



## Service Laïque de l'Aide aux Personnes



[www.aidemoralelaique.be](http://www.aidemoralelaique.be)



[slp@laicite.be](mailto:slp@laicite.be)

# FAIRE SOCIÉTÉ : LA NEUTRALITÉ AU SERVICE DE LA QUALITÉ DES SOINS

ACTA - **Colloque** : « Lutter contre le prosélytisme dans les services de santé - La Neutralité au service de la qualité des soins »

**Le 28 novembre 2023**

**CENTRE D'ACTION LAÏQUE**

Auditorium des Moulins de Beez  
Rue du moulin de Meuse 4, 5000 Namur



## TABLE DES MATIERES

- « Faire Société... » - Présidence du Centre d'Action laïque
- Petit Rappel... Qui est l'Accompagnant laïque ?  
- Présidence du Service Laïque de l'Aide aux Personnes

I. Introduction .....	6
II. Neutralité et Prosélytisme, deux concepts à définir .....	7
III. La liberté de choix des patients et l'épreuve des organisations de soins, un point de vue sociologique .....	13
IV. Présentation des résultats de l'enquête « Prosélytisme dans les services de santé », enquête du Centre d'Action Laïque et du Service Laïque d'Aide aux Personnes.....	17
V. Conclusion du Secrétaire Général du Centre d'Action Laïque.....	27



● **Véronique DE KEYSER** Présidente du Centre d'Action Laïque  
& **Andrée POQUET**, Présidente du Service Laïque d'Aide aux personnes

Le grand axe de la Convention laïque est centré sur « Comment faire **Société** ». Et lorsqu'on parle de faire Société, bien sûr la Santé et la qualité de vie apparaissent naturellement. La santé est un point reconnu par la Déclaration universelle des droits de l'homme, et cela depuis 1948. Pourtant il faut faire le douloureux constat des carences qui existent encore en termes d'accessibilité aux soins. En tant que mouvement laïque nous sommes évidemment partie prenante dans le combat qui lutte pour plus d'égalité et pour la liberté de chacun d'entre nous.

L'intérêt de la convention s'articule également autour de la Loi relative aux Droits des Patients qui fête ses 20 ans. Profitant de cette date clé, le ministre des Affaires sociales, Frank VANDENBROUCKE, a alors annoncé son désir de faire un nouveau projet de loi. A ce titre, Jacqueline HERREMANS, avocate au barreau de Bruxelles (membre du conseil d'administration du SLP (Service Laïque de l'aide aux Personnes), Coprésidente de la Commission fédérale de Contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Membre du Comité consultatif de bioéthique, Vice-présidente de la Commission des droits du patient) a été nommée par le ministre en tant qu'experte pour rédiger cette nouvelle mouture ou plutôt cette mise à jour nécessaire sur les droits des patients.

La cellule stratégique du CAL (Centre d'Action Laïque) travaille depuis un certain temps sur ce nouveau projet de loi : organisation de MIDI PIL — donc un point info laïcité — qui a permis de croiser les regards sur le droit fondamental à la santé avec les différents intervenants politiques. Les débats ont axé la priorité sur le patient, c'est-à-dire que le parcours du patient est envisagé dans son entièreté, de la prévention au curatif, jusqu'à la revalidation. Il est en effet plus que temps de quitter cette image du patient-personne malade, et enfin placer le patient d'une manière dynamique, au centre de son fameux trajet de soin.

Dans le cadre de son mémorandum, qui a pour objectif de sensibiliser tous les politiques, le CAL met la lumière sur deux questions essentielles que nous garderons à l'esprit au cours des réflexions. Premièrement, comment réhabiliter le Service Public ? Et deuxièmement, comment assurer la Neutralité des Services de Santé, notamment par le biais des travailleurs qui y sont engagés ? Alors, bien sûr, nous savons qu'en Belgique les structures sont libres, elles peuvent se revendiquer d'être de confession catholique par exemple, mais la qualité des soins doit être corrélée à une approche neutre, pour assurer le respect de toutes les convictions philosophiques et religieuses des patients qui y sont soumis.

Depuis un certain temps le SLP est interpellé par les commentaires qui remontent de ses accompagnants laïques sur le terrain : « *Mais les gens ne sont pas entendus* », « *ils ne sont pas pris dans leur réalité philosophique et religieuse* », « *on nous raconte plein d'affaires...* », etc. De l'écoute de ces récits nous avons décidé de travailler plus objectivement à la lecture et l'analyse de tous ces témoignages de terrain. Les résultats furent présentés lors du colloque du 28 Novembre 2023 et nous allons tâcher de vous exposer les réflexions menées dans ce livret. Il ne s'agit à ce stade que d'un ancrage mais qui va néanmoins nous permettre de porter le travail sur un terme plus long. Prévenir le prosélytisme est une lutte de tous les jours, et assurer la neutralité dans les structures de santé, est un combat qui nous tient à cœur.



### Petit rappel... Mais qui est l'Accompagnant laïque ?

Avant de développer nos réflexions menées, une petite rappelons qui est l'accompagnant laïque (AL).

L'accompagnant laïque dépend exclusivement du *Service Laïque de l'aide aux Personnes*, qui a pour mandat de former et d'accréditer les accompagnants. Celui-ci coordonne l'assistance laïque dans tous les types de structures de soins mais aussi à domicile.

C'est toujours la circulaire De Saeger (1973), qui reconnaît la place de toutes les religions et de l'AL au niveau des structures, et définit bien le cadre des interventions.

A la différence de certains accompagnants spirituels, l'AL répond aux appels des patients, et manifeste sa présence auprès de la structure de soins. En effet, c'est logiquement à la structure de soins que revient de transmettre l'information aux usagers, et contacter au besoin le représentant demandé et éviter ainsi tout prosélytisme. Cette différence d'approche engendre une méconnaissance des AL en regard des représentants de cultes qui frappent littéralement aux portes des patients.

L'AL peut donc être le tiers, l'électron libre, qui dans la structure de soins appréhende les craintes, les inquiétudes, les pertes, le deuil, ou l'injustice face à la maladie... L'essentiel de son travail est individuel, mais il peut se faire aussi, et c'est à encourager, en synergie avec des officiants du culte. Les aumôneries manifestent parfois un certain étonnement et s'interrogent sur ce qu'un patient avec des convictions religieuses peut bien chercher auprès d'un AL... ? Réponse sur le ton de la boutade... « *Mais ils nous demandent tout ce qu'ils n'osent pas vous demander, tout croyant qu'ils sont !* ».

Nous verrons dans les résultats des enquêtes que les pistes à creuser s'identifient, notamment sur la méconnaissance des AL. Le besoin de toutes les forces vives est évident !



## INTRODUCTION

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 leur 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 de même qu'à 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 n'oublions pas que 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 CAL et le SLP ont initié une première enquête accompagnée d'une journée d'étude sur le prosélytisme dans les services de santé** et dont nous vous rendons compte dans ce livret. 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, maître-assistant en philosophie à la HE2B**  
(Haute École Bruxelles-Brabant)

« C'est ajouter au malheur du monde que de mal nommer les choses », Albert CAMUS

« Les frontières de mon langage sont les frontières de mon monde ». Ludwig WITTGENSTEIN  
(*Le Tractatus*)

Deux citations pour nous rappeler l'importance de bien nommer les choses. Car la langue et les concepts que nous utilisons vont avoir un impact sur le monde et sur comment on le construit. Sachant cela, il est évidemment nécessaire de clarifier des concepts aussi compliqués que Neutralité et Prosélytisme, pour nourrir la réflexion. Alors commençons ce chapitre en renversant la phrase d'Albert CAMUS par : « **C'est ajouter au bonheur du monde que de bien nommer les choses** » ... Plutôt que d'être toujours dans le malheur, dirigeons-nous vers quelque chose de plus positif. Parce que oui, la complexité peut être belle. La beauté n'est pas exclusivement le fait de la simplicité.

● Premier concept, **La Neutralité.**

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. Lorsque l'on parle de neutralité, on entend souvent « la neutralité, ça n'existe pas », « la neutralité, c'est inatteignable », « la neutralité, c'est le plus sanguinaire de tous les camps » ; Ou encore un ancien prix Nobel de la paix qui déclarait par ailleurs que « *lorsque l'on est neutre dans une situation d'oppression, c'est que l'on a choisi le camp de l'agresseur* ». Bref, on a l'impression qu'il y a, dans le débat public et dans la conscience collective, l'idée que la neutralité est un terme négatif finalement. Et, donc placer ce concept dans les structures de soins ou dans le monde éducatif par exemple, est extrêmement embarrassant et on préférerait éjecter l'idée d'entrée de jeu. Et pourtant... la neutralité est un outil qui a bien des vertus si le concept est défini avec clarté.

Étymologiquement le mot Neutralité vient du latin : « *Neutralitas* », « *Neutralis* », soit « Ne », qui est une négation et « *Utrum* » qui veut dire « quelque chose ». Autrement dit, c'est « l'absence de quelque chose ».

Nous définirons donc la Neutralité comme « la qualité de ce qui ne produit pas d'effet » (un goût neutre ne va pas produire d'effet particulier dans votre bouche, etc.).

Évidemment, il apparaît comme étant paradoxal d'appliquer la neutralité à des sujets essentiels comme par exemple celui de l'éducation : une éducation qui ne produirait pas d'effets, ça n'aurait pas beaucoup d'intérêt. Et on peut faire le même constat s'il s'agit de l'aide aux personnes : si je dois aider les gens sans produire d'effets, ça n'a pas beaucoup d'intérêt non plus.

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. Cela signifie que l'intensité de l'effet produit par une chose sera fonction de la situation dans laquelle il est produit. Selon le contexte, une chose produira des effets ou non de la même façon qu'une substance chimique se comportera différemment en fonction du soluté dans lequel on la plonge. Si on applique cette relativité contextuelle aux relations humaines, on remarquera que selon les contextes culturels ou historiques, certaines choses vont apparaître comme produisant un effet et dans d'autres cas vont être considérées comme tout à fait « normales » (si on peut utiliser ce terme-là). Et de ce fait la neutralité est donc un enjeu éminemment politique puisque selon les époques, les contextes historiques, sociologiques et politiques, on la défendra d'avantage ou moins.

Jean Jaurès établissait « *Il n'y a que le néant qui soit neutre* », ou autrement dit, il y a toujours quelque chose qui produit des effets. On peut lui opposer Hannah Arendt qui au contraire pensait que « le néant ou le vide de la pensée, ça produit des monstres ». Ce qui signifie que même le néant produit des effets néfastes.

La relativité contextuelle posée, on comprend que la neutralité va s'inscrire dans un cadre. « On est neutre dans un certain cadre ». La question des soins de santé qui nous intéresse est balisée par un cadre juridique. Si on aborde par exemple le principe fondamental du consentement libre et éclairé du patient cela signifie que notre neutralité devra s'inscrire dans le respect de la liberté du patient de choisir les traitements qu'il souhaite avoir ou non. Si on applique cette notion de neutralité à la question de l'éducation, l'éducation va offrir un cadre, par exemple un cadre d'émancipation vers l'autonomie, et notre neutralité devra alors s'inscrire dans le fait de ne pas empiéter sur cette autonomie-là. Le lien est évident entre les deux situations : le point qui nous préoccupera de manière fondamentale dans une attitude neutre, ce sera le respect de l'autonomie de la personne. 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. Par ailleurs, les autorités se doivent également de garantir par des garde-fous le libre-arbitre et l'autonomie des individus. Il y a donc un double mouvement : on doit laisser l'autonomie et en même temps, on doit mettre en place des garde-fous qui permettent de la garantir. L'objectif visé étant encore une fois l'autonomie de tous les individus.

En Belgique les soins de santé sont balisés par un cadre formel et juridique dans lequel la neutralité des praticiens et des usagers doit s'inscrire. Ceci engendre des implications pour les acteurs de la santé supposés adopter une attitude neutre.

Pour analyser ces implications, divisons la neutralité en 3 catégories, non pour des raisons

politiques ou philosophiques mais par cohérence avec la notion de prosélytisme qui va suivre : la neutralité d'apparence – la neutralité des propos – et la neutralité des actes.

Notons que l'apparence tient à deux caractéristiques : d'une part ce qui fait partie de nous et sur lequel nous n'avons aucun pouvoir et d'autre part l'apparence qu'on se donne au travers nos choix (vestimentaires, coiffure, tatouages, bijoux... par exemple). Évacuons de l'équation ce qui ne dépend pas de nos choix pour une simple raison : si une personne est de petite taille, on ne peut pas faire preuve de prosélytisme pour la pousser à grandir, ça ne fonctionnera pas. On peut essayer de toutes nos forces, ça ne marchera pas ! En revanche, nous pouvons potentiellement exercer par notre apparence une influence sur notre environnement. Et on peut évidemment questionner ces éléments de l'apparence.

La *neutralité d'apparence* concerne donc la manière avec laquelle nous choisissons de nous présenter au monde. C'est bien un acte et cela doit être considéré comme tel. On peut évidemment discuter des nuances qu'il convient d'apporter sur ce qui détermine une apparence neutre, mais le choix de notre apparence n'en reste pas moins un acte.

La *neutralité des propos* tient à 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. Elle nous oblige à nous appuyer sur les faits, à essayer de les présenter de la façon la plus objective possible. Dès qu'il y a des divergences, elle oblige aussi à présenter la pluralité des convictions et des opinions sur une situation donnée, ainsi que leurs motivations, l'objectif central étant que l'individu avec lequel nous travaillons puisse faire ses choix en toute autonomie de la manière la plus éclairée possible. Ça nous oblige, nous, à faire l'effort de ne pas chercher à présenter la situation en fonction de nos propres convictions, de nos propres préférences et de nos propres tendances. Ça nous oblige donc à une forme d'équidistance et d'impartialité dans la présentation qui ne nous empêche pas, à titre individuel, d'avoir nos idées et nos convictions.

La posture de neutralité d'une personne implique donc l'acceptation d'une forme « d'effacement » d'elle-même, qui évidemment ne lui retire en rien sa liberté de penser. 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/élève et donc de l'acte de soin/ enseignement. Un exemple frappant pour les enseignants en formation : « *Si jamais vous êtes quelqu'un de très impatient et de colérique, ça fait partie de votre identité, mais par contre, on va vous demander de neutraliser ce trait de caractère quand vous travaillez avec vos élèves... Pourquoi ? Parce que ça va complètement polluer l'acte éducatif et ça va empêcher l'émancipation et l'autonomie de vos élèves. Eh bien, il en va de même avec nos convictions. Nos convictions, potentiellement, peuvent polluer l'émancipation et l'exercice de l'autonomie pour nos élèves* ».

Comme l'apparence, les propos sont donc des actes puisqu'ils ont un impact, ils produisent des conséquences. C'est le principe du langage performatif : lorsque je parle, j'agis.

La posture de neutralité d'une personne est donc complètement tributaire de ses actes et va dès lors se référer aussi à la nécessité que les actes qu'elle pose respectent l'autonomie et la liberté de ses collègues. Il s'agit vraiment d'une posture que l'on va adopter et qui place l'autonomie de la personne pour ou avec laquelle nous travaillons, au centre, nous obligeant d'une certaine façon à nous neutraliser et à neutraliser certains aspects de nos convictions.

**La neutralité se définit de facto, comme une posture qui place l'autonomie de l'individu au centre des préoccupations.**



### Second concept, **Le Prosélytisme.**

Définir le prosélytisme est toujours une question assez compliquée, notamment car elle est souvent mise en regard d'une valeur essentielle : la liberté d'expression.

Démarrons à nouveau de l'étymologie. Le terme vient du grec « proselutos » et signifie « le nouveau venu » ou « l'étranger qui s'attache à une cause ». Donc cela renvoie bien à cette idée qu'il faut chercher à attirer de nouveaux adeptes, à convaincre les gens que notre façon de concevoir le monde est la bonne. Le terme *proselutos* se retrouve d'ailleurs dans *La Septante*, donc dans la traduction grecque de La Bible, où il désigne « un converti » ou « l'étranger qui va rallier la foi juive ».

Évidemment, cette définition-là engendre un nombre important de conséquences sur les plans historique, sociologique et philosophique parce que cela pose la question centrale des rapports humains. Sur la question sociologique, on peut s'interroger sur le besoin et les raisons d'appartenance, le besoin de se rallier à un groupe, mais aussi sur la nécessité pour la communauté de recruter de nouveaux membres ou adeptes... **quel sens pour faire société ?**

Cette question c'est celle de la solidarité sociale et elle est posée par DURKHEIM : « Qu'est-ce qui va faire le ciment d'une société ? ». On peut répondre que le rassemblement autour de valeurs communes, la solidarité sociale, cela cimente une société. Alors chercher à rassembler autour de ses propres valeurs fait sens...

L'exercice se complique dans une démocratie libérale avec une approche laïque qui ont fait de la liberté le ciment de la société. Il est en effet beaucoup plus compliqué de faire de la liberté le ciment d'une société car la liberté a tendance à générer la pluralité et donc, potentiellement, aussi, une forme de diversité qu'il est parfois compliqué à appréhender.

Ceci nous montre que le prosélytisme va prendre plusieurs formes. On connaît le prosélytisme religieux, mais dans une société démocratique va se poser évidemment la question du prosélytisme politique et il s'agit d'un élément important de la démarche

démocratique. En effet, que font les partis politiques si ce n'est chercher à convaincre que leur vision du monde est celle qui mérite d'être défendue ?

Tout cela pose finalement la question du rapport que l'individu entretient avec sa propre liberté. Sa liberté de choix va être restreinte face à tous les enjeux sociaux et oppressions que toutes les communautés auxquelles il appartient, à commencer par sa première communauté, mais aussi toutes les autres vont mettre sur lui. En tant qu'humaniste et laïque, nous cherchons tous à développer l'autonomie chez les individus, chez les jeunes, mais également à la garantir chez les adultes, et chez les personnes âgées en particulier, où cet enjeu est extrêmement présent.

Prenons un exemple. Au moment où la question du port des signes convictionnels pour les fonctionnaires à la *Société de Transport Interrégional Bruxellois (STIB)* a « éclaté » dans la presse, la question qui a été très rapidement posée n'était pas tant la question du port des signes convictionnels pour les agents, mais plutôt la question du prosélytisme interne qu'il pouvait y avoir au sein de la STIB. Une enquête a été mise en place par la direction de la STIB pour essayer de mesurer le phénomène en interne. Ce qui est intéressant, c'est que dans le journal *Le Soir*, Vincent DE COOREBYTER, s'est fendu d'une carte blanche pour expliquer qu'il était extrêmement compliqué de différencier la liberté d'expression et donc la liberté de chaque individu d'exprimer ses opinions, et de les répandre par tout moyen possible, ce qui est une liberté fondamentale des individus, avec la notion de prosélytisme. C'est le nœud du problème en effet : être capable de distinguer une position dans laquelle j'exprime simplement mon opinion ou mes idées, ou bien dans laquelle je suis dans une démarche prosélyte... Échange de points de vue ou attitude prosélyte : où placer le curseur ?!

Plusieurs critères permettent de se repérer, mais ceux-ci seront toujours sujets à interprétation et à discussion, évidemment.

Notons d'abord la question de l'*intention*. Lorsque j'exprime une idée ou une opinion, je ne suis pas nécessairement dans l'intention de convaincre mon interlocuteur que j'ai raison. Je peux être simplement dans la diffusion et dans le partage de quelque chose. Lorsque l'on est dans une démarche de prosélytisme, notre intention est très clairement dirigée vers le fait de convaincre et de faire adhérer l'autre à notre opinion. Donc il y a déjà une intention qui est différente entre exprimer une opinion et chercher à faire adhérer les autres.

Le deuxième élément qui différencie la liberté d'expression du prosélytisme, c'est la question de l'inclusivité ou de l'exclusivité. Lorsque l'on est dans une démarche de liberté d'expression, on est capable d'inclure dans une discussion des opinions qui sont contraires, différentes, nuancées par rapport à la nôtre. Dans une démarche prosélyte, la démarche vise à exclure les autres opinions et les autres champs du débat pour ne finalement permettre l'émergence que d'une seule façon de penser (celle que l'on cherche à imposer ou en tout cas, à laquelle on cherche que notre/ nos interlocuteur(s) adhèrent).

On identifie l'impact de ce rapport inclusivité/exclusivité sur le respect de la diversité,

sur la question du respect des opinions divergentes. Donc la capacité de comprendre des opinions contraires à la nôtre, 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*. Dans une utilisation adéquate de la liberté d'expression — « adéquate », c'est-à-dire conforme au droit — on va s'exprimer de manière pacifique. On va être dans un échange respectueux des idées. Une méthode prosélyte, va quant à elle viser de manière beaucoup plus agressive à convaincre. Il y a un aspect qui est très présent dans la question du prosélytisme, c'est la répétition. Généralement, la démarche prosélyte cherche et répète son action jusqu'à ce que les personnes capitulent et y adhèrent. On ne s'exprime pas juste une fois, on va chercher absolument, par la répétition et par tous les canaux de communication possibles (communication verbale, non verbale, écrite, orale, vidéo, etc.) ainsi que par toutes les méthodes possibles à faire avancer le même sujet. Là où normalement, dans un cadre de liberté d'expression, on peut évidemment utiliser tous ces mêmes canaux, on ne le fera pas avec la même intention et avec la même intensité ou la même répétition. Voici donc un autre critère qu'il faut pouvoir nuancer.

Finalement le dernier élément est un petit peu la synthèse des précédents. **La liberté d'expression est un droit humain universel. Aussi, si on se revendique ce droit cela implique nécessairement de reconnaître à l'Autre, cette même liberté...**

On comprend évidemment pourquoi la neutralité et le prosélytisme dans ce cadre-ci ne font absolument pas bon ménage. Et la neutralité est ici, un outil qui permet d'éviter que les actions prosélytes diminuent l'autonomie des individus, leur liberté, leur consentement éclairé, notamment dans les soins de santé.



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

● **Fabian DEFRAINE**, enseignant-chercheur à l'École de Santé publique de l'ULB

Pour aborder la question du prosélytisme au sein des organisations de soins, commençons par poser 3 éléments importants. Le premier c'est le constat que de nombreuses institutions de santé et de professions paramédicales trouvent leurs racines dans la religion, et particulièrement dans une des religions monothéistes. Le second, est que le fait religieux monte. Et dans notre société un individu peut se sentir pris en étau entre le respect de ses convictions personnelles et l'instrumentalisation des religions. Le troisième élément consiste à recevoir et additionner toutes les anecdotes personnelles et qui se pensent « uniques », qui témoignent d'un malaise relevant d'une forme de prosélytisme dans une situation de soins. Quand les exceptions se cumulent elles ne sont plus vraiment exceptionnelles...

Pour répondre à la question que produit l'effet du prosélytisme sur les patients, sollicitons l'étude « *Asiles* » de Erving GOFFMAN (4 essais parus aux USA en 1961). Portant sur la condition sociale de 17.000 patients en psychiatrie (imaginons 17.000 patients ! on pourrait carrément parler d'usine psychiatrique...), ce sociologue s'est posé la question de savoir ce que l'institution psychiatrique faisait aux patients, quel effet pouvait avoir l'enfermement ? Et il en a sorti le concept suivant : la fameuse « *institution totale* ». Il faut bien visualiser qu'il s'agit là d'institutions extrêmement privatives d'autonomie, soit très fortement « totales », comparables à la prison (autre exemple d'institution totale). On pourrait classer les institutions de façon générale selon ce gradient de règles et de degré d'autonomie ; le curseur appliqué donnerait des degrés très variables et si on cite des exemples : l'école est un peu totale puisqu'on suit un rythme des règles (et heureusement) relativement strictes mais néanmoins incomparables au degré d'un couvent ou d'une caserne militaire.

Ceci permet donc de visualiser ce concept et l'utiliser pour analyser la liberté de choix d'un patient au sein des structures de soins. Rappelons-nous la période de covid par exemple et réalisons que nombre de Maisons de Repos et de Soins (MRS) furent assimilables à des institutions totales pour les résidents qui ne pouvaient ni en sortir, ni y recevoir de visites. Alors posons-nous la même question et envisageons ce que cela a pu produire comme effet sur les individus qui y résidaient... Sans aller aussi loin, mettons-nous à la place du malade dans un lit d'hôpital : inconfort permanent, intrusion dans la chambre, peu voire aucune intimité, temps d'attente, frustrations, repas imposés, incapacité de s'occuper de sa toilette, ... et la blessure de voir son identité

réduite à la condition de malade. Soit dès lors une perte d'autonomie en regard de laquelle les possibilités de résistance sont extrêmement faibles. Goffman a appelé ces traitements et restrictions qui sont imposés au patient (ici en raison de la maladie) des « mortifications », qu'il définit comme des « *violations du moi intime subies par le patient* ». Celles-ci s'apparentent à de la dépersonnalisation, de la perte d'autonomie, voire se situent à la limite de l'embrigadement.

Cette étude fut sans doute la première à s'intéresser au point de vue et au vécu du patient, et grâce à celle-ci se pose l'hypothèse que la vulnérabilité de santé a tendance à invisibiliser les « mortifications ». En effet, la maladie, le handicap, la vulnérabilité donc, réduisent parfois significativement les possibilités de résistance. Si on est épuisé par la douleur au fond d'un lit, trouver la force pour défendre ses droits, même fondamentaux, peut s'avérer de l'ordre de l'impossible. Il y a une forme d'abandon dans la souffrance... Et si on ajoute à cela l'isolement, la solitude, l'absence de famille ou d'amis pour identifier et relever un problème, les possibilités de résistance pourraient potentiellement devenir inexistantes. La question de savoir si le prosélytisme relève d'une forme de mortification chez certains patients peut dès lors être posée.

Attirons par ailleurs l'attention sur l'évolution du concept de « Santé » et de la place du patient dans son parcours de soins. Autonomie et Libre-arbitre sont de vraies questions en matière de santé et celles-ci sont le fruit d'une histoire dont on situera le début au sortir de la seconde guerre mondiale. Dans les années 1940, le concept de santé se libère de sa restriction à l'absence de maladie, on parle désormais d'un « état de bien-être ». On réfléchit à comment traiter l'information, en référence au dossier médical donc. Les sciences médicales s'étendent à de nouveaux champs, les années 1970 voient apparaître les travailleurs sociaux et le concept de « santé communautaire ». On observe deux événements simultanés : la possibilité d'une critique de la biomédecine et du modèle paternaliste et l'apparition de collectifs de patients pour interpellier l'État sur leur pathologie (VIH par exemple). Les groupes de *self-help* donc, mais aussi le phénomène d'individualisme contemporain (pas nécessairement négatif par ailleurs) ont fait monter les revendications en puissance, offrant des réflexions sur l'*empowerment*, c'est-à-dire sur l'autonomie et la responsabilisation, évoluant ainsi vers un questionnement sur les droits des patients.

Et donc là voilà cette fameuse loi sur les droits du patient. C'est le texte du 22 août 2002, qui a déjà subi des « mises à jour ». Néanmoins, même si cette loi existe, une série de questions se posent malgré tout. Au Parlement wallon, un député était déjà intervenu sur la question liée à la Charte des patients de 2002. Citons ici Monsieur Marc BOLLAND, qui interpelle la ministre de l'époque : « *C'est très bien, on a maintenant une Charte des droits du patient, mais cela ne règle manifestement pas tous les problèmes et donc que fait-on des problèmes ?* ». A ce moment, il l'interpelle en effet sur la question de l'autonomie en matière d'affiliations philosophiques et religieuses : « *Que fait-on pour les éléments que la loi ne parvient pas encore à couvrir ?* », « *Que fait-on par*

*rapport à cela ?* ». Et la réponse de la ministre, qu'on ne présentera pas entièrement, nous interpelle lorsqu'elle cite Édouard DELRUELLE : « *La Belgique n'a jamais tranché la question de savoir ce qu'implique véritablement l'apparence de neutralité de l'État* ». En d'autres termes, la ministre répond par une non-réponse, et, à l'heure actuelle, il n'y a toujours aucune réponse qui permettrait aux structures de soins de s'appuyer sur des règles claires.

Abordons maintenant les inégalités sociales de santé, qui aggravent non seulement l'état de vulnérabilité mais diminuent également l'autonomie du patient. Pour comprendre comment les inégalités touchent à l'autonomie du patient et donc à la question du prosélytisme, il faut bien intégrer que celles-ci ne se résument pas au capital financier. Il ne s'agit pas seulement d'un problème d'argent qui réduit l'accessibilité à la santé. Il est indispensable de réaliser que les autres capitaux d'un individu sont tout aussi déterminants en termes d'inégalité de santé.

Le capital social pour commencer, apporte des relations et des connaissances (le fameux « réseau social ») qui sont utiles notamment pour s'orienter vers un médecin, un acteur de soins ou une institution le plus adéquatement possible. Le capital culturel est aussi essentiel, celui-ci regroupe tous les savoirs cumulés. Il s'agit de l'éducation, des codes sociaux, du vocabulaire, de la littératie, de la capacité d'expression, etc. Soit des éléments qui sont essentiels dans la compréhension d'une situation médicale qui sollicite la capacité à s'interroger, à oser et savoir formuler des questions, à s'autoriser la réflexion et prendre une décision, etc.

Dans le champ de la santé particulièrement, les médecins et les soignants ont leur vocabulaire et leurs codes propres qui échappent à la plupart des gens. La santé constitue un univers de pouvoir et il est bien normal de l'accepter évidemment, il faut pouvoir faire confiance. Mais cela n'empêche pas de souligner que cet univers peut être intimidant voire incompréhensible pour l'extérieur. Pour comprendre les difficultés qui s'ajoutent à une situation déjà anxiogène, mettons donc l'accent sur l'importance de se mettre à la place de l'utilisateur de soin dans ce contexte, et sur les possibles inégalités qui le touchent. Ici également, face à des patients manquant de l'un ou de l'autre de ces capitaux, nous sommes légitimement en droit de nous poser la question du respect du libre-arbitre face à un éventuel prosélytisme. Et donc une fois encore, en creux, surgit la difficile problématique de l'autonomie véritable des patients ainsi que leurs potentielles inégalités dans ces situations.

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 travailler pour objectiver la question, a du mérite. Lorsqu'on enseigne depuis une quinzaine d'années, on peut déjà témoigner du changement de profil des auditoires et comment la religion y occupe un espace grandissant. Ce constat permet de réaliser la difficulté croissante pour un professeur ou un éducateur d'y aborder les questions éthiques indissociables des études formant les professionnels de la santé. Lorsque des sujets comme l'EVRAS ou l'IVG

sont abordés, les enseignants font face à des levées de bouclier extrêmement fortes. Et 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 de ces futurs professionnels à respecter le libre-arbitre de l'usager mais aussi sur la capacité pour le système d'assurer l'accessibilité et la continuité des soins face aux *clauses de conscience* qui se multiplient. Il est urgent d'informer la société et former les professionnels, car les considérations spirituelles ne devraient pas intervenir dans les éléments de nature scientifique. 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 de le faire, ne devrait pas être gênant car c'est une nécessité, et particulièrement dans les formations initiales.

Pointons finalement que l'objectif des enquêtes sur le prosélytisme n'est pas de démontrer à tout prix son existence. Il est bien sûr possible que les prochains résultats démontrent qu'il n'y a aucun problème et ça ce serait merveilleux. Mais pour cela il faut encore accepter de penser la question, de la conceptualiser et d'ouvrir sans tabou la discussion...



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

- **Lucie BARRIDEZ**, philosophe et chargée d'études à la cellule Étude et Stratégie du CAL
- **Sarah BURETTE**, infirmière en Santé publique et trésorière du SLP

L'enquête menée par le CAL et le SLP sur le *prosélytisme dans les services de santé* 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. L'objectif principal, c'était tout d'abord d'interroger l'existence du prosélytisme dans les services de santé, soit simplement répondre à la question : y a-t-il du prosélytisme dans les services de santé ? Par rapport à ce premier objectif, on a aussi souhaité pouvoir mesurer les effets du prosélytisme, à la fois sur l'autonomie du patient mais également sur la qualité des soins et sur le rôle de nos accompagnants laïques. Par ailleurs, nous voulions interroger la nécessité de garantir la neutralité dans les services de santé. Au CAL, nous militons depuis longtemps pour garantir la neutralité dans tous les services publics et à cet égard, les hôpitaux, les services de santé, ne font pas exception. Enfin, le dernier objectif fixé, était d'interroger la nécessité de revaloriser le rôle des accompagnants laïques afin que ceux-ci puissent jouer un rôle clé dans la prévention et la lutte contre le prosélytisme.

Les témoignages récoltés ont mis en lumière la difficulté de lever le voile sur ce 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.

**Le premier modèle** 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 [témoignage 1].

1

« Je trouve que dans le fonctionnement des demandes d'accompagnement il y a une anomalie, dans le sens que c'est l'aumônerie qui trie toutes les demandes et donc nous dépendons de son bon vouloir et des personnes qui y sont et je vais citer un exemple récent, on me téléphone à 11h10, début du mois d'août, en me demandant d'aller avant midi voir quelqu'un. Évidemment je n'ai pas pu répondre à cette demande car la plupart des gens étaient en congés. Il aurait fallu que j'aille moi-même et je n'étais pas disponible. Donc je leur ai demandé depuis quand ils avaient cette demande et je n'ai pas eu de réponse. »

Autre exemple, dans certains hôpitaux, le seul lieu dédié à l'accompagnement (laïque, catholique, musulman, etc.) se trouve être une chapelle catholique [témoignage 2].

2

« Il y avait dans un ancien hôpital civil une petite chapelle qui était normalement réservée à tous les accompagnants, qui est devenue et qui était d'ailleurs titrée comme tel sur la porte : une chapelle. Avec tout ce qui faut pour que ce soit vraiment une chapelle. Alors moi je me souviens avoir dit un nombre inconsideré de fois, ici et ailleurs, qu'il fallait qu'on note que ce n'était pas seulement une chapelle. Ça n'a jamais été fait. C'était vraiment une chapelle, quand vous entriez, les petites chaînes, les fleurs, les petites bougies, les œuvres d'art (toutes les bondieuseries). Et puis, on a eu la chance quand cet hôpital a été renouvelé, d'avoir une cheffe infirmière qui a enfin décrété que ce serait une salle de recueillement neutre. Les seules personnes à avoir réclamé le retour de la vierge qui pour le moment est à la cave, ce n'étaient pas des patients, ce n'étaient pas des familles de patients, c'étaient des membres du personnel. [Une autre accompagnante ajoute :] Et il y a toujours un hôpital pourtant public où il y a cette chapelle, donc là on doit encore lutter pour que cette salle soit remise à neuf et devienne un lieu neutre. »



**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 [témoignage 3]. 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. [Témoignage 4]

3

« Je peux donner un exemple de prosélytisme dans l'une des maisons de repos où je fais de l'accompagnement et où une infirmière a préféré donner la priorité à quelqu'un qui est décédé, pour que son âme soit en sécurité, et en laissant tomber les résidents qui eux sont vivants et en souffrance. Concrètement elle a consacré son temps à faire la toilette du patient décédé et tout ce qu'il faut, à ouvrir la fenêtre pour que l'âme puisse s'en aller, et à faire des prières alors qu'elle était l'infirmière responsable de nuit et qu'elle devait d'abord terminer de faire ses perfusions, de donner les médicaments et de répondre aux sonnettes. En plus, elle a été incapable de donner les convictions religieuses et spirituelles de ce patient décédé car pour elle, ça se passe comme ça et pas autrement. D'abord déjà, comme elle est orthodoxe, même les catholiques ce n'est pas la bonne religion. »



4

« Une collègue qui travaillait au CAL m'avait demandé si je pouvais accompagner sa grand-mère. Sa grand-mère était une laïque convaincue, militante, etc. Et donc je l'ai accompagnée, j'allais la voir régulièrement, etc. Elle avait un cancer qui avait mal évolué malheureusement. Elle avait donc fait une demande d'euthanasie. Mais déjà à la maison de repos, il n'y avait aucune écoute par rapport à sa demande d'euthanasie. Elle a fini par être hospitalisée, dans un hôpital civil pourtant, où les infirmières mettaient vraiment LA pression pour que ça ne se fasse pas. Quand sa fille a osé aborder un petit peu le sujet, les infirmières lui ont dit : « mais vous allez tuer votre mère ! ». Un truc de fous enfin vraiment... Là c'étaient certaines infirmières et heureusement il y avait le chef de service que j'ai rencontré avec la grand-mère en disant « Madame est laïque » et bon nous avons pu être entendus. Mais ça a été très difficile pour la famille, parce que vraiment on les traitait 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 [Témoignage 5].

5

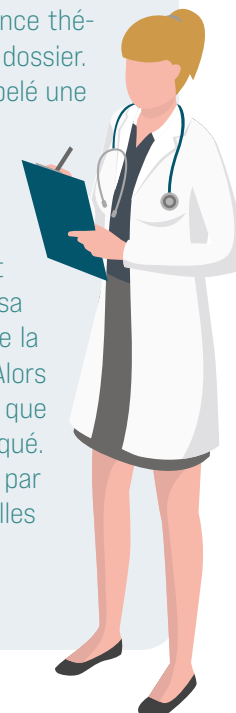


« J'ai accompagné un monsieur, qui n'était pas croyant et qui était complètement sous la dépendance de sa femme qui, elle, était croyante et donc ils étaient en conflit perpétuel. Ce monsieur avait beaucoup de mal à exprimer ce qu'il souhaitait... car en plus il avait des problèmes d'élocution, donc c'était vraiment frustrant pour lui. Sa femme était assez autoritaire, elle prenait contact avec le médecin et lui disait ce qu'elle voulait, c'est -à-dire que son mari soit transféré dans une institution catholique. Le médecin a essayé de la calmer, et essayait de comprendre un peu ce qu'elle souhaitait. Mais le monsieur, enfin selon moi, a été très peu impliqué dans son sort à lui. Il me semble... »

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. [Témoignage 6]

6

« Dans le home XXX, ils sont généralement très attentifs aux déclarations anticipées. Mais il y a eu toutefois une situation, très malheureuse, d'une patiente en fin de vie atteinte d'un cancer et qui avait bien fait sa déclaration de non-assistance thérapeutique. Le papier était bien complété dans son dossier. Mais lorsque sa santé s'est dégradée, son fils a appelé une ambulance et l'a faite embarquer à l'hôpital pour qu'il y ait un acharnement qui soit pratiqué quand même. Là, et ce n'est pas du fait de la maison de repos, c'est vraiment du fait que la famille soit passée au-dessus de sa volonté. Son fils était vraiment braqué, il n'était pas question pour lui qu'on laisse sa maman comme ça. Il n'était même pas question de la laisser partir en douceur, par sédation ou autre. Alors qu'elle avait fait une déclaration. Je me souviens que le personnel de la maison de repos a été très choqué. Suite à ça ils ont demandé qu'il y ait une information par rapport à toutes les déclarations anticipées et qu'elles soient données aux familles, aux résidents, etc. »



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 possible ces trois différentes situations-types par lesquelles les convictions religieuses des uns limitent les capacités des acteurs les plus vulnérables que sont les patients, et mettent les intervenants laïques en position minoritaire par rapport au cadre normatif d'une institution. Existe-t-il une véritable intention prosélyte derrière ces situations ? Les résultats sont encore insuffisants pour pouvoir le démontrer. Rappelons cependant la nature restreinte de l'échantillon et l'absence totale de cadre conceptuel pour visibiliser davantage le phénomène à ce stade. Le travail est à poursuivre.

Le prosélytisme est donc une question délicate mais peut-être encore plus particulièrement lorsqu'on la pose dans les soins de santé. Si sa perception reste à ce stade assez volatile, le besoin de neutralité a lui émané de façon franche. En tant qu'individu, et donc potentiel usager des soins de santé, 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. Insistons 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 fixés en les assumant de façon acceptable pour sa santé et celle de sa collectivité.

Aujourd'hui, la notion de qualité de vie est essentielle et fait partie intégrante de la définition de la santé au niveau individuel comme au niveau collectif. 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'utilisateur est *acteur de sa santé* mais également *partenaire de ses soins*.

En regardant la santé à travers ce nouveau prisme qui place l'individu comme acteur principal de sa santé, nous comprenons d'autant mieux la nécessité absolue du respect de son **libre-arbitre** et de son **auto-détermination**. Cette capacité d'adaptation, procurer davantage de maîtrise aux individus sur leur propre santé en assurant notamment leur autodétermination, ce sont des objectifs qui doivent être partagés entre les responsabilités individuelles et les responsabilités collectives. Ils devraient donc naturellement être garantis par les différents niveaux de pouvoir de notre pays, par exemple par une véritable politique de santé publique laïque.

Nous comprenons aussi qu'un partenariat ne peut naître qu'au sein d'une véritable rencontre entre le professionnel de la santé et le patient. Et c'est au sein de cette rencontre entre deux individus que le premier défi de la neutralité se joue, puisque le professionnel doit confronter sa liberté individuelle à celle de l'utilisateur qu'il soigne.

L'existence d'un véritable partenariat entre soignant et usager est malheureusement aussi tributaire de la réalité du terrain. Dans la marge des résultats présentés, les té-

moignages collationnés au cours de l'enquête ont pointé une réalité, rapportée avec beaucoup d'émotion par les accompagnants laïques, qui pointe dans le chef des médecins et des soignants des cruels manques de temps, de moyens, de reconnaissance, d'encadrement, de soutien, d'information, de formation... Les inégalités qui divisent notre système de santé peinent à faire se rencontrer la réalité du soin avec les objectifs portés par le citoyen pour sa santé...



La réalité inclut aussi la forte polarisation 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 organisée 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. On envisage donc la difficulté supplémentaire que cela représente pour les acteurs de la santé de travailler dans ce climat; et pour le patient de se voir accorder le temps de recevoir les informations, y réfléchir, s'offrir le droit à l'indécision, à changer d'avis...

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. Ce qui signifie que chacun d'entre nous, à un moment de sa vie présentera plus ou moins longtemps et intensément, une vulnérabilité. Une vulnérabilité qui le placera possiblement dans une situation inégalitaire vis-à-vis de son soignant, et dans laquelle sa volonté pourrait être éprouvée. Cette vulnérabilité aura comme conséquences pour l'individu un besoin de soins de santé de qualité conformes à ses choix, et sans doute le besoin de redéfinir sa place dans la société. Faire de l'Accessibilité une priorité c'est donc répondre au besoin de TOUS. Cela questionne la place de la fragilité dans la société. Malgré tout, 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 consciences individuelles au sein d'un établissement. Cela causerait une rupture dans la continuité des soins. **Un hôpital devrait être égal à un hôpital.**

Alors à la question «Comment porter un projet de société plus juste et solidaire dans laquelle la vulnérabilité de chacun pourrait être prise en considération, et dans laquelle l'auto-détermination serait entendue et respectée?», nous souhaitons répondre que la réponse DOIT venir de l'État. La mission institutionnelle de notre société démocratique est de veiller au respect et à l'application des lois qui garantissent aux patients des droits et un espace de liberté. Elle devrait donc répondre au besoin d'Accessibilité à tous les soins, et au besoin d'accéder à l'Autonomie. Et face à ce défi éthique, au sein de notre société à la fois cosmopolite et multiculturelle, nous devons mesurer les enjeux de la neutralité et d'une **politique de Santé publique Laïque** pour garantir ces libertés... pour FAIRE SOCIÉTÉ!



## CONCLUSION

● **Benoît Van Der Meerschen**, Secrétaire général du Centre d'Action Laïque.

Formuler qu'il était temps aujourd'hui de sortir de «l'impensé», est certainement un bon résumé de ce que nous avons essayé de faire par ce travail de réflexion, de façon constructive, en ouvrant des pistes. Il faut donc l'envisager comme une amorce, un effort qu'il va falloir amplifier de manière à pouvoir objectiver davantage la problématique du prosélytisme.

Revenons au point de départ qui a initié ces réflexions. La volonté du **Service Laïque d'Aide aux Personnes** de se pencher sur cette question est partie d'une interrogation essentielle et souvent oubliée dans les débats sur la santé : «*Mais de qui parle-t-on au départ?!*». Et en évoquant la personne du patient, rappelons que nous parlons d'une personne qui se trouve en état parfois de très grande vulnérabilité. De par le rythme des soins imposé par l'institution dans laquelle il se trouve, l'individu sort d'un temps normatif de la société alors que la vie à l'extérieur, elle, continue. En somme, lorsqu'on est patient, on devient, quelque part, un objet de l'institution, de l'institution totale, avec une logique de dépersonnalisation et tous ces codes auxquels il faut arriver à se faire alors que personne n'est sans doute armé pour vivre une telle histoire. Il faut donc penser à tout cela lorsque l'on évoque la situation dans des institutions, à cet inconfort permanent, les intrusions du personnel dans sa chambre, le fait que l'on ne peut même pas décider du menu de son repas, des temps d'attente et de frustration, avec en plus ce qui reste toujours aussi extrêmement délicat, le fait que, dans le regard extérieur, on n'est plus perçu que comme un malade, ce qui constitue une blessure qu'il est parfois difficile de surmonter.

Ce travail est une prémisse. Mais notons cependant que si le **Centre d'Action Laïque** a voulu traiter ce thème, c'est que notre inquiétude face à la montée en puissance du fait religieux, n'est pas nouvelle. En regardant juste cet automne 2023, nous pouvons déjà évoquer des écoles brûlées ou du moins des tentatives, quatre à Charleroi, deux à Liège, les événements dramatiques du 13 octobre à Arras, et ce qu'il s'est passé place Saintelette à Bruxelles le 16 octobre. Et tout cela découle d'éléments religieux. Soyons de bon compte, le droit à la religion, à ses convictions, est fondamental! Le danger survient évidemment lorsque l'idéologie tourne à l'extrémisme, voire identitaire. Car cela rend aveugle aux dégâts que l'on peut faire, sourd à toute critique, et malheureusement pas muet (ça nous ferait des vacances). De manière générale, il y a souvent une bagarre à la clé lorsque l'on parle religion... On peut rebondir sur la boutade de Fabian Defraigne lorsqu'il a cherché athéisme et santé dans son moteur de recherche et sa surprise de voir apparaître «l'athéisme, une maladie mentale» dans les premiers résultats! Rappelons qu'il n'y a pas si longtemps, l'Association belge des athées sortait

une courte étude sur la difficulté d'être athée dans les écoles bruxelloises. Donc on peut en rire mais à un moment donné, il faut comprendre que c'est une réalité qui peut parfois être vécue par des personnes fragiles là aussi, à savoir par des enfants.

De manière plus spécifique, la question des soins de santé est plus complexe parce que dès que l'on parle de santé, de fin de vie, de mort, on se situe, quelque part, dans le pré carré des religions, mais aussi de la médecine, qui, avec tous les progrès qu'elle fait, vise à repousser la mort et assurer une meilleure santé. Alors, on a ces remontées de terrain, ce sentiment diffus, ce besoin de vérifier et, surtout, un besoin d'objectiver... et si au terme de nos recherches on aboutit au constat qu'on se trompe : tant mieux. Oui, s'il n'y a pas de problème, tant mieux ! Néanmoins, après cette matinée, après cette enquête, ce n'est pas le sentiment envers lequel nous penchons pour l'instant. Et le choix du titre « le prosélytisme... », nous en avons également parlé, même si ce prosélytisme n'est pas une notion définie et réglementée par un texte de droit, que ce soit national ou international, cela ne signifie pas pour autant qu'il y a un vide juridique. Il y a en réalité des droits dont on dispose. Le droit à avoir des convictions, fussent-elles religieuses, et dans notre for intérieur, il ne faut y voir aucune de limitation à cet égard. Et le droit de manifester nos convictions qui, lui, peut évidemment subir des limitations (même si, puisque la liberté est d'avoir des convictions religieuses et de pouvoir en changer, on peut comprendre que le droit de manifester sa religion inclut aussi la volonté de convaincre quelqu'un d'en adopter une autre... mais avec « modération »). La grande difficulté est de savoir où on place le curseur. À cet égard, nous avons reçu quelques critères pour nous aiguiller, comme l'intention, l'inclusivité/exclusivité, et le fait d'être attentif aux méthodes. Ce que nous dit la jurisprudence de la Cour européenne lorsqu'elle évoque le prosélytisme et qu'elle le condamne, elle parle de « **prosélytisme abusif** » ou « **de mauvais aloi** », et elle met en évidence ce côté « *de mauvais aloi* » quand il y a certains critères comme le fait de promettre des avantages matériels ou sociaux ou d'exercer une pression abusive, je cite, sur « *des personnes en situation de détresse ou de besoin* ». Et là, évidemment, ça nous pose problème cette question du religieux dans la question des soins car elle concerne des personnes par définition vulnérables.



D'où cette volonté d'outiller un peu, de défricher le thème, de proposer des modèles et d'intéresser également le politique à cette question du prosélytisme. C'est une démarche compliquée car effectivement, la frontière entre la liberté d'expression et ce qui relève de l'abus, est parfois très floue... ce n'est pas gagné non plus car on a pu le voir dans le dossier bruxellois dit de la STIB où, dans un cadre d'un accord global qui permettait d'éviter de faire appel d'une décision du Tribunal du travail, il avait été promis d'avancer au niveau régional sur la lutte contre le prosélytisme, force est de constater deux ans après, qu'aucun texte n'est encore sorti du gouvernement régional faute d'accord. Et donc, au-delà de la difficulté réelle de légiférer sur ce sujet, on sent aussi que c'est compliqué sur le plan politique. A noter puisqu'on parlait d'une réponse par rapport aux signes convictionnels : le 28/11/2023, la Cour de justice de l'Union européenne a pris une décision importante en répondant à une question préjudicielle posée par le Tribunal du Travail de Liège dans le cadre d'un dossier concernant la commune d'Ans où une employée souhaitait porter son signe convictionnel. La question visait à savoir s'il était discriminatoire ou pas, d'interdire un signe convictionnel. La réponse de la Cour est Non, ce n'est pas discriminatoire, tout dépend de savoir si c'est effectivement appliqué pour tous de manière indiscriminée et que ça réponde aux circonstances du lieu. Ce qui veut dire qu'on pourrait également avoir l'inverse, mais en attendant, ici, on valide ce qui est le règlement communal de la commune d'Ans et cela aura évidemment des répercussions pour d'autres cas. C'est un dossier qui, malheureusement, bouge beaucoup sur le plan juridictionnel, et nous maintenons, au CAL, que si une décision politique au plus haut niveau était prise, ça permettrait d'éviter, sur ces questions, le feuilleton à répétition.

En termes de dernière conclusion, exprimons que notre volonté est d'être constructif et pas du tout, au-delà des constats, dans une logique d'impuissance, parce que la passivité des résignés est encore pire que la tyrannie des maîtres... Nous savons que ça va être compliqué et nous savons qu'il va falloir jouer sur le temps long. Il y a des éléments sur lesquels on pourra compter dans l'éducation de uns et des autres, citons les cours de philosophie et de citoyenneté, mais le temps est une construction. Cependant, lorsque l'on parle des soins de santé, cela mérite une attention immédiate, directe, car même si tout n'est peut-être pas aussi simple que ça, **les soins de santé, c'est la mise en œuvre concrète de notre principe suprême d'égalité. Les soins de santé ne discriminent pas, ils soignent, qui que tu sois, d'où que tu viennes.** Et c'est comme cela que nous concevons évidemment notre mission d'accompagnement moral, et ça vaut pour toutes les structures de santé : qu'elles soient publiques ou qu'elles soient financées par de l'argent public, « **un hôpital est égal à un hôpital** ».

Alors, dans ce cadre-là, la santé est un pouvoir, qui appelle peut-être un contre-pouvoir, et se pose la question du rôle du CAL ainsi que la nécessité de pouvoir s'adapter à une situation mouvante. Ce sont des défis qui nous obligent à tendre vers plus d'autonomie pour le patient. En ce sens, au-delà de ce qui a été mis sur la table et proposé, garder l'idée d'articuler l'individuel et le collectif. L'individuel, c'est déjà ce qui est fait au quotidien par nos accompagnants qui méritent d'être remerciés, car leur rôle est essentiel pour nous : ils sont les garants du respect des droits du patient. Il ne faut rien

laisser passer lorsqu'il y a un abus par rapport à une position de faiblesse d'une manière ou d'une autre. Ensuite, de ce qui est fait aujourd'hui, vu comme une amorce, un début, une sensibilisation, il va falloir amplifier cet effort de manière à pouvoir proposer peut-être des choses plus structurales. Nous entrons dans une période préélectorale, nous avons achevé, au CAL, avec l'aide des équipes, un memorandum présenté déjà hier auprès des instances d'un parti démocratique francophone, on continuera. Notre volonté est évidemment de pouvoir continuer à peser. Il y a déjà des choses qui se font, on a parlé d'un long parcours inabouti pour les droits du patient, il y a un projet de loi qui est déposé maintenant par le ministre VANDENBROUCKE au Parlement fédéral qui revisite cette législation. Je 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. Et au-delà de cela, clôturons sur la nécessité essentielle de la neutralité aujourd'hui, pour assurer l'autonomie du patient, maître de son destin jusqu'au bout. Et j'ajouterai (un peu intéressé...) : Y compris pour celui qui assume le fait que la vie ne vaut la peine que si on la consume, cette personne-là aussi aura droit à des soins, ça fait partie des choix personnels des uns et des autres. Pour le reste, on a parlé de la laïcité nécessaire pour faire société, c'était le thème de notre convention l'an dernier, et bien, retenons qu'effectivement les temps sont ce que nous en ferons. Au travail !



**Éditeur responsable :**  
Benoît Van der Meerschen  
Campus de la Plaine - ULB CP.236-1050 Ixelles

**Dépôt légal :**  
D/2024/2731/6.

**Contact :**  
E-mail : [cal@laicite.net](mailto:cal@laicite.net)  
© Centre d'Action Laïque ASBL- Novembre 2024

