

# Lutter contre le prosélytisme dans les services de santé. La Neutralité au service de la qualité des soins

28 novembre 2023 à l'Auditorium des Moulins de Beez, Namur

(le contenu de la présentation ne reflète que l'opinion des auteurs et orateurs).

La religion et la spiritualité exercent encore aujourd'hui une très forte influence dans le domaine des soins de santé. En Belgique, une grande partie des services est structurée par le réseau catholique. Ainsi, bon nombre de nos institutions sont libres d'offrir des soins de santé conformes aux principes éthiques de la foi catholique, bien qu'elles doivent également respecter les normes et réglementations prévues par notre politique de santé publique.

Par ailleurs, la liberté de conscience s'applique aussi bien pour les patients que pour les prestataires de soins. Les patients sont libres d'exprimer leurs convictions tout au long de leurs parcours de soins et de bénéficier d'un service d'accompagnement correspondant à celles-ci. Toujours selon leurs convictions, les patients ont notamment le droit de choisir leur professionnel de santé. Ils peuvent aussi consentir ou refuser un traitement. Quant aux prestataires de soins, leur liberté de conscience s'applique jusqu'au refus de pratiquer des actes médicaux contraires à leurs convictions. Qui plus est, ils ne sont pas formellement soumis à un devoir de neutralité, comme c'est le cas notamment en France pour les agents du service public hospitalier.

Dans un tel contexte, il est légitime de se questionner sur les effets induits par l'expression de normes religieuses de la part d'une institution médicale ou d'un prestataire, sur les libertés et droits du patient. En l'absence de cadre, la liberté des prestataires de manifester leurs croyances ne risque-t-elle pas de porter atteinte à l'autonomie du patient et à la qualité des soins? Car ne l'oublions pas, la vulnérabilité du patient le soumet inéluctablement au pouvoir décisionnel du médecin. Dès lors, la manifestation d'une conviction religieuse par l'autorité médicale risque de s'imposer au patient de manière aussi bien implicite qu'explicite. Le danger étant de voir la frontière entre simple expression et acte prosélyte devenir floue, voire poreuse.

Or, la question du prosélytisme dans les services de santé reste impensée. Il n'existe pas réellement de littérature scientifique à ce sujet, sans parler de réponses politiques ou institutionnelles. Car rappelons qu'en Belgique, il n'y a aucune mesure pour lutter contre le prosélytisme dans des domaines où il serait jugé comme inopportun comme par exemple, dans les institutions de soins.

C'est pourquoi, le **Centre d'Action Laïque (CAL)** et le **Service Laïque d'aide aux Personnes (SLP)** ont initié une première enquête accompagnée **d'une matinée d'étude sur le prosélytisme dans les services de santé** qui s'est déroulée le 28 novembre à Namur. Ce projet, soutenu par la Ministre wallonne de la Santé Christie Morreale, a été l'occasion d'enfin penser la question du prosélytisme dans le domaine des soins. Plusieurs experts spécialisés dans le domaine de la **santé publique** se sont ainsi rencontrés afin de défricher cet objet d'enquête et surtout, d'interroger la nécessité de garantir la neutralité de tous nos services de santé. Ce fut également le moment pour le CAL et le SLP de présenter les résultats de leur enquête.

## « NEUTRALITÉ » ET « PROSÉLYTISME » : DEUX CONCEPTS À DÉFINIR

Thomas Gillet, philosophe et enseignant<sup>(i)</sup> commence son exposé en renversant positivement la citation d'Albert Camus « *C'est ajouter au bonheur du monde que de bien nommer les choses* », pour souligner l'importance de clarifier ces 2 concepts compliqués.

**La Neutralité**, sujet extrêmement controversé dans le débat public, semble perçue par la conscience collective comme un concept négatif et dont il serait confortable de se débarrasser. Pourtant, la neutralité est un outil qui a bien des vertus lorsqu'il est défini avec clarté. Elle se définit étymologiquement comme une chose qui ne produit pas d'effet. Force est de constater qu'il n'existe RIEN qui ne produise absolument aucun effet. La neutralité absolue n'existe pas, elle est toujours relative et contextuelle.

L'idée fondamentale de la neutralité, traduite par l'impartialité telle que défendue dans les statuts du CAL, est précisément que les autorités ne doivent pas interférer avec l'autonomie des individus. Mais les autorités se doivent également de garantir par des garde-fous, le libre-arbitre et l'autonomie des individus. Dans notre pays, les soins de santé sont balisés par un cadre formel et juridique dans lequel la neutralité des praticiens comme des usagers doit s'inscrire. Ceci engendre des implications pour les acteurs de la santé supposés adopter une attitude neutre, qu'il subdivise en 3 catégories, pas pour des raisons politiques ou philosophiques mais par cohérence avec la notion de prosélytisme. La *neutralité d'apparence*, la manière dont nous chois-

(i) Maître-assistant en Philosophie à la Haute École Bruxelles-Brabant (HE2B).

sons de nous présenter au monde, est un choix et si on peut discuter des nuances de ce qui détermine une apparence neutre, le choix de notre apparence est un acte. *La neutralité des propos* se définit par l'objectivité de ceux-ci. On peut opposer que l'objectivité absolue est une chimère mais elle n'en reste pas moins un effort d'honnêteté intellectuelle dont l'exercice est indispensable. La posture de neutralité d'une personne est tributaire de ses *actes*. Elle implique l'acceptation d'une forme « d'effacement » de sa personne, qui ne lui retire en rien à titre individuel, sa liberté de penser. T. Gillet formule : faire preuve de neutralité revient à « neutraliser » une partie de soi-même (conviction, tempérament, humeur...) pour éviter de « polluer » l'exercice de l'autonomie du patient et donc l'acte de soin. La neutralité se définit de facto, comme une posture qui place l'autonomie de l'individu au centre des préoccupations.

**Le prosélytisme** se nuance en regard de la liberté d'expression. Du grec « *proselutos* » ou « l'étranger qui s'attache à une cause », le terme se retrouve dans *la Septante* où il désigne « un converti ». Cette définition pose la question centrale des rapports humains : le besoin et les raisons d'appartenance à un groupe, la nécessité de recruter de nouveaux membres. Le rassemblement autour de valeurs communes, la solidarité sociale cimentent une société. L'exercice se complique dans une démocratie libérale avec une approche laïque qui a fait de la liberté le ciment de la société. Le rapport que l'individu entretient avec sa propre liberté face aux enjeux sociaux et aux « oppressions » de sa première communauté, peut potentiellement restreindre son autonomie. Autonomie que les laïques et humanistes cherchent justement à développer chez les jeunes individus et garantir chez les adultes (enjeu de taille chez les personnes âgées et vulnérables).

Échange de points de vue ou attitude prosélyte : où placer le curseur?! Le philosophe relève quelques repères, notamment la question de *l'intention* de convaincre; l'inclusivité/exclusivité, c'est-à-dire la capacité de comprendre des opinions contraires, ou la démarche opposée qui vise à disqualifier les idées différentes et faire émerger une façon unique de penser. Un autre repère est celui des *méthodes utilisées*, souvent caractérisées par la répétition, l'intensité et l'intention.

## PROSÉLYTISME DANS LES SERVICES DE SANTÉ : UNE ENQUÊTE TOTALEMENT INÉDITE

Les concepts introduits, le temps fut venu de présenter les résultats de l'enquête menée par le Centre d'Action Laïque et le Service Laïque d'Aide aux Personnes sur le *prosélytisme dans les services de santé*. Lucie Barridez (chargée d'étude au CAL) précise les modalités et la méthodologie de l'enquête. Elle rappelle que celle-ci visait principalement à faire émerger des témoignages dans le chef des accompagnants laïques qui œuvrent auprès des patients dans les différentes structures de soins mais aussi, à domicile. Faisant découvrir les témoignages les plus interpellants au public, la représentante du CAL tâche surtout d'explicitier la difficulté de lever le voile sur un phénomène complexe, tabou et

dès lors, relativement impensé. En effet, chaque témoignage est révélateur de situations dans lesquelles l'autonomie du patient et celle de l'accompagnant se trouvent aliénées par les convictions d'un tiers (l'institution, un prestataire, un proche du patient). Mais, l'acte prosélyte est parfois tellement insidieux qu'il est difficile à visibiliser. Finalement, l'enquête permet surtout de modéliser la problématique en proposant une grille d'analyse des différentes situations types identifiées par les accompagnants laïques.

La première concerne directement leur environnement de travail et fait état d'une prédominance du culte catholique dans l'accompagnement moral et spirituel. En effet, les accompagnants se sont confiés sur leur manque de visibilité auprès des patients et au sein des institutions, en raison d'une forme de mainmise par les accompagnants catholiques sur les structures, moyens et dispositifs destinés à l'accompagnement spirituel des patients. Par exemple, un hôpital dans lequel c'est l'aumônerie catholique qui trie toutes les demandes d'accompagnements. Autre exemple, dans certains hôpitaux, le seul lieu dédié à l'accompagnement (laïque, catholique, musulman, etc.) se trouve être une chapelle catholique.

Le deuxième modèle concerne quant à lui toutes les situations dans lesquelles les convictions religieuses et personnelles du prestataire ont primé sur l'intérêt du patient. Du fait que les accompagnants laïques œuvrent surtout auprès de patients âgés et/ou en fin de vie, la plupart des situations évoquées concernaient des demandes d'euthanasie et la façon dont elles sont traitées et reçues par le personnel médical. L'une des anecdotes présentées relate des jugements et des injures prononcées par les infirmières à la famille d'une patiente en demande d'euthanasie. Celles-ci ont ainsi entravé le respect de la demande en traitant les proches d'assassins.

Le troisième et dernier modèle de prosélytisme ressortant de l'enquête concerne les situations par lesquelles ce sont cette fois, les convictions religieuses et personnelles des proches qui ont primé sur l'intérêt du patient. En effet, selon les accompagnants qui ont été interrogés, il n'est pas rare de constater qu'un prestataire privilégie les souhaits de la famille proche, surtout quand le patient est âgé et en perte d'autonomie. Un témoignage alarmant relate une situation où les médecins ont outre-passé la demande très explicite de non-acharnement thérapeutique d'une patiente en phase terminale d'un cancer, car son fils n'acceptait pas cette demande.

Les résultats de l'enquête tels qu'ils ont été présentés au cours du colloque, permettent surtout au public de se questionner sur les effets que peut produire la liberté de conscience des prestataires sur le respect des droits du patient et de son autonomie. Le fait que celle-ci soit si peu balisée rend possibles ces trois différentes situations types par lesquelles les convictions religieuses des uns limitent les capacités des acteurs les plus vulnérables (les patients) et en position minoritaire par rapport au cadre normatif d'une institution (les accompagnants laïques). Véritable intention prosélyte

derrière ces situations? Les résultats sont encore insuffisants pour pouvoir le démontrer. Mais la représentante du CAL termine son intervention en rappelant la nature restreinte de l'échantillon et l'absence de cadre conceptuel pour visibiliser davantage le phénomène à ce stade. Le travail est donc à poursuivre.

C'est en mettant l'accent sur la Santé publique que Sarah Burette (membre du Conseil d'Administration du SLP) termine l'exposé. Si la perception du prosélytisme reste à ce stade assez volatile, le besoin de neutralité a émané de façon franche. En tant qu'individu, ce constat est relativement intuitif car notre santé c'est à la fois notre intimité et notre moteur. Il est impossible de la définir de manière univoque, chacun est amené à la définir pour lui-même. L'infirmière en santé communautaire et publique insiste sur le fait que la santé n'est pas une fin en soi, mais bien la ressource qui va aider l'individu et, par voie de conséquence, toute la collectivité, à s'épanouir et accomplir les rôles qu'il s'est fixé en les assumant de façon acceptable pour sa santé et celle de sa collectivité. Ce constat positionne l'enjeu du changement de paradigme dans les soins de santé. Celui d'un Système de Santé qui tente de se réinventer entre d'une part les fondations d'un paradigme paternaliste consciencieux, et de l'autre, les promesses d'un nouveau paradigme dans laquelle l'usager est *acteur de sa santé* mais également *partenaire de ses soins*.

Dans la marge des résultats présentés, les témoignages collationnés au cours de l'enquête ont pointé une réalité, rapportée avec beaucoup d'émotion par les accompagnants laïques. Celle-ci pointe dans le chef des médecins et des soignants des cruels manques de temps, de moyens, de reconnaissance, d'encadrement, de soutien, de formation...

La réalité inclut aussi la forte pilarisation de la Société belge, dont l'histoire politique et structurelle s'est dessinée autour de l'attachement ou non à la religion catholique. On peut parler d'une séparation profonde autour de laquelle s'est organisé notre système institutionnel, nuancé par une puissante tradition de concertation sociale paritaire. Les résultats de l'enquête mettent en évidence que ce besoin d'identification politique et religieux reste encore d'actualité, du moins au point de vue institutionnel et induit l'effrayante complexité du système.

Notre monde compte une multitude de fragilités différentes : des handicaps, des maladies chroniques, des maladies mentales, des assuétudes, des pathologies liées à l'emploi, à l'âge, à la scolarité, à la précarité, etc. En regard des inégalités qui divisent notre système de santé, on comprend la peine à faire se rencontrer la réalité du soin avec les objectifs portés par le citoyen pour sa santé. Et cela questionne la place de la fragilité dans la société. Mais les considérations économiques et idéologiques, politiques ou religieuses, ne devraient pas affecter la *qualité* ni la *continuité* des soins. Là où un praticien peut invoquer

sa clause de conscience, la société démocratique a le devoir d'assurer la continuité. Il n'existe pas de *conscience institutionnelle*, et on ne peut tolérer que s'y substitue une clause de conscience collective, qui naîtrait de la somme des clauses de conscience individuelles au sein d'un établissement. Cela causerait une rupture dans la continuité des soins. *Un hôpital devrait être égal à un hôpital*. La mission institutionnelle démocratique est de veiller au respect et à l'application des lois qui garantissent les droits du patient, et devrait mesurer les enjeux de la neutralité pour garantir ces libertés.

## LA LIBERTÉ DE CHOIX DES PATIENTS À L'ÉPREUVE DES ORGANISATIONS DE SOINS

Fabian Defraîne, sociologue, chercheur et enseignant<sup>ii</sup>, pose d'abord 3 éléments importants pour aborder le prosélytisme d'un point de vue sociologique. A noter d'abord que de nombreuses institutions de santé et de professions paramédicales trouvent leurs racines dans la religion, et particulièrement dans une des religions monothéistes. La seconde, pointe que le fait religieux est croissant, et dans notre société un individu peut se sentir pris en étau entre respect des convictions personnelles et instrumentalisation des religions. Enfin, de nombreuses anecdotes personnelles se pensent « uniques » et témoignent d'un malaise relevant d'une forme de prosélytisme dans une situation de soin. Quand les exceptions se cumulent elles ne sont plus exceptionnelles.

Pour répondre à la question que produit l'effet du prosélytisme sur les patients, F. Defraîne sollicite l'étude « Asiles » de E. Goffman (1968). Portant sur la condition sociale de 17.000 patients en psychiatrie, ce sociologue proposait le concept « *d'institution totale* » (applicable à la MRS<sup>iii</sup> en période de covid par exemple) dans laquelle le patient subit des mortifications, qu'il définit comme des « *violations du moi intime* ». Citons l'exemple d'une hospitalisation : inconfort permanent, intrusion dans la chambre, temps d'attente, frustration, repas imposé, et la blessure de voir son identité réduite à la condition de malade. Soit une perte d'autonomie en regard de laquelle les possibilités de résistance sont extrêmement faibles. F. Defraîne souligne que cette étude est sans doute la première à s'intéresser au point de vue du patient et il pose l'hypothèse que la vulnérabilité de santé a tendance à invisibiliser les « *mortifications* ».

Le sociologue attire l'attention sur les inégalités sociales de santé qui, outre le fait d'aggraver la vulnérabilité, diminuent l'autonomie du patient. Celles-ci ne se résument pas au capital financier. Le capital social apporte des relations et des connaissances, notamment pour s'orienter vers un médecin ou une institution. Le capital culturel regroupe tous les savoirs cumulés, il s'agit de l'éducation, des codes sociaux, du vocabulaire, de la littérature, de la capacité d'expression, etc. Dans le champ de la santé, les médecins et

(ii) Chargé de cours à la Haute École libre de Bruxelles Prigogine et à l'École de Santé publique de l'ULB.

(iii) MRS : Maison de Repos et de Soins.

les soignants ont leur vocabulaire et leurs codes qui échappent à la plupart des gens. La santé constitue un univers de pouvoir et il est bien normal de l'accepter, il faut faire confiance. Mais ce constat posé, F. Defraîne met l'accent sur l'importance de l'empathie : se mettre à la place de l'utilisateur de soin.

Il est impossible à ce stade de définir exactement la façon dont se déploie le prosélytisme dans les soins de santé, quelles sont ses mécaniques et ses caractéristiques. Mais la démarche du colloque d'ouvrir la discussion et le travail pour objectiver la question, ont du mérite. En tant qu'enseignant depuis une quinzaine d'années, F. Defraîne témoigne du changement de profil de son auditoire et comment la religion y occupe un espace grandissant. Il souligne la difficulté croissante d'y aborder les questions éthiques. Si les étudiants ne réalisent pas que le patient a le droit de décider pour lui-même, il est urgent de s'interroger sur la capacité des futurs professionnels à respecter le libre-arbitre de l'utilisateur. On est aussi en droit de s'interroger sur la capacité du système à assurer l'accessibilité et la continuité des soins face aux clauses de conscience qui se multiplient. Le sociologue conclut par l'urgence d'informer la société et former les professionnels, car les considérations spirituelles ne devraient pas intervenir dans les éléments scientifiques. Que ce soit du côté de l'éthique ou de l'épistémologie, il est essentiel de créer des outils pour ceux qui forment les acteurs de demain et ce, afin d'encourager le libre-arbitre et l'esprit critique dès le plus jeune âge. Parler du sujet de la neutralité et du prosélytisme, aussi difficile soit-il, ne devrait pas gêner : c'est une nécessité et particulièrement dans les formations initiales. F. Defraîne termine en pointant que l'objectif des enquêtes sur le prosélytisme n'est pas de démontrer à tout prix de son existence. Peut-être, et c'est souhaitable, les prochains résultats démontreront

qu'il n'y a aucun problème. Mais pour cela faut-il encore accepter de penser la question, de la conceptualiser et d'ouvrir sans tabou la discussion.

### MAIS QUI EST L'ACCOMPAGNANT LAÏQUE ? ...

Andrée Poquet, Présidente du Service laïque d'Aide aux Personnes, clarifie le rôle de l'Accompagnant laïque. L'AL dépend exclusivement du SLP qui a pour mandat de former et d'accréditer les accompagnants, ainsi que de coordonner cette assistance laïque dans tous les types de structures de soins et à domicile.

La circulaire De Saeger (1973) reconnaît la place de toutes les religions et de l'accompagnant laïque au niveau des structures et définit bien le cadre des interventions. A la différence des accompagnants spirituels, l'AL manifeste sa présence auprès de la structure de soins et non directement a contact du patient. C'est logiquement la structure de soins transmet l'information spirituelle et contacte le représentant demandé pour éviter tout prosélytisme. Cette différence engendre une méconnaissance des AL.

La présidente du SLP décrit l'AL comme le tiers, l'électron libre qui dans la structure, appréhende les craintes, les inquiétudes, les pertes, le deuil, ou l'injustice face à la maladie... L'essentiel du travail est individuel, mais se fait aussi, et c'est à encourager, en synergie avec des officiants du culte. Les aumôneries manifestent cependant un certain étonnement et s'interrogent sur ce qu'un patient avec des convictions religieuses peut chercher auprès d'un AL. A. Poquet répond sur le ton de la boutade « *Mais ils me demandent tout ce qu'ils n'osent pas vous demander, tout croyants qu'ils sont !* ».

Ce colloque est un point d'ancrage conclut A. Poquet. Les pistes à creuser s'identifient et le besoin de toutes les forces vives est évident.

## CONCLUSION

Benoît Van Der Meerschen, Secrétaire général du Centre d'Action Laïque, conclut cette journée de travail. C'est une amorce, un effort qu'il va falloir amplifier de manière à pouvoir étayer scientifiquement la problématique.

Le prosélytisme n'est pas une notion définie et réglementée par un texte de droit, mais il n'y a pas pour autant un vide juridique. La jurisprudence de la Cour européenne lorsqu'elle condamne le prosélytisme, parle de « *prosélytisme abusif* » et met en évidence ce côté « *de mauvais aloi* » lorsqu'il est exercé sur « *des personnes en situation de détresse ou de besoin* ».

Les soins de santé sont la mise en œuvre concrète de notre principe suprême d'égalité. Ils ne discriminent pas, ils soignent. Que les structures de soins soient publiques ou financées par de l'argent public, l'État doit assurer les droits dont ceux de l'accessibilité et de la continuité des soins mais aussi, ceux dont jouit chaque patient. Le projet de loi qui revisite cette législation est déposé par le Ministre de la Santé et des affaires sociales, Frank Vandembroucke, au Parlement fédéral. Il cite le dernier paragraphe de l'article 5 : « *Le professionnel des soins de santé respecte la dignité humaine et l'autonomie du patient et tient compte des objectifs et des valeurs de ce dernier* ». Cette loi devrait certainement être votée et même précisée et discutée dans les débats parlementaires.

Le Secrétaire général achève les exposés en soulignant que la neutralité garantit un service offert à tous sans discrimination. Et rappelle que cette part d'effacement de ses propres convictions attendue des soignants est nécessaire pour assurer l'autonomie du patient, maître de son destin jusqu'au bout. La laïcité est un prérequis pour faire société.

Sarah BURETTE (SLP), Lucie BARRIDEZ (CAL)

Correspondance : lucie.barridez@laicite.net et sarah.burette@gmail.com