cette discipline pourrait être la suivante : « l'ethnopsychiatrie est une théorie et une pratique psychothérapique réservant une part égale à la dimension

culturelle du désordre et de sa prise en charge et à l'analyse des fonctionnements psychiques. »⁶¹

Ces psychiatres cherchent à respecter et à utiliser les traits culturels du patient afin d'améliorer l'observance, ainsi que l'acceptation du traitement et de la maladie. Ainsi, la culture n'est pas considérée comme une fin ou une cause, mais comme un moyen thérapeutique.

Cette pratique nécessite la mise en place d'un dispositif permettant l'explication de données tant culturelles (empruntées au groupe d'appartenance du patient), qu'idiosyncrasiques (découlant de son histoire singulière). Ce dispositif doit ainsi permettre au thérapeute de déclencher un mécanisme issu d'une thérapie traditionnelle, cohérent avec la culture du patient, et sans désavouer ses propres convictions médicales et thérapeutiques.

Empruntons une pensée de Tobie Nathan :

« Car un malade est comme un galet. Au premier abord il semble monolithe, entier, parfaitement lisse. N'a-t-il pas appris à s'arrondir au gré des érosions ? Déclenchez l'interrogation sur le caché et vous le verrez se fracturer devant vous selon les lignes de ses failles. (S'il est nécessaire de faire appel aux esprits pour déclencher un tel système, alors les esprits existent bien, au moins en tant qu'âmes invisibles du dispositif) ».⁵⁸

Ce propos quelque peu extrême illustre bien le courant ethnopsychiatrique. Il part du principe qu'à partir du moment où un élément est réel pour le patient, il peut être utilisé à des fins thérapeutiques. Ainsi, l'ethnopsychiatre ne se pose pas en juge du patient, mais simplement en thérapeute attentif. D'après lui, il faut savoir prendre une certaine distance vis-à-vis des protocoles et autres consensus médicaux, dès l'instant où cela semble nécessaire au traitement ou à la relation avec le patient.

Il est vrai qu'il existe une dimension psychologique (et mentale) dans l'étiologie comme dans la guérison de bon nombre de pathologies. Prenons l'exemple des personnes en phase terminale de cancer et les disparités de durée de survie, en grande partie dépendante du moral des patients. Un patient combatif et plein d'espérance, se forcera à manger et à dormir, en puisant dans ses dernières ressources, modifiant éventuellement le pronostic.

Le postulat de base sans lequel l'ethnopsychiatrie n'aurait pu se fonder est l'universalité psychique des êtres humains, c'est-à-dire l'unité fondamentale du psychisme humain. De ce postulat découle la nécessité de donner le même statut (éthique mais aussi

scientifique) à tous les êtres humains, à leurs productions culturelles et psychiques, à leurs manières de vivre et de penser, aussi différentes et parfois déconcertantes qu'elles soient...

Les ethnopsychiatres insistent sur le caractère interdisciplinaire de leur pratique. Il s'agit d'un travail synergique entre la psychiatrie et l'ethnologie, empruntant parfois à la psychologie et à la sociologie.¹⁰¹

On peut comprendre la démarche ethnopsychiatrique comme une volonté d'assouplir le cadre thérapeutique, lorsque le thérapeute se trouve confronté à des patients pour lesquels la médecine classique n'a pas permis de faire évoluer leur état pathologique.

Il s'agit de tisser un réseau de contacts et d'encadrements autour du patient immigré, souvent seul et démuné face à sa pathologie.

4.1.2. Exemple d'une consultation à l'hôpital d'Avicenne (Bobigny)

Pour illustrer la démarche ethnopsychiatrique, prenons un cas clinique concret, emprunté à la pratique du psychiatre Tobie Nathan.

Il s'agit de Bintou, une patiente malienne âgée de 19 ans arrivée en France à l'âge de 13 ans. Récalcitrante et résistante depuis plusieurs années à tous les traitements proposés par ses différents psychiatres : elle se plaint d'évanouissements inopinés, de cécité transitoire, et erre de foyers en squats, déménageant chez sa tante puis dans l'appartement de sa sœur aînée sans jamais trouver sa place.

Cette patiente, enceinte à l'âge de 14 ans, avait caché sa grossesse à son entourage restreint. Elle avait accouché dans les toilettes, seule, avait déposé le nouveau-né sur le rebord de la fenêtre, au deuxième étage. L'enfant était tombé, avait miraculeusement survécu ; mais définitivement handicapé, il souffrait de graves séquelles cérébrales. Il avait alors été placé en institution spécialisée. La patiente avait d'abord été inculpée pour tentative d'infanticide, puis reconnue par le juge des enfants comme victime d'attentat à la pudeur contre mineure.

Bintou est envoyée consulter à l'hôpital d'Avicenne, à Bobigny, l'équipe des ethnopsychiatres dirigée par T. Nathan.

La consultation se déroule comme un conseil des sages en Afrique. Chaque membre de l'assemblée se présente, en déclinant son origine culturelle et ses titres universitaires.

Après avoir consulté les « cauris » (divination dans l'interprétation des lancers de coquillages), et forts d'avoir étudié le dossier de la patiente au préalable, l'assemblée commence à raconter quelques épisodes de la vie de Bintou (sous ses yeux ébahis) : sa naissance après des jumeaux (ce qui donne des aptitudes très particulières aux enfants maliens, dont celle de communiquer avec les ancêtres), la mort de son père dans des circonstances inexplicables, sa maladie durant les trois mois suivant le décès, ses scarifications protectrices (faites par sa mère pour l'attacher au monde des vivants), puis enfin de son départ précipité d'Afrique pour la protéger d'accusations de sorcelleries et d'avoir « mangé » son père (en termes de sorcellerie africaine, « manger quelqu'un » signifie l'attaquer, dévorer sa substance vitale).

La consultation s'est terminée par la prescription du sacrifice d'un animal et de son petit au village natal, puis d'un éventuel voyage « initiatique » dans son pays d'origine, pour revoir sa mère et parler de son passé.

Précisons que le sacrifice animal est un élément crucial des dispositifs thérapeutiques dans les systèmes africains. Il s'agit de capter des « souffles de vie » pour acquérir un surplus de vitalité en le saignant. Lors de l'étouffement, on substitue un animal à un être humain en danger en étouffant ses « souffles ». ¹⁰²

Tobie Nathan explique que cette prescription a une importance capitale car elle permet d'établir un réseau de soutien autour de la patiente et de renouer les liens avec sa culture natale et son histoire prémigratoire. En effet, la patiente va rejoindre sa mère et lui expliquer la prescription du thérapeute français, ses visions divinatoires. La mère va probablement consulter des marabouts puis retransmettre leurs interprétations à sa fille après avoir sacrifié les bêtes. Bintou retournera alors consulter l'ethnopsychiatre. Cette structure englobant la patiente est un support thérapeutique (installant un réseau de relais et de supports autour d'elle et rappelant la notion de thérapie groupale en Afrique). Ce support est très important pour une personne seule, « abandonnée » dans un pays inconnu où elle n'a jusqu'alors jamais réussi à s'enraciner.

Pour les thérapies de patients originaires d'Afrique, nous voyons alors une différence apparente fondamentale avec notre concept occidental de la thérapeutique. Nous plaçons le patient au centre de notre démarche tandis que dans la thérapeutique traditionnelle africaine, la responsabilité et l'étiologie de la pathologie sont reléguées à un univers parallèle d'intentions ancestrales. Pourtant, en analysant l'exemple précédent, nous voyons que le

résultat thérapeutique est le même, grâce au réseau de liens qui s'est tissé autour de la patiente.

4.2. L'ethnopharmacie comportementale et ses limites

L'émergence de l'ethnopsychiatrie peut laisser espérer un essor de l'intérêt des pharmaciens à intégrer la dimension ethnoculturelle du patient à leur pratique professionnelle.

4.2.1. Ébauche de définition

L'ethnopharmacie comportementale peut être définie comme étant l'étude et l'analyse des comportements des patients vis-à-vis de la pathologie et de la thérapeutique en fonction de leur culture ethnique et de leurs représentations sociales.

Cette pratique a pour but de décrire les différences et les particularités propres à chaque culture de manière à permettre au pharmacien de trouver le mode de communication le plus adapté à chaque patient et les éléments susceptibles d'influer sur son comportement face à son état pathologique.

Il s'agit en fait d'essayer « d'intégrer » au quotidien de l'accompagnement thérapeutique des patients chroniques (Maghrébins et Noirs-africains dans notre étude), la notion culturelle. Ceci afin d'encourager l'adhérence des patients à leur traitement, faciliter le respect des conseils hygiéno-diététiques et favoriser l'acceptation de la pathologie et de la prise en charge thérapeutique. L'optimisation thérapeutique passe alors par un allègement du cadre thérapeutique par une spécialisation de la prise en charge et par un centrage plus précis sur le patient.

4.2.2. La caractérisation du patient et ses biais

Cette discipline est d'un abord délicat mais d'un intérêt précieux quant à la compréhension des comportements des patients.

Le premier obstacle que le praticien rencontre est la détermination de la culture du patient qui se trouve en face de lui. Pour être le plus juste possible, il doit se limiter à orienter le discours du patient (et encore faut-il que le patient en ait un...) par des questions ouvertes abordant les sujets sur lesquels il a besoin d'informations. Le pharmacien interprétera (de manière évolutive) au cours de la relation les mots, les réactions, les comportements et les

expressions du patient afin d'essayer de le situer dans un cadre culturel ; ceci dans le but de pouvoir donner les éléments adaptés au patient pour lui permettre de mieux comprendre, accepter et optimiser son traitement et sa pathologie.

Il ne s'agit donc pas de trouver des traits de caractères reproductibles pour une ethnie donnée mais bien de tenter de trouver une trame « comportementaliste » afin d'élaborer quelques axiomes de base permettant d'améliorer l'observance, sans tomber dans du racisme primaire.¹⁰³ Chaque comportement est la conséquence d'une analyse extrêmement complexe d'une situation en fonction d'une somme de paramètres, comportant les représentations sociales et ethniques de la personne.

Lorsque le pharmacien commence à avoir une représentation qui lui semble être caractéristique de la personne, il ne doit pas tomber dans le piège de ce que l'on appelle « l'interprétation singulière » du patient. En effet, le professionnel de santé doit toujours remettre en question ses interprétations et faire évoluer sa connaissance du patient. Toute personne ne peut être réduite et placée dans une catégorie unique. Tout comportement possède une étiologie multifactorielle et chaque individu a un passé trop complexe et trop riche, tant au niveau de son éducation que de son vécu pour pouvoir le réduire à une représentation unique.

Il ne faut donc pas tomber dans la surinterprétation du caractère ethnique des comportements, car il existe certaines bases comportementalistes universelles : face à l'annonce de la mort, bon nombre de personnes d'origines culturelles diamétralement opposées réagiront sensiblement de la même manière. Par ailleurs, au sein d'une même culture, deux personnes ayant *-a priori-* des traits culturels similaires pourront se comporter de manières complètement différentes face à un même stimulus. C'est pourquoi il faut avoir conscience que l'on ne peut pas enfermer les comportements de personnes dans un carcan, simplement parce qu'elles ont la même origine ethnoculturelle. Trop de facteurs influent sur les comportements : l'origine sociale, culturelle, socioéconomique et ethnique, l'expérience et le vécu, l'âge et le sexe...

La littérature actuelle fait état de l'importance des compétences culturelles, incitant vivement les praticiens à faire rapidement usage des différents outils et savoirs relatifs à la culture des patients. Ceci de manière à pallier la sous-utilisation et l'arrêt prématuré des

services pharmaceutiques par les individus provenant de groupes de minorités ethniques et culturelles.¹⁰⁴

4.2.3. Vers une approche pluridisciplinaire de la thérapeutique

Les phénomènes et comportements humains peuvent admettre une explication biologique, sociologique, psychologique, linguistique, etc. Le fait est qu'un comportement humain qui n'est expliqué que d'une seule manière n'est pas expliqué du tout. « L'explication trop poussée d'un phénomène dans le cadre d'un seul système explicatif (...) détruit le phénomène qu'elle veut étudier de trop près ».¹⁰⁵ L'intégration de la dimension ethnoculturelle dans la pratique médico-pharmaceutique implique une approche pluridisciplinaire. C'est d'ailleurs le *credo* de l'éducation thérapeutique.

La *connectedness* (le travail en réseau) est une collaboration interdisciplinaire en synergie permettant le partage des connaissances. Il est question alors d'une prise en charge partenariale où chaque professionnel de santé trouve sa place et n'en sort pas (d'où l'importance de la connaissance et de la reconnaissance du rôle de chaque professionnel de santé).

Ainsi, l'ethnopharmacie comportementale doit être considérée comme un outil précieux parmi d'autres. Cette discipline s'inscrit dans le bagage (évolutif) de tout professionnel de santé, aux côtés de la galénique, la pharmacologie, la physiologie, la psychologie, la sociologie... Il est essentiel que le pharmacien reste avant tout un humaniste.

4.3. La formation universitaire et continue du pharmacien : quel avenir ?

Le diplôme de docteur en pharmacie en poche, l'ancien étudiant est fort de sa science du médicament (maîtrise de la pharmacodynamie médicamenteuse et des connaissances physiopathologiques). Il n'a malheureusement été que vaguement initié à la psychologie du patient et à la sociologie, disciplines qui permettent pourtant de comprendre bon nombre de comportements du patient. Sans intégrer les étiologies comportementales, le pharmacien aura du mal à influencer sur la prise en charge thérapeutique, essentiellement déterminée par la décision du patient de se soigner. Il pourra (et devra) bien sûr mettre à la disposition du patient le maximum d'éléments permettant une bonne prise en charge technique de la pathologie et du traitement ; mais la prise en compte de ces éléments et l'adhérence du patient

au schéma thérapeutique sera déterminée par de nombreux autres facteurs, à propos desquels le jeune pharmacien n'a que de vagues notions. Nous avons eu la chance de bénéficier de la mise en place de quelques enseignements universitaires de pharmacie clinique. Cette discipline tend à se développer et à trouver sa place légitime dans l'enseignement pharmaceutique universitaire. Beaucoup reste encore à faire.

Bon nombre de conférences et d'exposés ayant trait à l'éducation thérapeutique se déroulent et permettent aux pharmaciens de progresser dans l'acquisition de la matière cognitive nécessaire à une bonne pratique de leur profession. Les cellules organisatrices de formation continue ont bien compris l'importance de la pharmacie clinique. Chaque pharmacien peut choisir les thèmes qu'il lui semble important de maîtriser, grâce à la variété et au nombre croissant de réunions de formation. Il n'existe pas encore à notre connaissance de conférence traitant spécifiquement de l'ethnopharmacie comportementale ; mais les intervenants médicaux ont déjà commencé à réfléchir de manière poussée à l'importance de la dimension ethnoculturelle dans la prise en charge thérapeutique. L'évolution logique et naturelle de la pratique pharmaceutique induit une évolution de la formation, avec une sensibilisation à cet aspect de l'approche thérapeutique.

Cependant, des études montrent une tendance des soignants à demeurer à un niveau moyen de performance, en partie parce qu'ils ne croient pas suffisamment au rôle de l'éducation du patient dans leur approche du traitement.¹⁰⁶

Dans la plupart des cas, l'apprentissage des professionnels s'est fait de manière empirique, improvisée. Les difficultés rencontrées par les professionnels dans l'éducation des patients peuvent être liées à l'application d'un modèle scolaire classique, impliquant un enseignement actif face à des patients passifs. Un changement d'attitude de la part des professionnels de santé est nécessaire. « Trop souvent, les soignants n'écoutent pas correctement les malades, ne leurs donnent pas le temps nécessaire pour saisir et assimiler le message. Ils n'utilisent pas les erreurs des patients pour comprendre leurs comportements et sont peu conscients de leurs croyances et leurs systèmes de contrôle ». ¹⁰⁷

4.4. Les représentations propres au pharmacien et leurs conséquences potentielles sur la relation patient / pharmacien

Actuellement, la formation ethnoculturelle et comportementale est une démarche personnelle et non obligatoire. Chaque professionnel a donc les connaissances en ce domaine relatives à son degré d'intérêt pour le sujet et à sa sensibilisation personnelle. Il faut noter que l'analyse ethnique et culturelle n'est pas une science exacte, dans le sens où il y a autant d'interprétations possibles que d'individus, où elle est à la frontière entre l'ethnologie et la sociologie, et où ce sujet peut être à la base d'interprétations orientées par les idéologies et les convictions des professionnels de santé (d'où l'importance de se former pour prendre de la distance par rapport aux analyses personnelles).

Pour exercer cette pratique, les soignants doivent se garder de stéréotyper les différents groupes ethniques et de penser qu'une méthode unique peut-être employée pour assister et encadrer tous les groupes minoritaires présents en France. Précisons qu'au sein même d'une ethnie ou d'une culture, le praticien ne doit pas oublier que la prise en charge thérapeutique et psychologique du patient dépend de facteurs variés et innombrables.

Ainsi, dans l'idéal, il devrait utiliser une méthode personnalisée et unique, applicable à un seul patient. Bien évidemment, chaque trait de caractère d'un patient peut se retrouver chez un autre. Ainsi, des éléments d'analyse sont reproductibles mais une méthode globale ne semble pas pouvoir être établie.

Quoi qu'il en soit, le travail quotidien du professionnel de santé est de remettre en question ses connaissances et ses représentations relatives aux patients et en particulier dans le domaine ethnoculturel. La pratique de l'ethnopharmacie comportementale se place dans une démarche tendant à rompre avec certains préjugés.

4.5. Les limites du respect de la culture du patient et l'adaptation nécessaire au pays

Une grande question se pose à tout professionnel de santé confronté à des patients de cultures variées, plus ou moins bien intégrés à celle du pays d'accueil. Il s'agit de savoir

Thèse soutenue par : **Baptiste BARJHOUX**

Titre : « Contribution de l'ethnopharmacie comportementale à la pratique officinale : illustration par la prise en charge du patient diabétique originaire du Maghreb et d'Afrique Noire. »

Conclusion

Dans le cadre de la pratique officinale, la rencontre avec les patients de culture différente est délicate. Nous l'avons expérimentée en particulier avec les immigrés de première génération originaires du Maghreb. Les particularismes ethnoculturels induisent une approche de la santé originale, tant pour le patient que pour le soignant.

La pharmacie clinique vise à optimiser la thérapeutique. Elle se doit de poser la question de la relation de confiance nécessaire à un suivi au long court et du transfert d'informations au patient. L'ethnopharmacie comportementale est une discipline naissante qui s'intéresse à la prise en compte de facteurs ethnoculturels dans l'étiologie des comportements du patient, ceci dans le but d'une optimisation thérapeutique, grâce à l'adaptation des attitudes et comportements du pharmacien.

L'objectif de ce travail est de sensibiliser le pharmacien officinal à la dimension ethnoculturelle dans l'étiologie du comportement du patient, afin d'améliorer sa prise en charge thérapeutique.

Concernant la méthode, nous proposons un modèle d'analyse de comportement du patient chronique en pratique courante. Pour ce faire, nous avons eu recours au modèle de Green, qui construit un faisceau d'arguments explicatifs composé de 3 champs autour du comportement du patient : ce qu'il comprend et interprète ; la façon dont s'organisent ses soins ; la motivation que le patient peut avoir à se soigner. Dans un premier temps, nous décrivons ce modèle général. Nous y intégrons dans un deuxième temps les apports ethnoculturels qui pourraient le rendre plus pertinent encore. Enfin, nous appliquons ce modèle au patient originaire du Maghreb et d'Afrique Noire au cours de son suivi officinal.

Les résultats principaux sont les suivants : grâce à une écoute active des réactions et des difficultés du patient ainsi qu'à une bonne connaissance de ses valeurs, coutumes et habitudes, il semble envisageable d'améliorer sensiblement sa prise en charge thérapeutique et d'éviter certains contresens.

Au-delà d'un apprentissage sanitaire et médical personnalisé, d'une meilleure organisation des soins et d'une adaptation du professionnel à certaines représentations du patient, cette démarche permet de renforcer le patient dans sa motivation à se soigner.

Vis-à-vis des patients, compris et considérés culturellement parlant, les professionnels de santé oeuvrent alors dans une démarche d'intégration allant beaucoup plus loin que le simple domaine médical.

Parmi les perspectives de ce travail, l'élément primordial de la démarche est que le pharmacien se donne le temps d'apprendre auprès du patient puis de lui transmettre les éléments adaptés à ses besoins et ses capacités, tout en mettant en cause de manière systémique ses propres représentations et préjugés. Cette approche met en question la relation dominant / dominé traditionnelle (en terme de savoir) et implique une nécessaire attitude réflexive du pharmacien dans sa pratique quotidienne (choix des mots, des images et des métaphores, du vocabulaire et des thèmes abordés...).

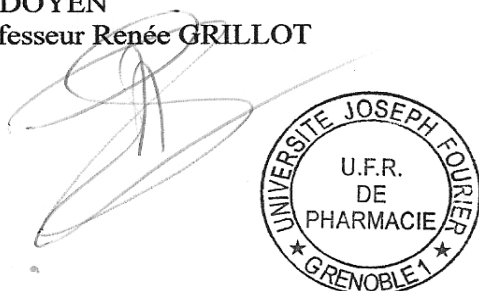
L'ethnopharmacie comportementale, dans la lignée de l'ethnopsychiatrie, trouve sa place, non pas comme discipline indépendante, mais bien au sein de l'arsenal médico-psychosocial du savoir-faire et des connaissances du pharmacien. Ces disciplines ne peuvent se concevoir les unes sans les autres car c'est la globalité de la prise en compte environnementale et psychologique qui sera l'élément déterminant de la pertinence de l'analyse contextuelle du patient et, au final, du traitement mis en place. Cette matière est un support et un soutien important facilitant la communication entre le professionnel de santé et le patient, dans le but essentiel d'améliorer l'adhérence du patient à sa prise en charge thérapeutique.

« Il est bon de ne pas admettre l'admis et de garder l'esprit disponible à l'inattendu. »

Y. COPPENS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
A La Tronche, le 15 Juin 2007

LE DOYEN
Professeur Renée GRILLOT



LE PRESIDENT DE THESE
Professeur Jean CALOP

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Calop', is written in a cursive style.

ANNEXES

Médicaments et Ramadan

Médicaments compatibles

a- Les voies d'administration compatibles avec le jeûne du Ramadan selon la totalité des participants:

- ▶ Gouttes ophtalmiques
- ▶ Injections sous-cutanées, intramusculaires et intra-articulaires
- ▶ Injections intraveineuses à but curatif
- ▶ Ovules gynécologiques et antiseptiques vaginaux
- ▶ Crèmes, gels, pommades et patchs
- ▶ Trinitrine par voie sublinguale dans le traitement de l'angor
- ▶ Gargarismes et aérosols buccaux, dentifrices, bains de bouche à condition de ne pas avaler les produits utilisés

b- Les voies d'administration compatibles avec le jeûne du Ramadan, selon la majorité des participants:

- ▶ Gouttes et aérosols nasaux
- ▶ Aérosols broncho-dilatateurs (anti-asthmatiques)
- ▶ Injections intra-rectales, suppositoires
- ▶ Dialyse péritonéales ou rein artificiel

Médicaments interdits

Les voies d'administration non compatibles avec le jeûne du Ramadan :

- ▶ Voie orale
- ▶ Injection intraveineuses à but nutritif

Résumé du consensus de la Conférence Médico-religieuse de Casablanca 14-17 juin 1997¹⁰⁸

Source : www.pharmacies.ma/som012.htm

Pathologies ne permettant pas le jeûne du Ramadan

(Liste non exhaustive)¹⁰⁹

. Diabète :

(diabète insulino-traité, diabète non insulino-dépendant déséquilibré, diabète avec complications dégénératives, diabète et grossesse, diabète gestationnel, diabète et allaitement, diabète avéré du troisième âge, quel que soit son type, diabète instable).

. Ulcère gastro-duodénal en évolution et / ou en traitement de consolidation

. Maladies chroniques instables, ou non stabilisées par une thérapeutique

. Maladies chroniques compliquées (insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, insuffisance hépatique, asthme, hypertension artérielle, épilepsie, dépression, psychose maniaco-dépressive, tuberculose, Sida, Adisson, Basedow, etc.).

. Maladies aiguës (méningite, endocardite, septicémie, toxi-infection, grippe, bronchite, angine, colique néphrétique, otite, glaucome aigu, etc.).

Médications, actes et examens qui n'altèrent pas le jeûne du Ramadan

. Examens :

- Toucher vaginal fait par un médecin ou une sage-femme
- Toucher rectal
- Prélèvements sanguins pour examen biologique
- Prélèvement de tissu hépatique ou d'autres organes
- Anuscopie

. Actes :

- Fibroscopie, sans introduction de liquide ou d'autres substances
- Colposcopie
- Lavage auriculaire
- Lavage vaginal
- Lavage vésical
- Utérocopie ou pose d'un stérilet
- Sonde urétrale, endoscopie urétrale et administration de produits de contraste
- Soins dentaires, extraction dentaire, brossage de dents (à condition de ne pas avaler)
- Utilisation de sonde pour visualiser les vaisseaux cardiaques ou tout autre organe
- Coelioscopie pour examens des organes abdominaux ou pour acte chirurgical sur ces organes

. Formes galéniques :

Nombreuses polémiques encore non résolues à ce jour sur les formes qui « cassent » ou non le jeûne (les injections IV et SC le casseraient tandis que les IM pas forcément ; la forme sublinguale, les collutoires et les sprays nasaux le casseraient mais pas la forme rectale...).

Hassan II Foundation for Scientific and Medical Research Ramadan



Faculty of Medicine, 19 Rue Tarik Bou Ziad, Casablanca, Morocco
Tel: (212-2) 201156, (212-2) 471289 Fax: (212-2) 471290

Cette fondation a pour but:

- de promouvoir, stimuler et réaliser des recherches cliniques et expérimentales sur la santé et le Ramadan
- de diffuser des données fiables et validées sur la santé et le Ramadan en créant une banque de données mais aussi un service d'assistance téléphonique durant la période du Ramadan
- d'élaborer un enseignement spécifique sur la santé et le Ramadan.

« La Fondation Hassan II pour la Recherche Scientifique et Médicale sur le Ramadan (FRSMR) est une jeune association créée par des chercheurs marocains pour promouvoir la recherche sur la santé durant le mois de Ramadan.

Sa Majesté le Roi Hassan II, que Dieu le glorifie, a bien voulu donner Sa bénédiction et Son patronage à cette fondation confirmant une nouvelle fois l'intérêt qu'il porte aux questions de la santé dans la communauté Musulmane.

La participation active des chercheurs scientifiques et médecins, du comité d'éthique et des hommes de la religion a permis de donner des conseils médicaux et diététiques pour que les musulmans accomplissent leurs devoirs religieux dans les meilleures conditions.

Notre association ne pourra accomplir sa tâche qu'avec votre participation.

La Fondation encourage la participation de nombreux médecins et scientifiques pour donner à la question de la santé du jeûneur pendant le Ramadan toute l'importance qu'elle mérite.

En espérant que ce site Web réponde à vos questions. »

Le Président
Pr. Farid HAKKOU

De nombreux conseils sont prodigués sur : <http://users.casnet.net.ma/frsmr/index.htm>

Annexe 4 : Structure des repas au moment de la rupture du jeûne du Ramadan

Structure des repas au moment de la rupture du jeûne du Ramadan au coucher du soleil :		
1^{er} repas	2^{ème} repas : 3 heures après le premier	3^{ème} repas : dernier repas, le matin avant l'aube
quelques dattes	Crudités	café - thé
café au lait	marga ou tagine ou brochettes	messemen, crêpes, pain
pain ou crêpes ou messemen	Pain	beurre, miel, confiture
beurre, confiture ou miel	Fruits	
pâtisseries maison	thé sucré	semoule de couscous aux raisins secs
soupe Harira ou Chorba		
brick à la viande		

(Selon les cultures, les repas peuvent être inversés).

Source : www.novodiet.com/ma_coutu.htm

Annexe 5 : Familles d'aliments et boissons typiques du Maghreb

Familles d'aliments et boissons typiques du Maghreb	
Laitages	Lait de vache, lait de chèvre, lait de chamelle, lait d'ânesse, lait fermenté (Lben), yaourt, lait caillé aromatisé avec sirop, petits suisses nature, fruités, crème de gruyère.
Viandes, Poissons et Oeufs	Mouton, agneau, boeuf, veau, chèvre, volaille, oeuf, poisson, crustacés. La consommation du porc est prohibée par le Coran.
Féculents	Pain (blé, orge), semoule de blé ou d'orge, pommes de terre, riz, petites pâtes (longues), pois chiches, lentilles, fèves, haricots blancs, blé concassé, sorgho.
Légumes	Tomates, carottes, courgettes, navets, aubergines, cardes, choux-fleurs, haricots verts, céleri, fèves fraîches, poivrons, potiron, salade verte, concombre, choux verts, gombos, artichauts, betteraves, épinards, oignons, fenouils, ail.
Fruits frais	Orange, clémentine, citron, melon, melon jaune, pastèque, banane, pomme, grenade, poire, pêche, raisin, figue fraîche, coing, abricot, nêfle.
Fruits secs et oléagineux	Amande, cacahuète, pistache, sésame, pignon de pin, olive, raisin, datte, pruneau, noix, abricot sec.
Matières grasses	Huile d'arachide, huile d'olive, smen (sorte de beurre rance salé), beurre.
Sucre et produits sucrés	Sucre blanc (pain de sucre), miel, confiture, multitude de gâteaux et pâtisseries, dont les recettes varient d'une cuisinière à l'autre.
Boissons	Eau, café, thé à la menthe sucré, coca-cola, soda, limonade, jus d'oranges, lait fermenté, lait caillé aromatisé avec du sirop, vin, alcool de figue (le vin et l'alcool sont prohibés par le Coran).

Source : www.novodiet.com/gu_alim.htm

Annexe 6 : Table de composition alimentaire du Maghreb

Table de composition alimentaire du Maghreb				
Aliments	Protides (g)*	Lipides (g)*	Glucides (g)*	Calories (g)*
Lait fermenté	4	0	5	36
Lait de chèvre	3	5	7	85
Lait de brebis	6	7	3,5	99
Lait de chamelle	3,2	4,3	3,4	65
Lait d'Anesse	1,7	1,1	6,6	43
Grenade	0,7	0	13 à 15	55 - 63
Pastèque	0	0	7	28
Nèfle	0,5	0,4	10 à 23	46 - 96
Figue fraîche	1	0	16 à 21	68 - 88
Coing	0,5	0,2	7,3	35
Datte sèche	2	0	73	300
Raisin sec	3	1,3	70 à 75	302 - 324
Figue sèche	4,2	1	62	274
Pruneau	2,3	0,4	70	291
Amande	20	54	17	634
Cacahuète sèche	23	40	26	556
Pistache	21	54	15	630
Noix	15	60	15	684
Pignon	12,5	60	20	670
Sésame	19	50	10	566
Graine de tournesol	22	50	14	594
Pâte d'amande	9	24	52	460
Olive noire	2	30	4	294
Olive verte	1	12	0	112
Pois chiche	18	5	61	361
Fève sèche	23	1,5	59	340
Lentille	24	1,8	56	336
Citrouille	1,3	0,2	6	33
Gombo	1,6	0,3	8	41
Fève fraîche	5,4	0,3	10	65
Semoule d'orge	10	1	66	313
Boulgour	10,5	1,5	69	349
Sorgho	10,6	3,4	66,5	337

Plats :	Pour :	Protides (g)*	Lipides (g)*	Glucides (g)*	Calories Kcal
Anneaux aux amandes	1 biscuit	4	6	21	154
Beghir aux oeufs (nature)	1 à plusieurs galettes	10	3	46	251
Briouat à la viande	1 part=6 briouats	45	53	51	861
Chermoula	1 cuil. à café	Négligeable	2-4	Négligeable	
Chorba	300 ml	5	6	20	154
Harira	300 ml	11	8	32	244
Harissa	1 cuil. à café	Négligeable	2-4	Négligeable	-
Khobs	1 pain d'environ 30 cm de diamètre	26	0 à 10	280	1184 - 1274
Messemen	1 ou plusieurs galettes de taille différentes (150g)	5	30	34	420
Pâtisserie aux dattes : Makrout	1 gâteau	4	3	64	-
Smen		Négligeable	95	Négligeable	-

* En gramme pour 100 grammes

Source : www.novodiet.com/ma_coutu.htm

Annexe 7 : Régimes spéciaux et préparations culinaires marocaines⁷⁶

Régimes spéciaux

Nom de la préparation culinaire	Composants	Indications
<i>illan</i>	Bouillie lactée de mil chandelle (<i>Pennisetum typhoideum</i>)	Consolidation des fractures, alimentation des vieillards (ostéoporose), rachitisme, femmes allaitantes
<i>bid sman</i>	Œufs de caille crus battus dans du lait	Asthme
<i>berkoukes bi za'ter</i>	Soupe de pâtes au fenugrec (<i>Trigonella fenum graecum</i>)	Enfants chétifs, fièvres infectieuses
<i>smen bu l-ktira</i>	Entremets à base de gomme adragante (<i>Astragalus gummifera</i>), de graines de lin (<i>Linum usitatissimum</i>) et de sucre	Enfants chétifs
<i>smen bi l-a'ssel</i>	Mélange de miel et de beurre frais battus ensemble	Convalescence, tuberculose, rachitisme
<i>lebloul dial bebbouch</i>	Bouillon d'escargots contenant de la réglisse (<i>Glycyrrhiza glabra</i>), du <i>Ptychotis verticillata</i> , du cumin (<i>Cuminum cyminum</i>), de l'origan (<i>Origanum compactum</i>), de la sauge (<i>Salvia officinalis</i>), de l'armoise blanche (<i>Artemisia herba alba</i>), du carvi (<i>Carum carvi</i>), de l'anis (<i>Pimpinella anisum</i>), du fenouil (<i>Foeniculum dulce</i>), des écorces d'oranges amères (<i>Citrus aurantium</i>), du thym (<i>Thymus</i> sp.), de la cannelle de Ceylan (<i>Cinnamomum zeylanicum</i>), du poivre (<i>Piper nigrum</i>), du laurier sauce (<i>Laurus nobilis</i>)	Refroidissements : toux, gripes, rhumes
<i>lmam bi za'afra</i>	Bouillon de pigeon au safran (<i>Crocus sativus</i>) et à l'huile d'olive vierge	Accouchements, convalescences
<i>tajin dial guenfoud</i>	Ragoût de viande de hérisson	Maladies dues au « mauvais sang »
<i>zemmita dial nfissa</i>	Bouillie d'orge, de sésame et de pois chiches grillés, préparée avec du beurre, du miel, du fenugrec et du carvi. Par ailleurs, la femme allaitante devra s'abstenir de manger du chou, du chou-fleur, du piment et du vinaigre, des laxatifs	Femmes allaitantes
<i>hlib bi habb rchad</i>	Lait chaud au cresson alénois (<i>Lepidium sativum</i>), miel et jaunes d'œuf	Tuberculose, bronchite, toux
<i>l-enjbar</i>	Entremets faits de mil chandelle (<i>Pennisetum typhoideum</i>), d'amandes (<i>Prunus amygdalus</i>), de sésame (<i>Sesamum indicum</i>), grillés ensemble et moulus, puis malaxés avec de la cannelle, du miel et du beurre	Impuissance, stérilité, asthénie

Actes du 2^e Colloque Européen d'Ethnopharmacologie et de la 11^e Conférence internationale d'Ethnomédecine, Heidelberg, 24-27 mars 1993.

Quelques préparations culinaires, typiques du Maroc, particulièrement bien équilibrées

Nom de la préparation culinaire	Composants de base	Effets indésirables	Correctifs et activités recherchées
<i>l-quim</i> Plat régional de Fès	Ragoût de petits coings rustiques	Forte astringence Constipation	Gombos (<i>Hibiscus esculentus</i>) Action émolliente des mucilages
<i>bessara</i> Plat régional des Jbala (Tangérois et Rif)	Purée de fèves séchées	Flatulences Aérophagies Lourdeurs	Cumin (<i>Cuminum cyminum</i>) Action carminative et antispasmodique Huile d'olive crue (<i>Olea europea</i>) Action lubrifiante
<i>harira</i> Mets spécifique pour la rupture du jeûne du mois de Ramadan	Soupe épaisse de farine, de légumes, de féculents et de viande	Digestion lente Ballonnements Lourdeurs	Carvi (<i>Carum carvi</i>) Action stomachique, carminative et antispasmodique Jus de citron (<i>Citrus limonium</i>) Action acidifiante, digestive
<i>qa'q</i> Gâteau préparé dans l'Oriental marocain (région d'Oujda)	Biscuit épais en forme de bracelet fait d'une pâte très consistante et riche	Digestion lente Lourdeurs	Fruits de mélilot (<i>Melilotus</i> sp.) Action antispasmodique
<i>skhina</i> Plat du jour de sabbat des juifs marocains	Ragoût de céréales, pois chiches, patates et truffes blanches	Ballonnements Aérophagie	Cumin (<i>Cuminum cyminum</i>) et coriandre (<i>Coriandrum sativum</i>) Action carminative et antiputréfiante
<i>khyar bi za'ter</i> Entremets servi en accompagnement de plats riches en viande	Purée de concombre à l'origan frais et au jus de citron	Putréfactions intestinales (alimentation riche en viandes)	Origan (<i>Origanum compactum</i>) Action antiseptique, antiputréfiante, antispasmodique, cholagogue

Actes du 2^e Colloque Européen d'Ethnopharmacologie et de la 11^e Conférence internationale d'Ethnomédecine, Heidelberg, 24-27 mars 1993.

Education et diététique : rappels

La définition d'un repas :

Le premier élément à aborder est la définition d'un repas. La prise alimentaire à heures régulières (pouvant être rythmée par les prières par exemple), assis à une table (et non devant la télévision ou debout devant un frigo), la mastication lente et prolongée, ainsi que la taille des bouchées sont autant de facteurs basiques et essentiels d'une alimentation saine.¹¹⁰

Le carnet alimentaire :

Un carnet alimentaire peut être établi. Le patient notera toutes ses prises alimentaires quotidiennes en qualité comme en quantité, de manière à prendre conscience de son comportement face à la nourriture. La restructuration alimentaire qui s'ensuivra devra être progressive de manière à permettre au patient d'assimiler chacune de ses modifications comportementales.

La nourriture comme anxiolytique⁸² :

Chez les patients atteints d'une pathologie chronique à caractère obnubilant, la nourriture peut jouer le rôle d'anxiolytique. Il faut orienter le patient vers d'autres activités substitutives et calmantes telles que mâcher du chewing-gum, prendre un bain, pratiquer la course à pied (nous ne sommes pas sans savoir les bienfaits de la sécrétion d'endorphines chez les patients anxieux) ou prier. Puiser des ressources spirituelles dans la religion peut être d'une aide capitale pour les patients atteints d'une maladie chronique et lourde à supporter.

Conseils aux soignants face à la personne obèse¹¹¹ :

- Apprendre à être patient, à relativiser les écarts
- Ne pas tomber dans l'obsession de la perfection
- Ne pas se fixer d'objectifs trop élevés
- Repérer les difficultés et les erreurs ; renforcer les points positifs
- Discuter, démontrer, faire visualiser et raisonner
- Gérer son temps, favoriser la reprise d'activité personnelle
- Encourager à participer à des groupes d'affirmation de soi et de gestion du stress

- Travailler sur l'allègement des sauces (à base de fromage blanc), l'analyse du repas...
- Apprendre à reconnaître le sentiment de satiété (aller au supermarché le ventre plein pour éviter les achats compulsifs, avec une liste de course et juste l'argent nécessaire)
- Préciser que les matières grasses contribuent peu à la saveur des mets (leur demander d'au moins faire l'expérience !)
- Se méfier des produits allégés en sucre : le chocolat allégé est plus gras que le traditionnel
- Se méfier des régimes

Proposition d'une approche de la maladie chronique par le soignant et le patient

Pour la personne présentant une maladie chronique, il s'agit non pas d'apprendre à devenir un malade chronique, à être malade, mais plutôt d'apprendre :

- A vivre au quotidien avec une maladie chronique
- A renoncer à une vie sans maladie, mais aussi et surtout à reconstruire une intégrité physique, psychologique et sociale dans laquelle la maladie a sa place
- A devenir l'architecte de son propre apprentissage
- A relever le défi de la vie et tenter de donner un sens à un parcours de vie complet

Pour le soignant travaillant avec des personnes présentant une maladie chronique, il s'agit d'apprendre :

- A renoncer à la guérison face à sa mission de soin
- A aider la personne dans son processus d'apprentissage et de reconstitution de son intégrité
- A repositionner la personne dans une dimension existentielle (mise en situation, résolution de problèmes)
- A utiliser des stratégies visant une Qualité de Vie optimale pour la personne malade et non uniquement une bonne Qualité de Contrôle de la Maladie
- A maîtriser son action pédagogique

Pour le patient et le soignant, il s'agit d'apprendre :

- A devenir partenaires et à partager les responsabilités dans un contrat thérapeutique
- A accepter les crises et les rechutes, et le prendre en compte dans un processus de construction par paliers
- A considérer la formation du patient dans un processus global où, au-delà des compétences liées au traitement, s'entrouvre un espace de développement personnel
- A trouver la bonne distance entre Malade et Personne, Maladie et Santé, Partenariat et Autonomie

Le projet d'apprendre n'est pas une finalité en soi mais un processus dans lequel se jouent d'autres projets... encore faut-il les identifier et les nommer avec le patient.

Islam et traitement du diabète

Intervention faite par Hasan AMGHAR auprès des patients diabétiques d'origine maghrébine dans le cadre de la formation et le suivi assuré par le service d'endocrinologie du Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble.

Le diabète est une maladie qui ne se guérit pas. Cependant un diabétique pourrait mener une vie normale à condition de bien écouter l'équipe médicale et d'appliquer ses conseils, c'est-à-dire de prendre en charge lui-même son traitement.

Si vous êtes ici cette semaine, c'est pour apprendre ce qu'est le diabète et comment chacun de vous assurera le traitement que le médecin lui prescrira. Tout au long de cette semaine, l'état du diabète de chacun de vous sera l'objet d'un suivi régulier et de contrôle permanent. Ce travail se fera, entre autre, par des analyses de sang. La diététicienne et l'infirmière vous apporteront respectivement les informations nécessaires pour une alimentation équilibrée et l'hygiène de vie à suivre pour éviter toute aggravation de votre état de santé.

Vous allez voir dans ce qui suit que ces recommandations ne vous exposent à aucun désaccord avec les préceptes de l'Islam.

Le Coran a demandé aux musulmans, il y a 15 siècles de cela, de manger et de boire sans excès. Le texte sacré utilisait le langage des arabes auquel il a été révélé. Il a tenu compte des connaissances médicales de l'époque.

Aujourd'hui, avec le progrès de la médecine, nous pourrions traduire ce verset en disant que le musulman peut se contenter de la quantité d'aliment dont son corps a besoin pour son équilibre. Chaque patient aura la possibilité d'écouter la diététicienne qui lui dira la quantité d'aliments à prendre.

Le Prophète, pour expliquer ce verset et pour le mettre en pratique, rappelle aux musulmans, que lui et ses compagnons ne mangent que s'ils ont faim ; le repas entamé, ils cessent de manger avant même qu'ils soient rassasiés !

Conscient des danger d'une suralimentation, le Prophète recommande de ne consacrer qu'un tiers du volume de l'estomac à la nourriture ; le deuxième tiers doit être réservé à la boisson et le tiers restant doit être vide pour que l'estomac puisse « souffler ». Il rappelle, par ailleurs, que l'estomac constamment plein, pourrait, à long terme, causer un certain nombre de maladies.

Bien entendu ces recommandations faites aux musulmans s'adressent aux gens en bonne santé. Il s'agit d'une campagne pour la prévention. Il vaut mieux prévenir que guérir. Mais quand il s'agit de personnes atteintes d'une maladie comme le diabète et qu'une suralimentation aggrave, ces patients doivent, s'ils veulent se conformer aux

recommandations de l'islam, doubler de vigilance. Autrement dit, ils doivent plus que jamais surveiller leur alimentation.

Pour que le croyant soit sain de corps et d'esprit, les textes de l'islam insistent sur une alimentation sans excès, mais le prophète insiste aussi sur l'hygiène. Dans un Hadith, il rappelle que la propreté constitue un acte de foi. Ce qui veut dire que le corps, les vêtements ainsi que les ustensiles utilisés en cuisine doivent être propres. L'infirmière rappellera lors de son intervention, combien il est important pour le diabétique de se laver et de se sécher. Le patient atteint du diabète, étant propre, évitera bien des malheurs.

L'islam exhorte ses adeptes à avoir une activité physique. Le Prophète avait bien conseillé aux musulmans d'enseigner à leurs enfants la natation, le tir à l'arc et l'équitation. Ce sont les activités qui étaient pratiquées à l'époque.

L'équipe médicale nous apprendra cette semaine que le fait d'être actif, par exemple la pratique de la marche, est très bénéfique pour le diabétique.

Enfin, un verset coranique rappelle que Dieu n'interviendra pas pour améliorer les conditions de vie d'un individu si ce dernier ne change pas son état d'esprit. Autrement dit : aide-toi et Dieu t'aidera. Pour le diabétique cela veut dire : bien prendre ses médicaments, faire régulièrement ses analyses, se rendre aux consultations, bien respecter les conseils diététiques et prendre soin de son corps.

Il convient de signaler, pour terminer, que la pratique du Ramadan et du pèlerinage à La Mecque peut poser des problèmes avec votre traitement, en particulier avec l'insuline. Parlez-en à votre médecin, et n'oubliez pas que « la santé de l'individu prime sur la pratique religieuse » comme le soulignent les textes de l'islam.

En résumé :

Les recommandations de l'islam :

- Une alimentation équilibrée
- Une hygiène saine
- Une activité physique régulière
- L'esprit d'initiative

sont tout à fait bénéfiques pour le diabétique.

Hassan AMGHAR
Médiateur interculturel

Exemple de pathologies caractéristiques et de facteurs de risque spécifiques des personnes originaires d'Afrique

-L'Afrique Sub-Saharienne abrite 33 des 50 pays les plus pauvres du monde ; cette région va connaître la plus spectaculaire augmentation de prévalence du diabète dans les vingt prochaines années.⁴⁹

-En France, une origine non caucasienne et / ou migrante est considérée comme un facteur de risque dans le diabète.¹¹³

-90% des asiatiques et des maghrébins sont contaminés par helicobacter pylori (contre 65% chez les européens) et ont une incidence d'ulcère de l'estomac supérieure à l'ensemble de la population.

-En Afrique Sub-Saharienne, les pathologies hématologiques, en particulier les anémies hémolytiques sont bien plus fréquentes. Ainsi, sur une prescription demandant une électrophorèse de l'hémoglobine doit figurer l'origine ethnique du patient (patients africains : Hbc et patients asiatiques : Hbe). En effet, la drépanocytose et les thalassémies sont très fréquentes dans les zones infestées par le paludisme. De même, un diagnostic néonatal de la drépanocytose est proposé aux nouveaux-nés dont les parents sont originaires de ces régions.¹¹⁴

-L'ataxie avec déficit isolé en vitamine E est une affection génétique touchant surtout les populations maghrébines avec une fréquence d'environ 1/50 000.¹¹⁵

Annexe 12 : Facteurs associés avec le fait de faire moins d'une mesure par jour dans le diabète de type II

Facteurs associés avec le fait de faire moins d'une mesure par jour dans le diabète de type II

- Sexe masculin
- Age > 40 ans
- Appartenance à une minorité en état de précarité**
- Scolarité peu avancée
- Difficulté avec la pratique de l'anglais
- Prise en charge pécuniaire personnelle des bandelettes de contrôle
- Durée du diabète > 10 ans
- Traitement par ADO
- Alcoolisme
- Consommation tabagique

D'après Reach G., Clinique de l'observance. L'exemple des diabètes », John Libbey Eurotext, 2006, p.97

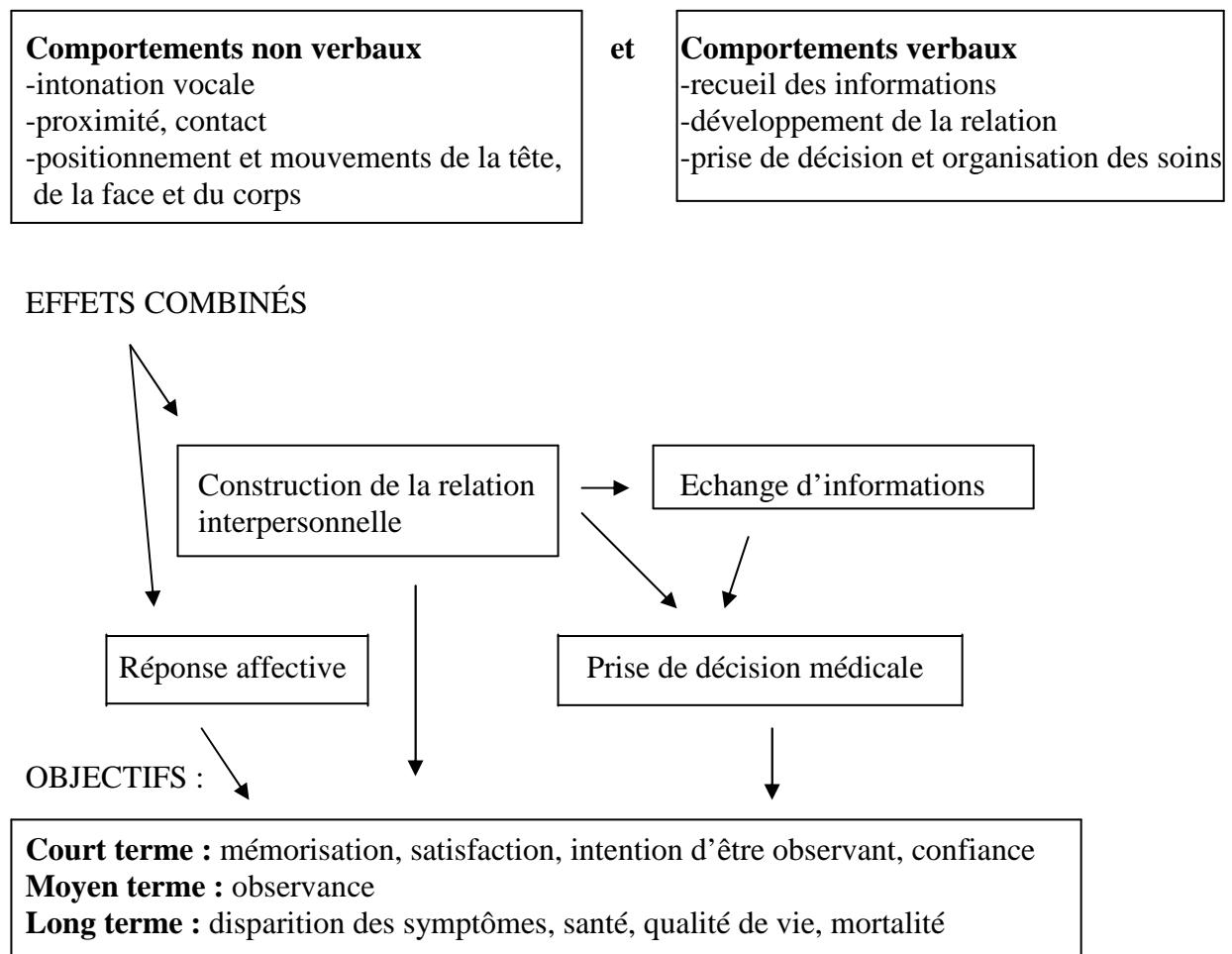
Annexe 13 : Bande dessinée illustrative de l'hygiène des pieds du patient diabétique
(Laboratoire LILLY)

<p>ليللي وداء السكري</p> <p>مرحباً!</p>	<p>ليللي، شريككم في داء السكري</p> <p>المعلومات الطبية لليللي</p> <p>N° Vert 0 800 00 36 36</p>	<p>عطفوا علينا، اعتذرو بنا</p> <p>افحصونا... كل يوم... بعناية...</p> <p>من الأسفل، من الأعلى وبين الأصابع!</p>	<p>لا، لا ولا... لا يمكنكم أن تقوموا بأي شيء!</p> <p>مأسأرح لكم كل شيء....</p>
<p>راقبوا أرجلكم!</p> <p>يعان مع الدكتور رافان، أخصائي في معالجة داء السكري وفي الشيخوخة</p>	<p>لتعمل جميعاً من أجل تحمل أكبر لتكاليف المرضى</p> <p>www.mercklilly.net</p>	<p>راقبوا أرجلكم!</p>	<p>ليللي وداء السكري</p>
<p>لا تنسوا أن تغسلوا أقدامكم وأن تتشققوا بين الأصابع، ثم تجففوا جيداً</p>	<p>بالماء والصابون، فقط، وكل يوم</p> <p>انتبهوا من درجة الحرارة!</p>	<p>بسرعة، بسرعة... لتهرب من هذه الأدوات غير المناسبة والخطيرة!!</p> <p>بالنسبة لوسائل العناية الصغيرة</p> <p>شبرد من الورق المقوى</p> <p>لكن اللجوء إلى مطيب الأقدام هو الآخر جد مفيد</p> <p>مقص أطراف بأطراف دائرية</p>	<p>راقبوا أرجلكم!</p> <p>ليللي وداء السكري</p>
<p>لكي أرتدي ثيابي، أغير جواربي كل يوم</p>	<p>راقبوا أرجلكم!</p> <p>ليللي وداء السكري</p>	<p>لتفادي الإصابة بجروح من أداة خارجية</p> <p>افحص كل يوم داخل حذائي</p> <p>أرتداء جوارب جد ضيقة وكعب عالي جداً يمكن أن يضر بسلامتي</p> <p>أشترى أحذيتي بالأحمر في نهاية المطاف، وأختارها حسب نوفي</p> <p>تكون مرتة ومناسبة لطول قدمي</p>	<p>راقبوا أرجلكم!</p> <p>ليللي وداء السكري</p>
<p>عندما أحس بالبرد في الليل، يجب أن أرتدي جوارب صوفية!</p> <p>إن الحياة بدون ثياب لا تناسبني</p> <p>السير حافي القدمين فيه خطر كبير</p> <p>وإذا ظهرت نفاطة أو بقعة سوداء... فلتسرع بالذهاب إلى الطبيب</p>	<p>راقبوا أرجلكم!</p> <p>ليللي وداء السكري</p>	<p>بالنسبة لنا الصحة هي السعادة الكبرى</p>	<p>راقبوا أرجلكم!</p> <p>ليللي وداء السكري</p>

La communication entre le pharmacien et le patient

La communication est la base de la relation entre le professionnel de santé et le patient. C'est l'outil qui va permettre de construire toute la stratégie thérapeutique. Les éléments de communication peuvent être classifiés en deux parties, verbale et non verbale. Cette dernière est d'autant plus importante que la personne a des difficultés à comprendre la langue et à s'exprimer. L'accentuation du message par les gestes corporels et par le comportement physique du pharmacien peut faciliter la compréhension et l'acceptation de son discours par le patient.

Communication verbale et non verbale (et leurs effets combinés potentiels)⁷⁷ :



Annexe 15 : Les moyens éducatifs hospitaliers mis en œuvre et leur applicabilité en pharmacie officinale

Les moyens éducatifs hospitaliers mis en œuvre et leur applicabilité en pharmacie officinale :

Exemple du Stage d'Education Thérapeutique des Patients Diabétiques d'Origine Maghrébine (ETPDOM)

La difficulté à transmettre des messages éducatifs chez les patients migrants (barrière linguistique et culturelle) a incité bon nombre de services spécialisés de diabétologie de Centres Hospitalo-Universitaires à mettre en place des cellules spéciales d'éducation thérapeutiques adaptées aux patients de culture maghrébine. C'est le cas notamment dans les villes de Tours, Marseille et Grenoble. Le but de ces stages étant d'obtenir de la part du patient une meilleure adhérence au régime et une meilleure adhérence au traitement en mettant un place une stratégie éducative adaptée, réaliste et efficace.

A Grenoble, deux stages de ce type sont organisés chaque année, durant lesquels une dizaine de patients volontaires, souvent encouragés par une hospitalisation dans le service quelques temps plus tôt, viennent pour apprendre à mieux gérer traitement et mode de vie.

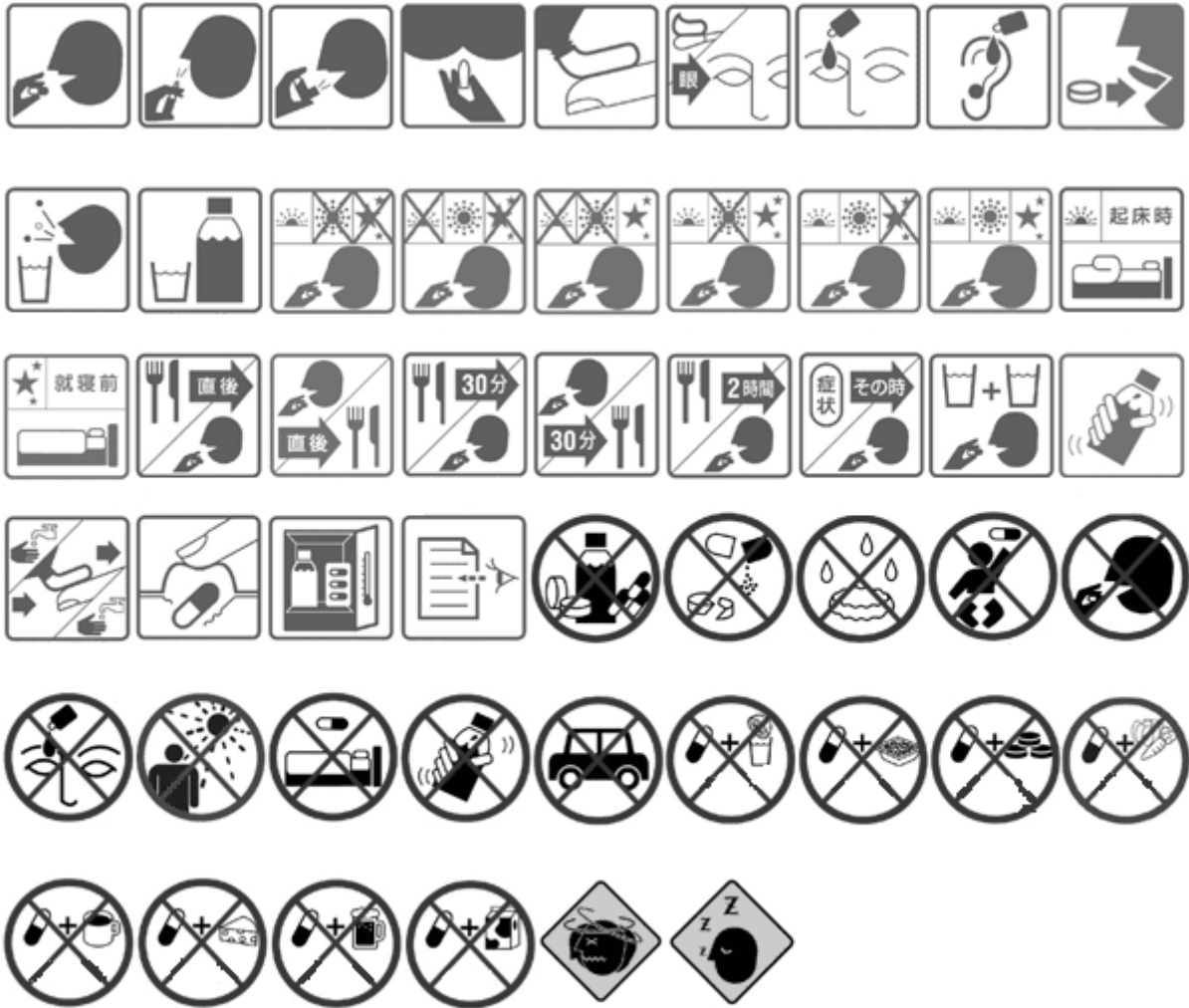
Déroulement et objectifs de ce type de stage au CHU de Grenoble :

Un bilan des complications dégénératives ainsi qu'un programme d'éducation (en langue arabe si nécessaire), tenant compte des particularités culturelles et nutritionnelles sont réalisés. Un interprète, médiateur linguistique et culturel est présent toute la semaine. Il intervient lors des entretiens des patients avec les médecins, infirmières ou diététiciennes et permet à l'équipe d'avoir un retour de l'information et une meilleure compréhension des connaissances et des croyances des patients.

Durant le stage sont abordés les principaux thèmes pouvant influencer l'état des patients et leur adhérence au traitement (diététique, environnement social, adaptation thérapeutique et observance, activité sportive, pratique religieuse, surveillance biologique et physique, prévention, etc., et bien sûr problèmes ressentis et attentes formulées par les patients eux-mêmes). Précisons que plus de la moitié du temps est en général consacré à la diététique. Une promenade et une séance d'activité sportive sont réalisées. Le reste du temps est réparti entre les infirmières et les médecins pour aborder des rappels physiopathologiques, la thérapeutique, l'hygiène et l'auto-surveillance.

Annexe 16 : Exemple de pictogrammes explicites

Exemple de pictogrammes explicites



d'après http://www.rad-ar.or.jp/02/08_pict/image/list_b.gif








www.shf-france.asso.fr

Annexe 17 : Exemple de plan de prise

PLAN DE PRISE DU TRAITEMENT : (ceci n'est pas une ordonnance)

Nom : Mr B.
Prénom : Messaoud
Date : 25/10/06

MEDICAMENTS 	6 h 45 	11 h 50 	19 h 30 	22 h 00 
Glucophage® : metformine 1000mg	/	/	/	
Novonorm® : répaglinide 1mg	/	/	/	
Lasilix® : furosémide 20mg	/			
Kardégic® : acétylsalicylate de lysine 75mg		/		
Doliprane® : paracétamol 500mg	//			//
Spasmine®	(/)		//	//

Éditorial du guide Mediel



REPUBLIQUE FRANÇAISE

PARIS, le 03 FEV. 1999

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Sous-direction de la pharmacie
Bureau des affaires juridiques
DGS/PH3 - N° 35

Monsieur,

Vous m'avez interrogée sur la validité d'une opposition de principe au droit de substitution des pharmaciens qui serait motivée par la nécessité de prescrire un médicament caché.

Je vous précise que suivant les dispositions de l'article 29 de loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, le pharmacien peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique "à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription" (mention dont le libellé sera fixé par décret en conseil d'Etat).


Il apparaît donc clairement que l'exclusion de la possibilité de substituer doit être justifiée par des motifs tirés du cas particulier de chaque patient, quelle que soit par ailleurs la nature des dits motifs. Cependant, le prescripteur ne doit pas indiquer ces motifs sur l'ordonnance.

Enfin, vous pouvez bien entendu appeler l'attention de vos lecteurs sur ce point.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée,

Monsieur Gilbert ASSUIED
Directeur médical des Editions Médial

Pour le Ministre de l'Éducation
Le Sous-Directeur de la Pharmacie



BIBLIOGRAPHIE

-
- ¹ Fleur d'Islam, site francophone consacré à l'Islam.
<http://www.fleurislam.net/media/doc/calligraphie> consulté le 19 juin 2007 à 11h30.
- ² Le Petit Larousse, Paris, 2000.
- ³ Bouchard G. Ouvrir le cercle de la nation. Activer la cohésion sociale. Réflexion sur le Québec et la diversité, in. Les nationalismes au Québec. Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2001 : p. 319.
- ⁴ Brouard S, Tiberj V. Français comme les autres, Sciences Po les presses, 2005 : p.18.
- ⁵ Golay A, Nguyen Howles M, Mateiciuc S, Bufacchi T, Amati F. Améliorer l'observance médicamenteuse. Med. et Hyg., 2004, 62 : 909-13.
- ⁶ Les immigrés en France, Insee, 2005.
- ⁷ Seca. JM. Les représentations sociales, Armand COLIN, 2001.
- ⁸ Golin CE, Di Matteo RM, Gelberg L. The role of patient participation in the doctor visit. Implications for adherence to diabetes care, Diabetes care, 1996 ; 19: 1153-1164.
- ⁹ Penfornis A. Observance médicamenteuse dans le diabète de type 2 : influence des modalités du traitement médicamenteux et conséquences sur son efficacité. Diabetes metab, 2003 ; 29 : 31-37.
- ¹⁰ Deccache A, Lavendhomme E. Information et éducation du patient, Savoirs et santé, De Boek, 1989.
- ¹¹ Therapeutic patient education : continuing education programmes for healthcare providers in the field of prévention of chronic disease. Weurope, 1998.
www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/eduthera/edufin_5a.htm consulté le 12 mars 2007 à 23h36.
- ¹² Baudrant-Bogua M. Nouvelle approche du processus d'éducation thérapeutique centré sur l'activité du patient, Thèse de doctorat de la faculté de pharmacie de Limoge, 2005.
- ¹³ Travaux menés au niveau régional dans le cadre du Comité Régional d'Education Thérapeutique du patient.
http://www.craes-crips.org/publications/2007/travaux_commissions.pdf consulté le 06 juin 2007 à 2h20.
- ¹⁴ Medsyn, l'Intranet des Médecins Généralistes.
<http://www.medsyn.fr/osmose/osmose84/diageducatif84F.html> consulté le 9 avril 2007 à 23h32.
- ¹⁵ Triandis HC. Values, attitudes and interpersonal behaviour. Nebraska symposium on motivation, 1979 ; 27 : 195-260.
- ¹⁶ Adam P, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine, Armand Colin, 2004 : p.7.
- ¹⁷ Moscovici S. L'homme en interaction : machine à répondre ou machine à interférer. S. Moscovici ed., Introduction à la psychanalyse sociale, Larousse, Paris, 1972 ; 1 : 53-62.
- ¹⁸ Herzlich C. Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. W. Doise et A. Palmonari ed., L'étude des représentations sociales, Neuchâtel-Paris, Delachaux & Niestlé, 1986 : 157-170.
- ¹⁹ Canguilhem G. Le normal et le pathologique, Paris, PUF, 1966.
- ²⁰ Narayan KM, Hoskin M, Kozak D. Randomised clinical trial of life style interventions in Prima Indians : a pilot study. Diabet Med, 1998; 15 : 66-72.
- ²¹ Étude sur la protection maternelle et infantile en France : rapport de synthèse et rapport de site. Rapport de l'IGAS, novembre 2006 : p.34.

-
- ²² Horne R, Weinan J. Predicting traitement adherence : an rerview of theorical models, Harwood Academic Publishers, 1998.
- ²³ Ferro M. Histoire de France, Paris, Odile Jacob, 2001 : 525-530.
- ²⁴ Dewitte P. Deux siècles d'immigration en France, La documentation française, 2003.
- ²⁵ Haut Conseil de l'Intégration, 2003-2004, novembre 2004.
www.hci.gouv.fr/ consulté le 3 février 2007 à 1h24.
- ²⁶ Daguet J, Thave S. La population d'immigrés en France – Le résultat d'une longue histoire, Insee première, 1996 ; 458.
- ²⁷ Mermet D. Là-bas si j'y suis. Emission radiophonique, France Inter, 5 novembre 2006.
- ²⁸ Hergé. Tintin au Congo, éd. Casterman, 1957.
- ²⁹ Marcelli S. Un café social pour sortir les chibanis de l'oubli, L'Interdit, 2002.
<http://www.interdits.net/2002sept/chibanis.htm> consulté le 12 mars 2007 à 1h25.
- ³⁰ CLAWEB.
<http://www.claweb.cla.unipd.it/images/immigration1.jpg> consulté le 20 mai 2007 à 22h23.
- ³¹ Moro MR. Parents en exil, PUF, 1994.
- ³² Moro MR. L'enfant de migrants du Maghreb, Approche ethnopsychiatrique, Apport de la psychopathologie maghrébine, Paris, 1991 : 261-267.
- ³³ Cyrulnik B. Un merveilleux malheur, Odile Jacob, Paris, 1999.
- ³⁴ Dayer-Metroz MD. La résilience, un concept qui ouvre de nouvelles perspectives dans l'accompagnement à long terme des patients. Revue médicale suisse romande, 2002 ; 122 : 245-247.
- ³⁵ Kourilsky-Belliard F. Du désir au plaisir de changer. Comprendre et provoquer le changement, 2nd éd., Paris-Dunod, 1999.
- ³⁶ Mallion Y. Aspects de la maladie mentale chez le transplanté de culture musulmane, Thèse de médecine, Université scientifique et médicale de Grenoble, 1974 : p.1.
- ³⁷ Aprile S. Réflexions sur le temps en politique : l'exemple de l'exil. Revue d'histoire du XIXe siècle, Le temps et les historiens, 2002.
<http://rh19.revues.org/document428.html>, consulté le 6 mai 2007 à 23h57.
- ³⁸ Sondage CSA 2006-2007, LE MONDE DES RELIGIONS de janvier 2007 : p.12.
- ³⁹ Charles G, Lahouri B. 3,7 millions de musulmans en France. Les vrais chiffres. L'EXPRESS, 4 décembre 2003.
- ⁴⁰ Demoulin AM. La gestion du diabète chez les patients arabo-musulmans, IES Parnasse Deux Alice, Bruxelles, 1995.
- ⁴¹ Dossier sur le Ramadan, LE MONDE du 26 octobre 2006 : 5-8.
- ⁴² Insee, Enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages, 1999-2003.
- ⁴³ Dumartin S. Les trois quarts des français se considèrent en bonne santé, Insee première, 2003 ; 702.
- ⁴⁴ Marcelli S. Les chibanis, l'interdit, article de la rubrique droits sociaux, 18 mars 2005.
<http://www.ldh.toulon.net/spip.php> consulté le 12 août 2006 à 11h30.

-
- ⁴⁵ Rochette J, Charbit Y. Deux maladies génétiques : la drépanocytose et les thalassémies. Enquêtes en région parisienne. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 2004 ; 6(3) : 145-160.
- ⁴⁶ BIAM.
<http://www.biam2.org/www/Sub1894.html> consulté le 3 novembre 2006 à 23h52.
- ⁴⁷ CHRU de Tours
www.chu-tours.fr/site_public/infos_sante/art_diabete2.htm consulté le 2 février 2007 à 21h23.
- ⁴⁸ Khoshnaw AI. The diabetic foot in Iraq. *Lancet* 2005; 366 : 1718.
- ⁴⁹ Boulton A, Vileikyte L, Ragnarson-Tennvall G. The global burden of diabete foot disease. *Lancet*, 2005 ; 366 : 1719-24.
- ⁵⁰ INSEE.
<http://www.insee.fr> consulté le 15 janvier 2007 à 23h16.
- ⁵¹ Clanché F. Langues régionales, langues étrangères, Insee première, 2002 ; 830.
- ⁵² Moro MR. Enfants d'ici venus d'ailleurs, Hachette édition, 2004 : p.48.
- ⁵³ Sayad A. La double absence. Des illusions aux souffrances de l'immigré. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 1999 ; 16 (2) : 191-193.
(Accessible en ligne à l'URL : <http://remi.revues.org/document1819.html>).
- ⁵⁴ Aggoun A. Les musulmans face à la mort, Vuibert éd., coll. Espace éthique, 2006.
- ⁵⁵ Thomas LV. La mort africaine, Payot, Paris, 1973.
- ⁵⁶ Zampléni A. La « maladie » et ses « causes ». *L'ethnographie* 1985 ; LXXXI(2) : 14-44.
- ⁵⁷ La rougeole en Afrique.
<http://www.ifrc.org/fr/what/health/archi/factfr/factmeasf.htm> consulté le 10 juin 2007 à 2h21.
- ⁵⁸ Nathan T, Stengers I. Médecins et sorciers, Les empêcheurs de tourner en rond, Sanofi-Synthélabo ed., 1999 : p.16.
- ⁵⁹ RFI.
www.rfi.fr/fichiers/Mfi/culturesociete/222.asp consulté le 17 juin 2007 à 10h32.
- ⁶⁰ Camara S. Paroles très anciennes, ed. de la Pensée Sauvage, Grenoble, 1982.
- ⁶¹ Moro MR, Nathan T. Ethnopsychiatrie de l'enfant, *Traité de la psychiatrie et de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, 1995.
- ⁶² Nathan T, Moro MR. Le bébé migrateur, spécificité et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire. *Psychopathologie du bébé*, PUF-INSERM, 1989 : 683-748.
- ⁶³ Lallemand S. La mangeuse d'âmes, L'Harmattan, Paris, 1988.
- ⁶⁴ Andoche J. Une désenvoûteuse réunionnaise. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 1994 ; 24 : 19-44.
- ⁶⁵ NovoDiet.
www.novodiet.com/ma_coutu.htm consulté le 12 mars 2007 à 10h20.
- ⁶⁶ Dossier de l'Ordre Régional des Pharmaciens, tabac, 2006 (envoi postal de l'ORP).

-
- ⁶⁷ Richard D, Senon JL. Le cannabis, Que sais-je ?, PUF, 2002.
- ⁶⁸ Islamlaité.
www.islamlaité.org consulté le 10 juin 2007 à 20h40.
- ⁶⁹ Simon P. Les immigrés et le logement : une singularité qui s'atténue. Données sociales – la société française, Insee, 1996.
- ⁷⁰ Thave S. L'emploi des immigrés en 1999, Insee première, 2000 ; 717.
- ⁷¹ Hourriez JM. Des ménages modestes aux ménages aisés : des sources de revenus différentes, Insee première, 2003 ; 916.
- ⁷² Ordre des Médecins.
www.web.ordre.medecin.fr/deonto/decret/codedeont.pdf consulté le 10 mai 2007.
- ⁷³ Winkin Y. (recueil de textes) La nouvelle communication, éd. Du seuil, 1981.
- ⁷⁴ Kristeva J. Etrangers à nous-mêmes, Fayard, 1988.
- ⁷⁵ Anthony E, Chiland C, Koupernik C. L'enfant dans sa famille, l'enfant vulnérable, PUF, Paris, 1982.
- ⁷⁶ Bellakhdar J, Younos C. La diététique médicale arabo-islamique à travers les traités arabes anciens et la pratique actuelle au Maroc.
http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_6/colloques2/010005518.pdf consulté le 19 juin 2007 à 10h10.
- ⁷⁷ Beck RS, Daughtridge S, Sloane PD. Physician – Patient communication in the primary care office : a systematic review. J AM Board Fam Pract, 2002; 15: 25-38.
- ⁷⁸ COMEDE ou INPES.
<http://www.comede.org>. ou <http://www.inpes.sante.fr/> consulté le 12 mars 2007.
- ⁷⁹ Mediel.
www.mediel.com consulté le 3 janvier 2007 à 20h15.
- ⁸⁰ Meertens R. Dictionnaire anglais-français et français-anglais de la santé et du médical, 2005.
- ⁸¹ Le Breton D. Anthropologie de la douleur, éd. Métailié, 1995.
- ⁸² Golay A. Une nouvelle approche psycho-pédagogique du traitement de l'obésité, dossier pour la division d'ET pour les maladies chroniques, Hôpitaux universitaires de Genève, 2003.
- ⁸³ Simon D, Charbonnel B. Diabète, DGS/GTND0, 2003.
<http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/losp/36diabete.pdf>, consulté le 11 juin 2007 à 1h10.
- ⁸⁴ Braegger C. Les infections à Helicobacter pylori chez l'enfant et l'adolescent.
www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol10/n1/pylori.htm consulté le 19 juin 2007 à 11h15.
- ⁸⁵ Etrangers.lautre.
www.etrangers.lautre.net consulté le 15 juin 2007 à 23h12.
- ⁸⁶ Marcus BH. et al. The stages of exercise behaviour. J. Sport Med. Phys. Fitness, 1993 ; 33 : 83-88.
- ⁸⁷ Delgado H, Jacquemet S. Place de l'activité physique dans l'enseignement thérapeutique des patients diabétiques. Accompagner le patient vers un comportement autonome. Bulletin d'éducation du patient, juin 1999 ; 18 (2).

⁸⁸ cf. les travaux de Devereux G., Nathan T. et Moro MR. dans les différents ouvrages mentionnés dans la présente bibliographie.

⁸⁹ Riffi A, Butaye J, Ferrant L. Diabète de type 2 : une comparaison entre patients marocains et belges, *Patient care* (édition belge), 2001 ; 24 (3) : 42-47.

⁹⁰ Lemoine P, Lupu F. *Quiiproquos sur ordonnance*, Armand Colin, 2006.

⁹¹ Rossey C, Golay A. Le pharmacien d'officine et son rôle dans l'éducation thérapeutique du patient. *Rev. Med. Suisse*, 2006; 2 : 1926-1930.

⁹² Assal JP, Golay A. Approche psychosociale et éducation chez les diabétiques de type 2. *Med. et Hyg.*, 2001 ; 2353.

⁹³ <http://www.pharmacies.ma/PAGE952.htm> consulté le 21 avril 2007 à 7h53.

⁹⁴ Parrot J. A pharmacist's experience with new indications in self care : the example of emergency contraception, AESGP, 39th Annual meeting. www.aesgp.be/Cannes2003/Parrot.ppt consulté le 08 juin 2007 à 20h10.

⁹⁵ Assal JP. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade la chronicité. *Encycl. Med. Chir.*, Elsevier-Paris, 1996 ; 25 : 1-18.

⁹⁶ Bugnon O, Mesnil M, Benedetti C, Dommer Schwaller J. Introduction au conseil pharmaceutique. Medon Verlag, Société Suisse de Pharmacie, ed. *Manuel Pratique du Pharmacien Suisse*, 2003 : 10-22.

⁹⁷ ODTI.
www.odti.fr/.

⁹⁸ ADATE.
<http://adate.org>.

⁹⁹ Migrations-santé.
www.migrations-sante.org/.

¹⁰⁰ Fortin E. Etude de faisabilité d'une démarche de suivi éducatif à l'officine : application au diabète de type II, UJF, Faculté de pharmacie de Grenoble, 2006.

¹⁰¹ Devereux G. L'identité ethnique : ses bases logiques et ses dysfonctions, *Ethnopsychanalyse complémentaire*, Paris, Flammarion, 1972 : 131-167.

¹⁰² Hubert H., Mauss M. *Essai sur la nature et la fonction du sacrifice*. M. Mauss : œuvres, tome I, éd. De minuit, Paris, 1968.

¹⁰³ Nathan T. *Sexualité idéologique et névrose*, Paris, La pensée sauvage, 1977 : 41-52.

¹⁰⁴ Girard A, Maisonnave M, Assal JP. Difficultés du patient dans le suivi de son traitement. *Encycl. Med. Chir.*, Elsevier-Paris, 2003 ; 1 (35) : 1-5.

¹⁰⁵ Devereux G. *Argument, ethnopsychanalyse complémentaire*, Paris, Flammarion, 1972 : 9-22.

¹⁰⁶ Assal JP. A global intergrated approach to diabetes : a challenge for more efficient therapy. Davidson JK., *Clinical diabetes mellitus*, 2nd ed., Thieme-New York, 1991 : 673-716.

¹⁰⁷ Golay A, Assal JP. Intérêt de l'éducation du patient diabétique. *Objectif soin*, novembre 1994 ; 27 : 24-29.

¹⁰⁸ Fondation Hassan II pour la recherche scientifique et médicale sur le Ramadan, *Prescription médicamenteuse pendant le Ramadan*. Les cahiers du médecin Tome VI, 2002.

¹⁰⁹ Adil N, Hakkou F. Les thérapeutiques pendant le Ramadan. Les cahiers du médecin, décembre 1997 ; 1 (6).
<http://www.pharmacies.ma/PAGE952.htm> consulté le 21 avril 2007 à 17h53.

¹¹⁰ Golay A, Volery M. Approche cognitivo-comportementale, Diabetes Metab, Paris, 2001 ; 34 : 246-251.

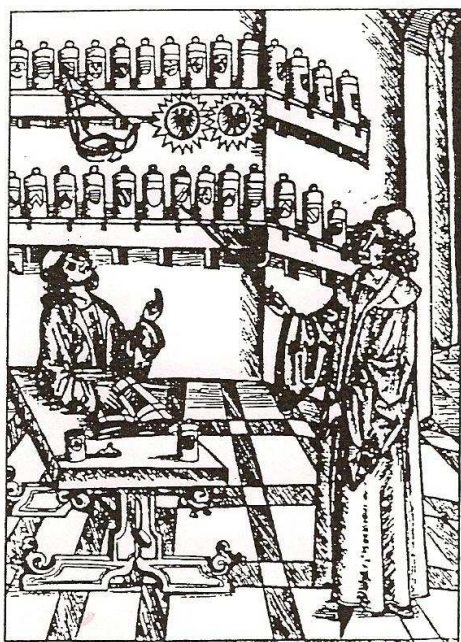
¹¹¹ Golay A. Approche comportementale et cognitive de la personne obèse, Diabetes Metab, Paris, 2001 ; 27 : 71-77.

¹¹² Jacquemet S. Le patient peut-il apprendre à devenir un malade chronique. Bulletin d'éducation du patient, septembre 1998 ; 17 (3) : 66-68.

¹¹³ Mediterranean Group For the Study of Diabetes.
http://www.mgsd.org/FR/B_bulletin/B3_breves/B3_breves_16/B3_breves_16_1.asp#0 consulté le 15 juin 2007.

¹¹⁴ CHRU Rennes.
www.med.univ-rennes1.fr/etud/hemato-cancero/anemies_hemolytiques_corpusculaires.htm consulté le 15 juin 2007 à 23h16.

¹¹⁵ Dorosz P. Guide pratique des médicaments, 23^{ème} éd., Maloine, 2003 : p.937.



Serment des Apothicaire

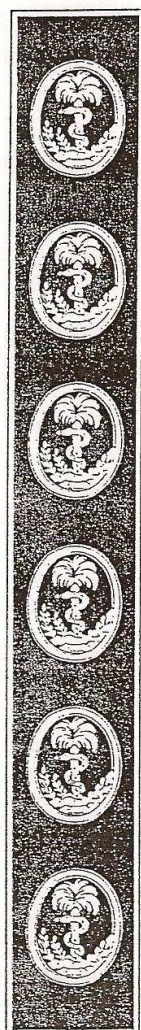
Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.



Thèse soutenue le 06 Juillet 2007 par : **Baptiste BARJHOUX**

Titre : **CONTRIBUTION DE L'ETHNOPHARMACIE COMPORTEMENTALE À LA PRATIQUE OFFICINALE. ILLUSTRATION PAR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABÉTIQUE ORIGINAIRE DU MAGHREB ET D'AFRIQUE NOIRE.**

RÉSUMÉ

L'éducation thérapeutique du patient trouve une place de plus en plus importante, voire prépondérante dans le travail du pharmacien clinicien mais aussi officinal. Nous prétendons que l'incidence des facteurs ethnoculturels sur le comportement du patient, ainsi que leur prise en compte dans la démarche d'optimisation thérapeutique, s'impose.

En prenant l'exemple, en France, des patients diabétiques originaires du Maghreb et d'Afrique Noire, ainsi que de leurs particularités ethnoculturelles, nous essayons de le démontrer. Nous proposons par la suite une démarche d'adaptation de l'attitude du pharmacien permettant au patient de mieux adhérer au traitement prescrit par le médecin et peut-être de mieux comprendre et accepter sa maladie. Ce travail nous conduit au concept d'ethnopharmacie comportementale et à la nécessité de former les pharmaciens officinaux dans ce domaine.

Discipline : Pharmacie

Mots-clefs :

- **Pharmacie clinique**
- **Éducation thérapeutique**
- **Optimisation thérapeutique**
- **Ethnopharmacie comportementale**
- **Facteurs ethnoculturels**
- **Diabète**
- **Afrique**
- **Maghreb**
- **Immigrés**

Coordonnées : 11 chemin du clos 38700 La Tronche

(baptiste.barjhoux@gmail.com)