



Pratique médicale, spiritualité et Islam

Dossiers documentaires du Cismodoc

El'Makrini Naïma
Cismodoc-UCLouvain

Mars 2019

* Les dossiers documentaires proposent des textes de synthèse relatifs à des parutions et des analyses concernant l'un ou l'autre aspect des réalités de l'islam contemporain, dont la publication est soumise à évaluation critique préalable du comité directeur du CISMOC.

Pour citer ce texte : El'Makrini Naïma, « Pratique médicale, spiritualité et Islam », In : *Dossiers documentaires du Cismodoc* (online), Université catholique de Louvain, mars 2019, p. 17.

Naïma El Makrini est chercheuse-documentaliste au Cismodoc.



Pratique médicale, spiritualité et Islam

Sommaire

Pratique médicale, spiritualité et Islam	2
Introduction	3
Diversité intra-musulmane, de rapport au religieux et socio-économique	3
Sciences médicales en Orient et Occident: Une généalogie commune.....	4
Médecine prophétique : une médecine alternative ?	7
Le patient musulman face à son corps, la maladie et la mort.....	8
Le rapport au corps comme espace « sacré » : un don de Dieu.....	8
Les rites islamiques qui impactent le monde médical : la mort et la naissance	9
Don d'organe, trouver un équilibre entre le principe de profanation du corps et la préservation de la vie	12
Perception de la pudeur	12
Les souffrances psychiques	13
Conclusion :	14



Introduction

Au cours de ces dernières années, les sociétés européennes se considérant comme affranchies du religieux, ou du moins au sein desquelles la religion détermine de moins en moins les comportements quotidiens, sont confrontées à des débats suscités par des affirmations identitaires, culturelles et religieuses. Ce phénomène traverse l'ensemble des champs sociaux, y compris le champ médical.

Aux réalités diverses, psychologiques, socio-économiques, etc., auxquels sont confrontés les professionnels de la santé, ils doivent aujourd'hui également prendre en considération la multiplicité des héritages ainsi que les différentes références culturelles et religieuses. Ce document s'intéresse particulièrement à certaines conceptions islamiques qui peuvent générer des situations d'incompréhensions, d'inconfort, voire de tensions et de conflits entre les soignants et certains patients musulmans dans les milieux de la santé.

Ce document présentera brièvement l'hétérogénéité des communautés musulmanes. Ensuite, nous traiterons de la problématique du rapport de l'islam à la science, et à la médecine en particulier. Enfin, nous esquissons quelques éléments de réflexions sur la place du corps, la conception de la mort et de la maladie, de la pudeur ainsi que les relations de genre qui peuvent impacter les rapports avec les praticiens de la santé.

Chaque rubrique proposera des références bibliographiques qui permettront aux lecteurs qui le souhaitent d'approfondir le sujet.

Diversité intra-musulmane, de rapport au religieux et socio-économique

À propos des communautés musulmanes en Belgique, il est important de cerner la diversité en termes d'identités, d'appartenances et pratiques religieuses, en plus des situations socio-économiques.

- *Premièrement*, la réalité des communautés musulmanes en Belgique est plurielle, complexe et mouvante. Ces personnes « issues de pays aux traditions culturelles de plus en plus diverses, entretiennent elles-mêmes des relations très différentes à la religion musulmane en lien à leur personnalité et parcours de vie, ainsi qu'aux offres d'islam disponibles »². Cette pluralité de manière d'être musulman de ces citoyens, et par conséquent des patients, est notamment liée à la diversité des sensibilités doctrinales. En Belgique, la présence musulmane est largement composée d'individus d'ascendance marocaine ou turque, des pays où les régimes politiques ont une grande emprise sur l'offre religieuse. La norme pour un certain nombre de pratiquants marocains est donc [l'école juridique](#) malékite, tout comme pour la grande partie des Turcs, la référence normative est l'école hanafite. Toutefois, ces populations ne sont pas hermétiques à une offre religieuse issue des courants de pensée religieuse du Moyen-Orient, cela va davantage les rattacher à d'autres sensibilités religieuses, soutenues par une diplomatie religieuse qui envoie des prédicateurs religieux, diffusent des ouvrages et financent des lieux particuliers de culte et de formation. La pensée musulmane contemporaine est également confrontée à plusieurs courants de pensée³ qui influencent les

² G. Djelloul et B. Maréchal, L'islam et les musulmans en Belgique : Quelques repères historiques, Démographiques et organisationnels, In : *Dossiers documentaires du CISMODOC*, Université catholique de Louvain, avril 2018, 7 p.

³ Roussillon (2007), *La Pensée islamique contemporaine*, Cérés.



musulmans. Enfin, on assiste parallèlement à l'émergence de discours radicaux et conservateurs sur les réseaux sociaux qui vont influencer une frange de cette population, ainsi progressivement sociabilisée dans un conservatisme religieux et culturel.

- *Deuxièmement*, on peut distinguer différents types de rapport des individus à la religion, influençant leurs rapports au monde et aux techniques de soin. Limitons-nous à trois grandes tendances⁴ : une première catégorie de patients qui envisagent la religion plutôt comme un héritage culturel ou familial auront tendance à ne pas négocier les pratiques médicales sur le plan religieux ; une deuxième catégorie qui a un attachement plus culturel à l'islam avec cependant une posture adaptative aura tendance à privilégier les pratiques médicales respectant leurs croyances religieuses en privilégiant le principe de la préservation du bien-être et de la vie, ce dernier, à l'instar des autres religions monothéistes, constituant un principe supérieur. Enfin, les patients les plus conservateurs (ou leur conjoint et/ou membre(s) de leur famille), en vertu de leur compréhension de l'islam plus rigoriste, refuseront toute négociation, cette attitude pouvant provoquer des situations de conflit.
- *Troisièmement*, les personnes d'ascendance musulmane ne sont pas des entités autonomes, enfermées dans leur seule appartenance religieuse et isolées du reste de la société. C'est ainsi que les disparités socio-économiques, par exemple, au sein des communautés musulmanes impacteront les relations avec le corps médical. Les travaux traitant des *effets d'inégalités sociales sur les soins de santé* mettent en exergue la distance entre les professionnels de la santé et les milieux précarisés⁵. À cette difficulté d'insertion dans l'environnement économique, s'ajoute le manque de maîtrise de la langue française de certains patients de premières générations. Bien évidemment, il est impossible de figer les populations musulmanes dans l'une ou l'autre catégorie, car *ces divers facteurs* (degré d'insertion dans l'environnement socio-économique, rapport au religieux, etc.) sont en perpétuel mouvement.

Sciences médicales en Orient et Occident: Une généalogie commune

Au cours de sa période de prospérité, entre le VIII^e et le milieu du XIII^e siècle, le monde musulman a adopté une attitude ouverte envers le progrès scientifique. La médecine au sein de la civilisation arabo-musulmane, comme dans tant d'autres disciplines, a intégré l'héritage scientifique de l'époque, à savoir principalement des savoirs médicaux grecs ainsi que des pratiques médicales provenant du monde indien et des pratiques préislamiques⁶. C'est ainsi que divers ouvrages et traités réunissant les connaissances médicales et pharmaceutiques accumulées depuis l'Antiquité ont été traduits en arabe. Hunayn ibn Ishâq⁷ (m. en 873) est l'une des plus grandes figures d'assimilation des savoirs médicaux grecs. Il a notamment traduit l'œuvre de Galien.

⁴ On pourrait faire la distinction entre notamment les compréhensions fondamentaliste, traditionnaliste, libérale, spirituelle, politique, etc.

⁵ Pierre Aïach (2010), *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, Economica/Anthropos.

⁶ Savage-Smith, E., et al. (2010). *ṬIBB*. Encyclopédie de l'Islam, Brill: x:484b.

⁷ Originaire d'une tribu arabe chrétienne du *'Ibad*



La civilisation musulmane a pour sa part également contribué au développement des savoirs médicaux. La plupart des médecins étaient également philosophes. Citons d'abord le médecin persan Al-Râzî (Rhazès en latin), auteur d'un traité sur la médecine *Kitāb al-Ḥāwī fī al-ṭibb* ; ensuite le [Canon médical](#) (*Kitāb al-Qānūn fī al-ṭibb*) d'Avicenne qui est une sorte d'encyclopédie composée de cinq livres réunissant les connaissances pharmaceutiques et médicales de l'époque médiévale. Il était médecin à la cour, c'est-à-dire un médecin des princes. Sa particularité était que sa connaissance dans le domaine de la médecine était basée sur l'observation⁸. Retenons également, à la même époque, un célèbre médecin juif, Ishāq ben Sulaymān al-Isrā'īlī. Enfin, une figure incontournable est Averroès qui a écrit un ouvrage intitulé *Le Livre des généralités sur la médecine* (al-Kullīyyāt). Gérard de Crémone (1114-1187), le traducteur de ses traités scientifiques, consacra une partie de sa vie à la traduction des sciences arabes de son époque. Ces traités médicaux servirent de support dans les facultés de médecine européenne jusqu'à la fin du XVIIe siècle et les « pharmacopées en langues vernaculaires européennes continuèrent à montrer l'influence de la pharmacologie musulmane jusqu'au début du XIXe siècle »⁹.

Si des penseurs avaient également déjà fait une distinction entre savoirs empiriques et les croyances en des éléments surnaturels dans le processus de guérison¹⁰, les frontières ne sont pas pour autant étanches et l'interaction entre la sphère religieuse et le domaine scientifique est récurrente dans l'histoire de l'islam (à l'instar des autres religions). L'absence de frontière entre la sphère scientifique et la sphère religieuse, ainsi que la volonté d'harmonisation entre la démarche scientifique et les préceptes religieux, peuvent mener au concordisme, c'est-à-dire une exégèse religieuse faisant concorder le savoir scientifique et religieux. Quant aux lectures littérales des textes scripturaires, elles ont tendance à limiter la démarche scientifique.

À partir du XVe siècle, pour diverses raisons, on assiste au déclin de la civilisation musulmane. L'ouverture au monde moderne et la découverte de ses progrès - notamment dans le domaine scientifique - se fera dans un premier temps au contact de l'expédition de Napoléon Bonaparte en Égypte en 1798. Cet événement sera suivi d'une période de grands bouleversements pour le monde musulman, particulièrement la colonisation, la décolonisation et diverses tensions dans ces régions, persistant encore aujourd'hui.

Cette période d'instabilité et d'acculturation conduira à une prise de conscience dans la pensée musulmane de sa propre infériorité et décadence. En effet, à partir du « 19^e siècle, la crise interne et la confrontation du monde arabo-musulman avec une hégémonie politique, économique, culturelle, scientifique et technologique de l'Europe engendrera un renouvellement intellectuel qui prendra des formes multiples »¹¹. On assistera dès lors à l'émergence de divers courants de pensée pour répondre à la thématique de la décadence des musulmans et de leur rapport aux savoirs modernes. À cet égard, le rapport aux sciences, à la modernité, aux avancées dans le domaine du droit et de la politique constitueront des enjeux cruciaux car ils sont associés à la puissance de l'Occident.

L'action sanitaire et médicale inscrite dans le projet modernisateur de la domination coloniale a été perçue comme « un moyen de contrôle social » et comme « une expression

⁸ Voir la référence suivante sur cette question : Mazliak, P. (2004). *Avicenne et Averroès. Médecine et biologie dans la civilisation de l'Islam*, Vuibert.

⁹ Savage-Smith, et al., *op. cit.*

Pour aller plus loin : Jacquart D. et Micheau F. (1996). *La médecine arabe et l'Occident médiéval*, Maisonneuve et Larose.

¹⁰ Voir notamment, les écrits d'Ibn Khaldoune (m. 1406).

¹¹ El'Makrini N., La pensée musulmane réformatrice et critique. In : *Sélection bibliographique du CISMODOC*, février 2016, 5p.



du despotisme colonial »¹². Dans le monde arabo-musulman, à la période postcoloniale, malgré la volonté d'émancipation de la tutelle étrangère, la médecine et les progrès scientifiques liés au pouvoir colonial sont perçus comme vecteur de civilisation par la majorité de l'intelligentsia arabe. Comme le souligne Sylvia Chiffoleau, la nécessité d'un savoir médical scientifique n'est pas remise en cause¹³.

Pour aller plus loin :

Longuenesse, E. (1995). *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, L'Harmattan. Un ouvrage collectif qui traite des conséquences des changements sociaux (urbanisation, libéralisme économique, etc.) dans le système de santé arabe. La première partie fait le point sur la représentation de la santé et de la maladie dans les sociétés musulmanes contemporaines, principalement : l'Égypte, le Maroc et la Tunisie. Une seconde section retrace l'histoire de la santé de l'Empire ottoman jusqu'à la domination coloniale. Enfin, une dernière partie fait le point sur le domaine de la santé, c'est-à-dire le financement des systèmes de santé, la formation des professionnels de la santé, leur position dans des sociétés en crise, comme c'est le cas pour la Syrie ainsi qu'un état des lieux du champ de la santé dans les sociétés arabes.

L'impact de la religion sur la recherche en médecine

Elamrani M. D., et al. (2015). « L'éthique musulmane face à la dissection des cadavres humains pour l'enseignement et la recherche en anatomie », In : *Éthique & Santé*, Volume 12, n° 2, pp. 97-102. Un article qui plaide pour la reprise de la dissection de cadavre pour la progression de la recherche dans le domaine médical. Il met également en exergue le fait que c'est le vide législatif ainsi que les traditions socio-culturelles qui sont responsables de la situation actuelle et non la religion qui promeut selon lui le principe d'équilibre entre les apports d'une pratique et le respect de la dignité humaine.

Lkhadir, A. et Mestre, C. (2013). « Quels enjeux anthropologiques et éthiques pour la traduction en santé publique ? », In : *L'Autre*, volume 14, (1), pp. 72-81. Cet article explique les raisons qui ont poussé plusieurs laboratoires d'anatomie des facultés de médecine dans les pays arabo-musulmans à ne plus pratiquer la dissection de cadavre humain. Selon les auteurs de cette étude, ce n'est pas la religion qui est responsable de cette situation, car l'islam le permet tant qu'un équilibre est trouvé entre la quête du savoir (sur le plan scientifique), la préservation de la vie et la solidarité (sur le plan religieux) et le respect du corps humain même mort. La fonction du rituel est d'accompagner la personne mourante en veillant notamment à la pureté du corps (le lavage rituel, le linceul), raison pour laquelle il faut prévenir l'entourage pour qu'il puisse l'accompagner en adoptant le rituel, ce qui permet non seulement l'acceptation, mais aussi l'apaisement.

¹² Longuenesse, E. (1995). *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, L'Harmattan, p. 17

¹³ Chiffoleau, S. (1997). *Médecines et médecins en Égypte: construction d'une identité professionnelle et projet médical*, L'Harmattan.



Médecine prophétique : une médecine alternative ?

Le retour à une médecine prophétique est plutôt récent dans l'histoire contemporaine, un retour en lien avec « la nostalgie de la tradition religieuse » et une islamisation des savoirs touchant plusieurs disciplines scientifiques. Depuis peu, il existe une volonté au sein des communautés musulmanes de redécouvrir une médecine prophétique, car comme le note Ben Ammar, tout ce qui provient de l'Occident est interprété comme un prolongement de la domination coloniale. C'est ainsi que l'islam devient un « moyen de résistance sociale »¹⁴.

Tout au long de son histoire, la connaissance médicale est qualifiée de plurielle dans le monde musulman, mêlant « des pratiques traditionnelles et magiques d'avant l'Islam prospèrent parallèlement à des théories médicales héritées du monde hellénistique et à une connaissance empirique de remèdes de l'Inde et d'ailleurs »¹⁵. La médecine prophétique (*al-ṭibb al-nabawī*), émerge bien plus tard, au IX^e siècle, par la compilation de traditions de guérison prophétique, composées tardivement dans des manuels de médecine prophétique (XII-XIV siècles), traduits en langues européennes, et circulant d'ailleurs dans les librairies islamiques en Europe. Cette médecine tire ses sources aussi bien d'écrits religieux ([Coran](#) et Sunna) contenant aussi bien des recommandations relatives à la santé (l'hygiène du corps et de l'esprit), que des aspects éthiques en rapport avec la naissance, la mort, etc. provenant principalement des [hadiths](#). On lui attribue également une certaine filiation avec les pratiques thérapeutiques provenant de traditions populaires locales ou antéislamiques¹⁶.

La pratique des équipes médicales touche des représentations ayant trait à la vie et à la mort ainsi que la vision religieuse de la sacralité du corps, considéré comme création divine. Par conséquent, le corps appartient à Dieu et non au patient lui-même.

C'est pourquoi, il faut interpréter ce recours à une médecine traditionnelle et/ou religieuse comme un phénomène complémentaire, et non incompatible avec la médecine moderne, car il répond à des besoins différents, nécessitant une proximité culturelle « à l'heure où les médecines douces font de plus en plus d'adeptes en occident, [posant la question de]comment être surpris que les patients arabes manifestent une préférence pour des pratiques moins agressives et plus respectueuses de leur histoire et de leurs conditions d'existence que celles qu'on leur propose dans des systèmes de soins souvent surchargés, mal équipés, et où les conditions d'accueil sont particulièrement déficientes et coexiste et complète avec un recours à une médecine moderne. »¹⁷.

¹⁴ Ben Ammar, M. S. (2009). *Islam et transplantation d'organes*, Springer, p. 19-20.

¹⁵ Savage-Smith, et al., *op. cit.*

¹⁶ Longuenesse, E. (1995). *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, L'Harmattan, p. 6.

¹⁷ *Ibid.*, p. 7.



Le patient musulman face à son corps, la maladie et la mort

Dans la prise en charge du malade, la médecine privilégie une approche plus globale, incluant les aspects psychologique, spirituel, social, etc. Les professionnels de la santé sont en outre confrontés à des questions existentielles comme la maladie, la douleur des moments de l'existence où la spiritualité peut devenir importante et accompagne la prise en charge ou l'accompagnement du patient ou de ses proches, surtout lorsqu'il s'agit de fin de vie. C'est pourquoi la sensibilité à l'égard du rituel religieux par les équipes médicales est essentielle.

Les difficultés liées au manque de compréhension du contexte culturel et de la langue ainsi que le statut socio-économique ne suffisent pas à expliquer les mécanismes de résistances des patients ou des soignants lorsqu'il s'agit de questions liées au corps, à la mort, au don d'organe et à la pudeur, particulièrement les relations avec le soignant d'un autre sexe, etc. Elles trouvent également du sens dans un fondement culturel et religieux.

Le rapport au corps comme espace « sacré » : un don de Dieu

La Loi musulmane qui perçoit le corps comme une création de Dieu refuse généralement l'intervention humaine touchant à l'intégrité du corps pour le modifier. Pourtant, des mutilations sexuelles telles que la circoncision masculine sont des pratiques fort recommandées, voir obligatoires, dans la religion musulmane. Ainsi, la circoncision (*khitâne* en arabe classique) est pourtant une ablation d'une partie de l'organe génital qui est d'ailleurs considérée comme une purification (*tahâra*). Ce rite de transformation, qui fait la norme dans le judaïsme et l'islam, participe à la construction du genre et à la différenciation des sexes. La circoncision était une pratique répandue dans la péninsule arabique. C'est la tradition, la Sunna, qui recommande vivement ce rite. L'âge de la circoncision varie : elle peut avoir lieu le septième jour pour certains, pour d'autres entre 5 à 7 ans - qui correspond à l'âge auquel l'enfant atteint un certain discernement -, ou encore à l'adolescence dans certaines régions¹⁸. La circoncision est généralement ritualisée. L'élaboration juridique de cette pratique revient essentiellement à certains textes de la sunna et par la plume des juristes musulmans. Certaines traditions rapportent que le Prophète était circoncis à sa naissance par son grand-père.

Quant à l'excision féminine, contrairement à la circoncision masculine, il ne s'agit pas d'une pratique courante dans l'ensemble des sociétés musulmanes. En outre, le Coran n'en parle pas et certains écrits dans la sunna la considère comme un bienfait pour la femme, sans la recommander explicitement. Cette pratique n'est par ailleurs pas spécifique à l'islam et elle est concentrée dans les régions de l'Afrique de l'Est et chez certaines tribus en Arabie. Elle est par exemple pratiquée par les Coptes en Égypte¹⁹.

Pour aller plus loin

Moulin, A-M. (2013). *Islam et révolutions médicales : le labyrinthe du corps*, Karthala. Un ouvrage qui dresse une anthropologie du corps dans les sociétés musulmanes.

¹⁸ Alili, R. (2015). *Qu'est-ce que l'islam ?*, La Découverte.

¹⁹ Fortier, C. (2012). Sculpter la différence des sexes. Excision, circoncision et angoisse de castration (Mauritanie). In : Monia Lachheb (éd.), *Penser le corps au Maghreb*, Paris, Karthala/IRMC (Hommes et Sociétés), pp. 35-66.



Un autre livre sur cette thématique : Moulin, A-M. (1989). Révolutions médicales et révolutions politiques en Egypte (1865-1917), In : *Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée*, pp. 111-123.

Le corps comme objet de réflexion dans les sociétés musulmanes,

Jourdan, F. (2007). Le corps dans une vision islamique, In : *Laennec*, tome 55(3), pp. 42-53. Cet article qui traite de la vision du corps dans la conception islamique fait le tour des pratiques et rituels autour du corps dans la norme islamique (la pureté du corps, le jeûne, la prière, l'alimentation, etc.), de la pudeur qui concerne les hommes, mais plus particulièrement les femmes durant la période de menstruations, considérées comme impures, ainsi que la finitude du corps, sa non-représentation dans l'art islamique.

Ben Taïbi, M. (2011). *Penser le corps en Islam, Itinéraires*, 3, pp. 91-101. Un article traitant de la place du corps dans la civilisation musulmane. La manière de penser le corps dans l'islam se fait à partir des données coraniques, mais c'est principalement à travers la sunna, et surtout des écrits classiques, que se construira une élaboration juridique autour du corps. L'auteur examine notamment l'un des écrits les plus complets sur cette thématique du XIIe siècle.

Quelques références à propos de la circoncision et l'excision :

Abu Sahlieh, S. A. (2001). *Circoncision masculine, circoncision féminine : débat religieux, médical*, L'Harmattan.

Chebel, M. (2006). *Histoire de la circoncision*, Perrin.

Sur la Turquie en particulier :

Saunier-Leroy, M-H. (2008). « La circoncision, le mariage et le corps : une blessure en partage (Turquie contemporaine) », In : *Journal des anthropologues*, 112-113, p. 47-74.

Les rites islamiques qui impactent le monde médical : la mort et la naissance

Les cycles de la vie d'un musulman sont marqués par des rites religieux spécifiques. Certaines de ces étapes touchent particulièrement le monde médical : la naissance, la circoncision et la mort.

Conception de la naissance

La naissance est une étape importante de la vie et le rituel qui l'accompagne revête un enjeu crucial. Il est ainsi recommandé de faire l'appel à la prière (*Adhan*) dans l'oreille droite du nouveau-né. Certains lui réciteront également, cette fois dans l'oreille gauche, un deuxième appel à la prière qui annonce l'accomplissement imminent de celle-ci (*Iqamah*). Un autre rite de purification est de raser la tête du nouveau-né.



Conception de la mort

La dignité entourant la mort apparaît comme universelle. Cependant, la mort est interprétée comme un simple passage menant à une autre vie et à un retour vers Dieu. La résurrection du corps à la fin des temps implique un respect du cadavre. Ce retour physique explique le refus de prélèvement d'organes de la part de certains musulmans qui est interprété comme une mutilation du corps et une atteinte à sa sacralité. Pourtant, les musulmans pratiquent des rites de purification tels que la circoncision masculine qui sont également interprétés comme une atteinte à l'intégrité humaine.

D'après la tradition musulmane, divers rites accompagnent la mort. Certains de ces rites de funérailles islamiques peuvent impacter les règles internes du milieu hospitalier et être en inadéquation avec les pratiques de soin. L'interdiction d'autopsie peut par exemple toucher le domaine médical.

À l'approche de la mort, le patient demandera d'être mis sur le côté droit, le visage tourné vers la Mecque. Il doit également prononcer la profession de foi (*shahada*), avec l'index levé. S'il n'est pas en mesure de le faire, les proches devront l'aider.

Après la mort, d'autres rites doivent être respectés pour préparer à la vie dans l'au-delà :

- Le rituel de purification, c'est-à-dire la toilette mortuaire du défunt, doit être effectué rapidement et par une personne de même sexe. Les seules exceptions concernent les époux qui peuvent réaliser la toilette de leur conjoint·e ainsi que les parents qui peuvent réaliser la toilette de leurs enfants impubères. Il arrive que le défunt ait désigné quelqu'un pour le lavage mortuaire qui s'effectue en plusieurs étapes déterminées, les parties génitales étant cachées par un tissu. Après la toilette purificatrice, le corps – qu'il est recommandé de parfumer après avoir terminé le lavage – doit être enveloppé dans un linceul de couleur blanche.
- Celui-ci devra alors être non seulement inhumé en terre sans tarder, mais aussi sans cercueil. Le corps médical peut être confronté à l'empressement des familles à récupérer le corps afin de respecter le rite funéraire musulman.
- La prière funèbre (*salat al janaza*) ainsi que l'imploration de la miséricorde divine doivent être effectuées avant l'ensevelissement, le corps orienté vers la Mecque.

Jusqu'à présent, la majorité des personnes d'ascendance musulmane ont privilégié le rapatriement du corps dans le pays d'origine. Les raisons sont principalement liées au respect de la norme religieuse. Cependant, l'enjeu peut également être lié à une volonté de « s'inscrire dans un lieu (territoire) et dans une lignée (filiation) »²⁰. Avec l'émergence de nouvelles générations qui auront un attachement affectif et social à la société belge, il faut s'attendre à une évolution. Dans ce cas de figure, l'inhumation en Belgique deviendra probablement plus fréquente et engendrera la question des carrés confessionnels ou de cimetières musulmans. Boucher Y. indique que dans le contexte québécois, on assiste à « une réinterprétation de la norme en fonction des contraintes vécues ».

Pour aller plus loin

Rachédi, L. et Halsouet, B. (2017). *Quand la mort frappe l'immigrant : Défis et adaptations*, Presses de l'Université de Montréal. Un ouvrage collectif qui tente d'analyser le deuil des enfants de migrants et des migrants dans le contexte québécois. L'objectif de l'étude est d'apporter des éléments de compréhension des

²⁰ Boucher, Y. (2017). 5. *Mourir au Québec : entre obligations et interdits*. In : *Quand la mort frappe l'immigrant : Défis et adaptations*. Presses de l'Université de Montréal, pp. 72-84, p. 76.



rites et pratiques qui entourent la mort. Elle se penche aussi sur le deuil des proches du défunt en contexte migratoire afin de permettre un meilleur accompagnement en fin de vie.

Sur cette thématique, voir également l'ouvrage de **Boubeker, A. et Frégosi, F. (2006). *L'exercice du culte musulman en France*, La Documentation Française**. Un ouvrage sur les lieux de culte musulmans et son organisation en France. La première partie du livre est consacrée aux « conditions d'exercice du culte musulman en France - Analyse comparée à partir d'implantations locales de lieux de culte et de carrés musulmans ». La deuxième partie est consacrée à l'évolution des lieux de culte « Les lieux communautaires de l'islam rhodanien - Entre discrimination et dynamiques collectives ».

Conception de la douleur

Le Journal International de Bioéthique a consacré deux numéros à la perception sociale de la douleur au Maghreb et à la conception de la douleur dans la civilisation arabo-musulmane²¹. On y met en exergue le devoir d'apaiser la douleur lors du traitement. Selon la conception islamique, la douleur doit en effet être réduite par tous les moyens disponibles, aussi bien par des solutions médicales que par des invocations religieuses. La bonne santé est considérée comme un bienfait de Dieu, plusieurs propos prophétiques appelant au comportement préventif.

Pour aller plus loin : Relations entre les praticiens et les usagers musulmans dans le milieu médical

Guillaume, M-J. (2014), Soignants et musulmans : Duel ou duo ? Cultures musulmanes des soignés et pluralisme des soignants : un défi pour les équipes soignantes, In : *El Kalima*. Deux axes ont été développés dans ce travail. D'abord un aspect pratique par des entretiens semi-dirigés avec des praticiens dans des milieux hospitaliers bruxellois qui rencontrent régulièrement des usagers musulmans. L'analyse de ces entretiens s'est appuyée sur l'apport théorique d'islamologues et de personnes-ressources. Après un bref aperçu de la culture soignante locale, plus précisément « ses valeurs, ses rites et comportements transmis et partagés par les membres du groupe », le second chapitre évoque les tensions rencontrées dans les relations entre le soignant et le patient musulman (plus particulièrement avec les patients les plus orthodoxes), par exemple au sujet du premier contact, des examens corporels, de la question de la pudeur dans les soins quotidiens, des « non-dits et des habitudes culturelles de politesse », etc. Le troisième chapitre apporte quelques repères et principes de l'islam. Quant au quatrième chapitre, il se penche sur la diversité des cultures musulmanes. Le cinquième chapitre suggère des pistes de réflexion et des éléments d'informations sur la position bioéthique notamment.

Vassart, C. (2015). Les soins de santé face aux défis de la diversité ; le cas des patients musulmans, In : *Fondation Roi Baudouin*. Ce rapport propose une description et apporte des informations sur les incompréhensions liées à la culture religieuse. Le sentiment que peuvent avoir certains patients que leur demande

²¹ Byk, Ch. (coord.) (2001 et 2002), Islam-Méditerranée : la perception sociale de la mort et de la douleur, In : *Journal international de bioéthique*, vol. 12 et 13



religieuse ne sera pas respectée ou qu'ils n'auront pas la possibilité de l'accomplir selon leur rite religieux peut complexifier les relations avec les praticiens de la santé. Le rapport cite notamment l'exemple de la colère d'un patient après son arrivée dans un service des urgences. Le personnel soignant n'était pas parvenu à le calmer avant d'avoir compris que sa colère était liée à sa crainte de mourir dans un hôpital sans avoir été en mesure d'accomplir ses ablutions.

Philip-Gay, M. (2016). Religion et soins, In : *Médecine & Droit*, Volume 2016, Issue 141, November-December 2016, pp. 162-169. Une étude qui permet de mieux saisir la place laissée aux convictions religieuses dans le domaine médical, les contours (les limites) de la liberté de conscience et de religion du patient. La religion peut aussi bien être une ressource qu'un soutien pour la guérison du malade, une difficulté dans la prise en charge du patient et l'organisation des soins (régime alimentaire, prières, etc.) ou encore être source de tensions comme le fait de refuser que des soins soient prodigués par une personne de sexe opposé.

Don d'organe, trouver un équilibre entre le principe de profanation du corps et la préservation de la vie

Les préjugés vis-à-vis du prélèvement d'organe freinent leur don auprès de certains croyants, car cela touche à la mort et à l'usage du corps après la mort. De plus, une certaine conception de la sacralité du corps humain dans l'islam interdit sa mutilation et sa profanation. Il existe en ce sens plusieurs travaux examinant la position de l'islam par rapport à la transplantation d'organes. Le Ben Ammar M. S., médecin tunisien spécialiste en anesthésie et réanimation, souligne que dans l'histoire des débats contemporains sur la licéité du prélèvement et de la transplantation, on retrouve diverses positions. Les opposants sont généralement les plus conservateurs en adoptant davantage « une attitude partisane dogmatique » à une réflexion raisonnée. Ils ont d'ailleurs émis une fatwa interdisant le don d'organe, la décrivant comme une mutilation alors que d'autres muftis, réformistes, tels que le mufti d'Égypte et recteur de l'Université d'Al-Azhar²² ou encore Y. Qardawi, adoptent une attitude pragmatique et ouverte à l'égard du progrès scientifique. M. S. Ben Ammar estime d'ailleurs que « la dimension religieuse a souvent été exagérée à chaque fois qu'on a posé le problème du don d'organe pour les musulmans. Les obstacles sont sans doute au moins autant liés à l'absence de confiance dans le système de soins et aux facteurs socioéconomiques qu'à la religion à proprement parler. »²³

Perception de la pudeur

En principe, la place de la pudeur dans un système religieux conditionne les relations avec les professionnels de la santé, particulièrement lors des examens cliniques pratiqués par un praticien de l'autre sexe.

La pudeur, d'un élan naturel est érigée, au sein de certaines cultures en « vertu » cardinale touchant plus particulièrement les jeunes filles, selon le principe que « toute atteinte à la

²² Al-Azhar est à la fois une mosquée et une université datant de la dynastie Fatimide (971). Cette institution reste encore aujourd'hui, l'une des plus influentes.

²³ Ben Ammar, M. S. (2004). Greffe d'organes et Islam : une quête en climat de réticence !, In : *Éthique & Santé*, 1(4), pp. 211-215, p. 215.



vertu d'une femme de parenté est une atteinte à l'honneur de l'ensemble du groupe »²⁴. Ces injonctions de pudeur à l'encontre des femmes évoluent dans le temps et l'espace. Actuellement, la dissimulation de corps au nom des règles de pudeur est principalement visible dans la pratique vestimentaire des femmes musulmanes. Ces règles de pudeur posent problème dans des sociétés globalement sécularisées surtout lorsqu'elles semblent être une exigence des hommes à l'encontre des femmes, car elles sont interprétées comme un renforcement (ou un retour) de la domination masculine et une remise en cause d'évidences sociétales, ou d'acquis, en matière d'égalité dans la disposition de son corps, entre homme et femme. Une attitude restrictive de l'entourage envers des soins, en raison de la pudeur et surtout lorsqu'elle provient du père et du mari, voire de la femme elle-même, peut provoquer des situations d'inconfort au sein du corps médical.

En raison du contrôle familial sur sexualité des jeunes femmes (notamment en raison de l'exigence culturelle de virginité prénuptiale dans les sociétés patriarcales), les gynécologues sont appelés à certifier la virginité d'une femme non-mariée, surtout lorsqu'il s'agit d'une exigence du futur époux, ce qui peut créer également un malaise au sein du corps médical. Depuis le 16 février 2019, le Conseil national de l'Ordre des médecins belges, s'aligne sur la déclaration de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) recommandant « [aux professionnels de la santé de refuser de pratiquer ces tests et de délivrer des attestations de virginité](#) ». Outre les aspects déontologique et éthique de cet examen clinique, il en ressort que cette pratique médicale est non seulement inutile sur le plan médical, mais aussi non fiable sur le plan scientifique.

Les souffrances psychiques

Plusieurs travaux relatent les nombreuses résistances à la pratique psychanalytique et aux troubles psychologiques dans la culture arabo-musulmane. Pour Fethi Benslama : « le traitement de la folie et de la souffrance psychique reste soumis à des théories et à des pratiques fondées sur la démonologie, l'animisme... »²⁵.

En effet, pour certains, les problèmes psychiques sont généralement pris en charge par les méthodes de soin traditionnel, telles que la *roqya* (une pratique religieuse d'extraction des djinns et des maux liés à l'ensorcellement)²⁶ ou encore la magie²⁷. En outre, dans les pays en voie de développement, le traitement des troubles mentaux ne semble pas être une priorité dans des systèmes de santé souvent précaire²⁸. La pratique psychiatrique est également marginalisée dans la majorité des sociétés musulmanes. Pourtant, l'histoire des écrits de la médecine en terre d'islam sur les relations entre le corps et l'esprit existe²⁹.

²⁴ Duerr, H. P. (2001). *Nudité et pudeur. Le mythe du processus de civilisation*, Maison des sciences de l'homme, p. 29.

²⁵ Benslama, F. (2005). La psychanalyse et l'islam. In : *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, no 62(4), pp. 91-100. p. 91.

²⁶ Touag H. (2013). Guérir par l'islam : l'adoption du rite prophétique – roqya – par les salafistes en France et en Belgique, In : Maréchal, B et El Asri, F., *Islam belge au pluriel*, Presses Universitaires de Louvain, pp. 201-218.

²⁷ Bennani, J. (2012). *Psychanalyse en terre d'Islam*, Eres.

²⁸ Kastler, F. (2011). 10. La santé mentale en Afrique : un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ?, In : *Santé internationale*, Presses de Sciences Po, pp. 169-177.

²⁹ Sekkat, F.-Z. et Belbachir, S. (2009). La psychiatrie au Maroc. Histoire, difficultés et défis, In : *L'information psychiatrique*, 85(7), pp. 605-610. Il cite le Persan Arrazi (850-932), Ibn Sina (980-1037), bn Tofail, Ibn Bajja (Avenpace), Ibn Jassar, Ezzahraoui, Ibn Hazm, Ibn Zohr...qui ont travaillé sur cette thématique. Voir aussi : Amad, A. et Thomas, P. (2011). Histoire de la maladie mentale dans le Moyen-Orient médiéval. In : *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 169 (6), pp. 373-384.



En Europe, dans la prise en charge du patient, l'aspect religieux est de plus en plus intégré dans les pratiques psychiatriques³⁰.

Concernant la pensée psychanalytique, plusieurs psychanalystes issus de la culture arabo-musulmane expliquent les raisons des aprioris et hostilités envers la pensée psychanalytique. On trouve d'abord le sentiment d'une hostilité envers la religion par la psychanalyse, alors que Mounir Chamoun défend l'idée que la foi et la pratique psychanalytique ne sont pas incompatibles³¹. L'obstacle principal, selon eux, est le manque de liberté dans le contexte musulman. M. Chamoun développe les cinq sources de cette résistance : « la conception de l'autonomie et du destin personnel ; le sens de la culpabilité et de la faute, avec l'idée de rachat et de réparation qui leur sont inhérents ; le statut de la femme et de la sexualité ainsi que leur rapport à l'inconscient ; la fascination des peuples musulmans pour l'autocratie et la dictature ; le formalisme cultuel et la littéralité textuelle qui rendent difficile tout travail d'exégèse et d'interprétation. »³². A. Ouattah cite quant à lui également le manque de liberté, mais aussi la carence d'esprit scientifique, la sexualité qui reste un tabou dans le contexte arabo-musulman, le sentiment de culpabilité, le communautarisme dans le développement de l'identité ainsi que le manque d'individuation du sujet³³. Dans un de ses essais intitulé « L'inconscient musulman », Malek Chebel, anthropologue et psychanalyste, indique que, selon lui, dans la culture arabo-musulmane, les deux sentiments dominants dans la structuration psychique du musulman contemporain sont « la faute et la transgression ».

Conclusion :

Face à certaines techniques de soins, de nombreux musulmans hésitent ou marquent un refus pour des raisons religieuses. Face aux questions nouvelles posées par l'évolution des sciences médicales et des sociétés, que les savants religieux musulmans n'avaient pas auparavant traitées, un travail d'interprétation des règles religieuses, mais aussi un effort de réflexion et d'adaptation, doit encore être mené à partir d'une lecture pragmatique des textes religieux qui sacralisent la préservation de la vie et de la dignité humaine, à la lumière des données contemporaines. Cela permettrait au croyant d'effectuer de manière libre, mais éclairée un choix fondé sur ses convictions, et ce en adéquation avec les progrès scientifiques et éthiques.

³⁰ Champion, F. (2013). La nouvelle présence du religieux dans la psychiatrie contemporaine. In : *Archives de sciences sociales des religions*, 163, pp. 17-38.

³¹ Chamoun, M. (2005). Islam et Psychanalyse dans la culture arabo-musulmane. In *Pratiques Psychologiques*, 11(1), pp. 3-13.

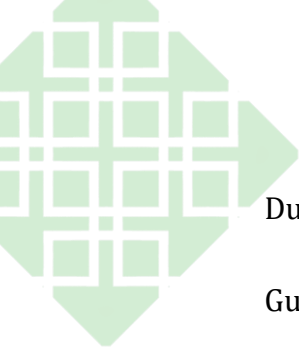
³² *Ibid.*

³³ Aouattah, A. (2007). De quelques résistances à la pratique psychanalytique dans la culture arabo-musulmane, In : *Cahiers de psychologie clinique*, 29(2), pp. 161-191.

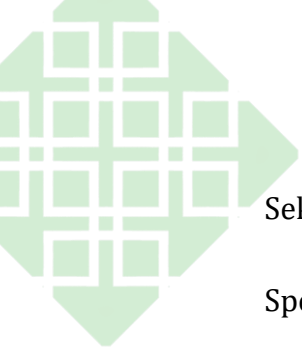


Bibliographie

- Aïach P. (2010), Les inégalités sociales de santé. Écrits. Collection Anthropos, Economica.
- Abu Sahlieh S. A. (2001). *Circoncision masculine, circoncision féminine : débat religieux, médical*, L'Harmattan.
- Alili, R. (2015). *Qu'est-ce que l'islam ?*, La Découverte.
- Amad, A. et Thomas, P. (2011). Histoire de la maladie mentale dans le Moyen-Orient médiéval. In : *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 169 (6), pp. 373-384.
- Aouattah, A. (2007). De quelques résistances à la pratique psychanalytique dans la culture arabo-musulmane, In : *Cahiers de psychologie clinique*, 29(2), pp. 161-191.
- Ben Ammar, M. S. (2009). *Islam et transplantation d'organes*, Springer.
- Ben Ammar, M. S. (2004). Greffe d'organes et Islam : une quête en climat de réticence !, In : *Éthique & Santé*, 1(4), pp. 211-215.
- Bennani, J. (2012). *Psychanalyse en terre d'Islam*, Eres.
- Benslama, F. (2005). La psychanalyse et l'islam, In : *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 62(4), pp. 91-100.
- Ben Taïbi M. (2011). Penser le corps en Islam, In : *Itinéraires*, 3, pp. 91-101.
- Boubeker, A. et Frégosi, F. (2006). *L'exercice du culte musulman en France*, La Documentation Française
- Byk, Ch. (coord.) (2001 et 2002), Islam-Méditerranée : la perception sociale de la mort et de la douleur, In : *Journal international de bioéthique*, vol. 12 et 13
- Chamoun, M. (2005). Islam et Psychanalyse dans la culture arabo-musulmane, In : *Pratiques Psychologiques*, 11(1), pp. 3-13.
- Champion, F. (2013). La nouvelle présence du religieux dans la psychiatrie contemporaine, In : *Archives de sciences sociales des religions*, 163, pp. 17-38.
- Chebel, M. (2006). *Histoire de la circoncision*, Perrin.
- Chiffoleau, S. (1997). *Médecines et médecins en Egypte: construction d'une identité professionnelle et projet médical*, L'Harmattan.
- Duerr, H. P. (2001). *Nudité et pudeur. Le mythe du processus de civilisation*, Maison des sciences de l'homme.
- Djelloul G. et Maréchal B., L'islam et les musulmans en Belgique : Quelques repères historiques, Démographiques et organisationnels, In : *Dossiers documentaires du CISMODOC*, Université catholique de Louvain, avril 2018, 7 p.
- Elamrani M. D., et al. (2015). L'éthique musulmane face à la dissection des cadavres humains pour l'enseignement et la recherche en anatomie, In : *Éthique & Santé*, Volume 12, n° 2, pp. 97-102
- El'Makrini N., La pensée musulmane réformiste et critique. In : *Sélection bibliographique du CISMODOC*, février 2016, 5p.



- Duerr, H. P. et Bodin V. (1998). *Nudité et pudeur. Le mythe du processus de civilisation*, Maison des sciences de l'homme.
- Guillaume, M-J. (2014), Soignants et musulmans : Duel ou duo ? Cultures musulmanes des soignés et pluralisme des soignants : un défi pour les équipes soignantes, In : *El Kalima*.
- Jacquart, D. et Micheau F. (1996). *La médecine arabe et l'Occident médiéval*, Maisonneuve et Larose.
- Jourdan, F. (2007). Le corps dans une vision islamique, In : *Laennec*, tome 55(3), pp. 42-53.
- Touag H. (2013). Guérir par l'islam : l'adoption du rite prophétique – roqya – par les salafistes en France et en Belgique, In : Maréchal, B et El Asri, F., *Islam belge au pluriel*, Presses Universitaires de Louvain, p. 201-218.
- Kastler, F. (2011). 10. La santé mentale en Afrique : un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ?, In : *Santé internationale*, pp. 169-177.
- Lkhadir, A. et Mestre, C. (2013). Quels enjeux anthropologiques et éthiques pour la traduction en santé publique ?, In : *L'Autre*, volume 14, (1), pp. 72-81.
- Longuenesse, E. (1995). *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, L'Harmattan.
- Mazliak, P. (2004), *Avicenne et Averroès. Médecine et biologie dans la civilisation de l'Islam*, Vuibert.
- Mokrane, S., et al. (2013). *Interculturalité et soins de santé: Un questionnement éthique*, Presses universitaires de Namur.
- Mona, L. (2012). *Penser le corps au Maghreb*, Karthala Editions.
- Moulin, A-M. (2013). *Islam et révolutions médicales : le labyrinthe du corps*, Karthala.
- Moulin, A-M. (1989). Révolutions médicales et révolutions politiques en Egypte (1865-1917), In : *Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée*, pp. 111-123.
- Philip-Gay, M. (2016). Religion et soins, In : *Médecine & Droit*, Volume 2016, Issue 141, November-December 2016, pp. 162-169
- Rachédi, L. et Halsouet, B. (2017). *Quand la mort frappe l'immigrant: Défis et adaptations*, Presses de l'Université de Montréal.
- Roussillon, A. (2007), *La Pensée islamique contemporaine*, Cérès
- Ben Ammar, S.M. (2009). Le corps humain en Islam: le corps et la personne. *Islam et transplantation d'organes*, Springer.
- Saunier-Leroy, M-H. (2008). La circoncision, le mariage et le corps : une blessure en partage (Turquie contemporaine), In : *Journal des anthropologues*, 112-113, pp. 47-74.
- Savage-Smith, E., Klein-Franke, F. & Zhu, M. (2010), « [Tibb](#) », In : *Encyclopédie de l'Islam*.



Sekkat, F.-Z. et Belbachir, S. (2009). La psychiatrie au Maroc. Histoire, difficultés et défis, In : *L'information psychiatrique*, 85(7), pp. 605-610.

Speziale, F. (2010). *Soufisme, religion et médecine en Islam indien*, Karthala Editions.

Vassart, C. (2015). Les soins de santé face aux défis de la diversité ; le cas des patients musulmans, In : *Fondation Roi Baudouin*.