

# **L'HOPITAL PUBLIC FRANCAIS : ENTRE LIBERTE DE CULTE, DERIVES RELIGIEUSES ET PRINCIPE DE LAICITE**

Camélia LAANGRY

Mémoire réalisé dans le cadre du Master 2 Droits et Politiques de santé,

Université de Lille.

Année universitaire 2020-2021.

Sous la direction de Madame Johanne Saison, Professeur des  
Universités, Responsable du Master 2 Droit et Politiques de santé.

## Remerciements

Tout d'abord j'adresse mes remerciements à Madame Johanne Saison, ma directrice de mémoire, qui m'a beaucoup aiguillé tout au long de ce travail, qui a toujours su se rendre disponible et attentive pour répondre à mes diverses interrogations et me rassurer lors des moments de doute.

Aussi, je souhaite remercier ma famille et mes amis pour m'avoir soutenu du début à la fin et qui ont pris le temps de lire mon mémoire.

J'aimerais remercier ma tutrice de stage, Madame Valérie Drouvot qui m'a permis de rencontrer divers professionnels de l'hôpital Saint-Antoine (Assistance Publique Hôpitaux de Paris), établissement dans lequel j'ai réalisé mon stage de fin d'étude. Enfin, je souhaite remercier tous ces professionnels qui ont pris le temps de me recevoir et d'échanger avec moi sur diverses thématiques.

## Sommaire

<b>PARTIE 1 : La protection du fait religieux par le concept de laïcité : liberté de conscience et liberté de culte pleinement garanties aux usagers et agents des établissements publics de santé .....</b>	<b>12</b>
Chapitre 1 : La liberté de conscience à destination des agents et des usagers : entre complexité et protection .....	13
Chapitre 2 : La liberté de culte : un droit protégé et accordé aux usagers des établissements publics de santé.....	29
<b>PARTIE 2 : La régulation du fait religieux par le concept de laïcité : entre neutralité religieuse, bon fonctionnement du service public et état de santé du patient, la difficile conciliation entre religion, santé et droit.....</b>	<b>57</b>
Chapitre 1 : Les agents hospitaliers : une régulation stricte répondant au principe de neutralité du service public et aux règles sanitaires.....	58
Chapitre 2 : Les usagers : le fait religieux dictateur de l'organisation hospitalière et des soins médicaux ? .....	73
Conclusion.....	103
Table des matières .....	106
Bibliographie .....	108

## Introduction

*« La santé et la religion ont toujours eu un long cheminement commun dans notre aire de civilisation »<sup>1</sup>.*

Il est vrai que les rapports qu'entretiennent la religion et la santé ne sont pas propres à notre société moderne, ils datent de plusieurs siècles. Auparavant, la religion et la santé étaient intimement liées car l'Église avait la charge du domaine de la santé. Aujourd'hui et depuis quelques années, les rapports sont devenus plus conflictuels avec une toute autre forme d'organisation : la gestion a été confiée aux acteurs étatiques et la religion a été évincée de cette gestion. Ce n'est pas pour autant que religion et santé ne s'entendent plus, au contraire. Le fait religieux occupe toujours une place très importante dans les établissements publics de santé d'autant plus que la France connaît un pluralisme religieux sans précédent. Le territoire hexagonal est aujourd'hui composé en majeure partie de fidèles catholiques, protestants, juifs, musulmans, orthodoxes, bouddhistes mais aussi de personnes athées<sup>2</sup>, agnostiques<sup>3</sup> ou encore des libres penseurs<sup>4</sup>. Confronté au fait religieux en permanence les établissements publics de santé ont dû se réinventer, en essayant de combiner un équilibre entre la liberté de religion dont sont titulaires les usagers et la mission de soins des établissements de santé. A cela s'ajoute un facteur supplémentaire : l'obligation pour les hôpitaux de respecter le principe de laïcité et les obligations qui en découlent.

Bien que les rapports entre religion et santé ont pris une toute autre forme, les établissements publics de santé doivent coopérer avec le fait religieux afin de respecter la liberté de culte des patients. Cette coopération n'est pas toujours évidente, notamment depuis quelques années avec l'existence de dérives religieuses qui planent sur les établissements hospitaliers. En effet, la religion est, parfois, à l'origine d'un débat stérile entre le corps médical, administratif et les patients, qui ne comprennent pas toujours que la religion ne peut être prise en compte que si elle est compatible avec le bon fonctionnement du service et la santé du patient. Ces dérives

---

<sup>1</sup>LECA (A.), Préface du Xe colloque du CDSA, in LECA (A.), dir., *Santé, religion et laïcité : actes du Xe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p.5.

<sup>2</sup>« Personne qui nie l'existence de toute divinité », Dictionnaire numérique de l'Académie Française. URL : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A2972>.

<sup>3</sup>« Personne qui est partisante de la doctrine considérant que l'absolu est inaccessible à l'esprit humain et qui préconise le refus de toute solution aux problèmes métaphysiques », Dictionnaire numérique Larousse. URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/agnosticisme/1704>.

<sup>4</sup>« Personne qui s'affranchit de toute sujétion religieuse, de toute croyance en quelque dogme que ce soit », Dictionnaire numérique Larousse. URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/libre-penseur/47020>.

s'entendent dans le sens d'exigences particulières telles que la réalisation d'actes médicaux à caractère religieux dénués de nécessité médicale ; la récusation du personnel médical ; les agents portant des vêtements religieux contraire aux conditions d'hygiène ou encore des circoncisions réalisées aux frais de la Sécurité Sociale. Pourtant, ces problématiques ne sont que très peu mises en lumière et ne sont pas la préoccupation des pouvoirs publics, si bien que les derniers rapports qui ont fait état de ces menaces religieuses datent de 2003 pour le « rapport Stasi »<sup>5</sup> et 2006 pour le « rapport Rossinot »<sup>6</sup>.

Depuis ces écrits rien n'a changé, les menaces religieuses sont toujours présentes. Alors pourquoi ne parle-t-on jamais du problème religieux à l'hôpital ? Pourquoi le débat est-il centré autour de la religion dans les établissements scolaires ?

L'analyse qui suivra n'a pas la réponse à ce silence formé autour de cette problématique. La religion est un sujet difficile à aborder et à réformer. D'une part il ne faut pas laisser le fait religieux dicter sa loi, d'autre part il ne faut pas froisser certaines communautés, ne pas ébranler le principe de laïcité et la liberté de religion.

Le principe de laïcité fait couler beaucoup d'encre dans les débats publics, les médias ou encore les débats politiques. Mais quelle est l'essence même de ce principe ? Pour Ernest Renan, philosophe et historien, la laïcité c'est « *l'État neutre entre les religions, tolérant pour tous les cultes et forçant l'Eglise à lui obéir sur ce point capital* »<sup>7</sup>. Autrement dit, c'est « *une conception et organisation de la société fondée sur la séparation de l'Eglise et de l'Etat et qui exclut les Eglises de l'exercice de tout pouvoir politique ou administratif* »<sup>8</sup>.

Apparu en 1905 avec la loi du 9 décembre concernant la séparation des Églises et de l'Etat, ce principe est une révolution dans notre pays qui, pendant des siècles, avait pour religion officielle la religion catholique. La France a une conception unique de la laïcité. En effet, elle est le seul pays à revêtir une neutralité religieuse, respecter le pluralisme religieux et admettre la liberté religieuse sans avoir une religion d'Etat. En conséquence, ce principe est composé de plusieurs

---

<sup>5</sup>Rapport de la commission de réflexion présidée par STASI (B.) sur *l'application du principe de laïcité dans la République*, 2003.

<sup>6</sup>Rapport du groupe de travail présidé par ROSSINOT (A.), *La laïcité dans les services publics*, 2006.

<sup>7</sup>Rapport public du Conseil d'Etat, *Un siècle de laïcité*, 2004, p.245 cite la réponse d'Ernest RENAN au discours de réception de Louis Pasteur à l'Académie française, 27 avril 1882.

<sup>8</sup>Dictionnaire

numérique

Larousse.

URL : [https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/la%\*c3\*%\*afc\*it%\*c3\*%\*a9\*/45938](https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/la%c3%a9fcit%a9/45938).

dynamiques à savoir la liberté de religion également appelée la liberté de cultes<sup>9</sup> qui implique la liberté de conscience individuelle et collective, le respect de toutes les croyances, le libre exercice des cultes, l'égalité de tous les citoyens devant la loi sans distinction de religion et le devoir de neutralité de l'Etat et de ses agents<sup>10</sup>. Il s'impose aux Institutions et implique donc une abstention de l'Etat et de ses services publics de toute discrimination en faveur ou en défaveur d'une religion<sup>11</sup>. Il implique aussi une action positive étatique en garantissant l'exercice de la religion pour chacun à condition qu'il soit respectueux de l'ordre public et de la liberté d'autrui<sup>12</sup>.

L'application du principe de laïcité n'est pas uniforme sur tout le territoire hexagonal. En effet, pour des raisons géographiques et historiques, la laïcité ne s'applique pas de la même manière sur l'ensemble du territoire de la République. Tout d'abord, dans les départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et en Moselle, la loi de 1905 ne s'applique pas en raison de l'annexion par l'Allemagne de ces territoires lors de l'entrée en vigueur de la loi. En 1918, lorsque ces territoires redeviennent français, il est décidé que le régime concordataire de 1802 continuera de s'appliquer. Ce régime dérogatoire est caractérisé par une prise en charge étatique des dépenses liées au culte. De plus, un enseignement religieux obligatoire est dispensé dans les écoles publiques. Aussi, pour Mayotte, la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie française, les îles Wallis et Futuna, Saint-Pierre-et-Miquelon et la Guyane des régimes dérogatoires ont été institués en fonction de l'histoire de ces territoires.

Même si ces dérogations ne sont pas contraires au principe de laïcité, comme en a jugé le Conseil Constitutionnel<sup>13</sup>, elles participent à la complexité de la notion. Une complexité d'application, de contenu, de sens, de définition qui conduit à des discussions parfois houleuses et des contresens autour de ce concept. Par exemple, il est souvent fait état dans les débats publics que le principe de laïcité vise à évincer hors de l'espace public toute manifestation d'une conviction religieuse<sup>14</sup>. Or, cette idée est fautive. En effet, comme le souligne Cécile Castaing, maître de conférences en droit public, la loi de 1905 reconnaît « *le fait religieux comme un fait*

---

<sup>9</sup>Article 1<sup>er</sup> de la loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Eglises et de l'Etat : « *La République assure la liberté de conscience. Elle garantit le libre exercice des cultes sous les seules restrictions édictées ci-après dans l'intérêt de l'ordre public* ».

<sup>10</sup>Article 2 de la loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Eglises et de l'Etat : « *La République ne reconnaît, ne salarie ni ne subventionne aucun culte* ».

<sup>11</sup>CASTAING (C.), « Laïcité et liberté religieuse du patient à l'hôpital », *AJDA*, 2017, p.2505.

<sup>12</sup>*Ibid.*, p.2506.

<sup>13</sup>Cons. Const, 21 février 2013, *Association pour la promotion et l'expansion de la laïcité*, n°2012-297 QPC.

<sup>14</sup>Rapport public du Conseil d'Etat, *Un siècle de laïcité*, 2004, p.272 : « *pour les uns, la laïcité est synonyme d'éviction du religieux et même plus largement du spirituel et conduit à leur négation* ».

*social* »<sup>15</sup> et elle n'est pas une négation des religions dans les espaces publics. Bien au contraire, elle retient une « *conception libérale de la laïcité* »<sup>16</sup> selon laquelle la liberté de culte est reconnue au citoyen qui peut manifester ses croyances en public, en faisant attention de ne pas porter atteinte à l'ordre public et à la liberté d'autrui. Autrement dit, l'Etat ne reconnaît aucune religion, n'en méconnaît aucune et reconnaît le fait religieux<sup>17</sup>. Ainsi, la République française conçoit le principe de laïcité comme une chance de manifester ses croyances religieuses sans craindre une quelconque répression étatique.

Comme tout établissement public, l'hôpital doit respecter les obligations découlant du principe de laïcité. En effet l'hôpital, placé sous la tutelle de l'Etat, participe au service public hospitalier<sup>18</sup> et *de facto*, est soumis au principe de neutralité. Également appelé établissement public de santé, il est destiné à dispenser des soins et à assurer « *le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé (...) ils délivrent des soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement (...) ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux (...) ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire (...) ils mènent une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale* »<sup>19</sup>.

Ces missions de soins et de traitement n'ont pas toujours été au cœur de la mission actuelle de l'établissement de santé. Pendant plusieurs siècles, la gestion des hôpitaux était confiée à l'Eglise et leur mission principale était la charité et l'assistance envers les plus démunis. Anciennement, l'hôpital était « *un établissement charitable religieux où l'on accueillait des voyageurs, des pèlerins, des indigents, des malades démunis* »<sup>20</sup>. Par conséquent, la mission de soins était secondaire par rapport à la mission d'accueil et d'aide envers les nécessiteux. Ces établissements étaient fondés par l'Église plus précisément par les ordres religieux à vocation

---

<sup>15</sup>CASTAING (C.), art.cit, p.2505.

<sup>16</sup>*Id.*

<sup>17</sup>Rapport public du Conseil d'Etat, *Un siècle de laïcité*, 2004, p.297.

<sup>18</sup>CSP., art. L. 6112-3.

<sup>19</sup>CSP., art. L. 6111-1.

<sup>20</sup>Dictionnaire numérique de l'Académie Française. URL :<https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9H0921>.

hospitalière<sup>21</sup> et administrés par les membres du clergé composé de médecins, de religieuses pour « *le soin des corps* » et de prêtres pour « *le soin des âmes* »<sup>22</sup>.

Pour Clémence Zacharie, maître de conférences en droit public, les clercs et clergés sont intervenus en matière sanitaire afin de pallier les carences étatiques<sup>23</sup>. En effet, pendant longtemps, l'Etat a délaissé ce domaine au profit des activités régaliennes.

En parallèle de son œuvre de charité, l'Eglise s'est occupée de la formation du personnel médical en organisant un contrôle au sein des communautés et elle a donc anticipé la construction des systèmes corporatistes de formation<sup>24</sup>. Durant toute la période du Moyen-Âge, l'action de l'Eglise est maintenue pour la gestion de l'indigence. Par exemple, l'Hôpital général qui a été institué sous Louis XIV, d'abord à Paris, avait pour mission principale de « *réprimer la mendicité en accueillant et en internant les indigents dans des établissements, qui servirent ensuite de maisons de correction pour les prostituées, les vagabonds, les débauchés* »<sup>25</sup>.

Petit à petit, la liberté religieuse des malades va progresser et être consacrée par les plus grands textes tels que la Constitution du 3 septembre 1791 qui garantit comme droit naturels et civils, « *la liberté à tout homme d'exercer le culte religieux auquel il est attaché* »<sup>26</sup>. En 1814, la religion catholique est toujours la religion officielle de l'Etat français<sup>27</sup>, mais la Charte Constitutionnelle en son article 5 dispose que « *chacun professe sa religion avec une égale liberté et obtient pour son culte la même protection* »<sup>28</sup>. En 1830, la religion catholique n'est plus considérée comme la religion de l'Etat mais comme la religion professée par la majorité des Français<sup>29</sup>.

---

<sup>21</sup>NGAMPIO-OBELE-BELE (U.), « Laïcité, religion et santé dans les établissements publics de santé : une conciliation parfois difficile », in LECA (A.), dir., *Santé, religion et laïcité : actes du Xe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p. 163.

<sup>22</sup>Etude menée par les étudiants du Master 2 droit de la santé de l'université de Bordeaux, « la pratique de la religion durant le séjour du patient dans un établissement de santé », 2019.

<sup>23</sup>ZACHARIE (C.), « Le principe de laïcité à l'hôpital », Journée d'étude du M2 droit de la santé de l'université de Tours, *Droit, santé et religion : Hippocrate à l'épreuve de la foi*, 4 février 2021.

<sup>24</sup>*Id.*

<sup>25</sup>Dictionnaire numérique de l'Académie Française. URL: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9H0921>.

<sup>26</sup>Titre Premier de la Constitution du 3 septembre 1791.

<sup>27</sup>Article 6 de la Charte Constitutionnelle du 4 juin 1814 : « *la religion catholique, apostolique et romaine est la religion de l'Etat* ».

<sup>28</sup>*Ibid.*, art.5.

<sup>29</sup>Article 6 de la Charte Constitutionnelle du 14 août 1830 : « *les ministres de la religion catholique, apostolique et romaine, professée par la majorité des français, et ceux des autres cultes chrétiens reçoivent des traitements du Trésor Public* ».

Durant le régime concordataire français, la liberté de religion est reconnue au catholicisme, protestantisme réformé et luthérien et au judaïsme mais seuls les aumôniers catholiques avaient un droit d'accès automatique à l'intérieur des établissements de santé<sup>30</sup>.

Par la suite, le pluralisme religieux s'impose à l'hôpital avec la possibilité de faire appel à un aumônier pour les cultes reconnus à l'époque<sup>31</sup>.

En parallèle, sous le Directoire, les hôpitaux furent municipalisés<sup>32</sup> et devinrent des établissements laïcs. Ainsi, les maires étaient gestionnaires des établissements publics de santé.

Peu de temps après, la loi du 9 décembre 1905 est promulguée et la séparation entre l'Eglise et l'Etat est actée. Désormais la République est laïque et la Charte hospitalière de 1941 confie la gestion des établissements publics de santé à l'Etat. Par cela, l'hôpital n'est plus un établissement d'accueil et de charité des nécessiteux mais « *un établissement public où l'on dispense des soins médicaux et chirurgicaux* »<sup>33</sup> qui doit répondre au principe de laïcité et à ses corollaires.

Par son histoire, l'hôpital s'est structuré autour de son rapport à la religion dès lors qu'il en avait la gestion. Même si aujourd'hui la gestion est passée entre les mains de l'Etat, la religion occupe toujours une place très importante dans ces établissements « *du fait de la situation singulière des usagers qui le fréquentent : personnes vulnérables par leur état de santé, souvent éloignées de leur famille et de leurs lieux de cultes habituels ou dans l'incapacité de s'y rendre* »<sup>34</sup>. Aussi, « *l'hôpital est un lieu fermé qui prend en charge des personnes en souffrance physique ou psychologique. Pour assurer sa mission (...) il doit parfois s'intéresser à ce qui relève de l'intime des individus* »<sup>35</sup>. Le patient, lorsqu'il est admis dans un établissement hospitalier, peut librement pratiquer sa religion sous réserve de respecter certaines obligations. Pour cela, l'hôpital s'efforce de mettre en place une accessibilité au culte pour le patient.

Le principe de laïcité fait l'objet de disparités sur les territoires français mais aussi à l'échelle internationale. En effet, les législations concernant les cultes sont diverses parmi les Etats. Ce

---

<sup>30</sup>MARTINENT (E.), « Les aumôneries et la présence spirituelle dans les hôpitaux et les établissements publics de santé », in VIALLA (F.) e FORTIER (V.), dir., *La religion dans les établissements de santé*, Montpellier, Les études hospitalières, 2013, p.125.

<sup>31</sup>*Id.*

<sup>32</sup>Loi du 7 août 1851 sur les hôpitaux et les hospices.

<sup>33</sup>Dictionnaire numérique de l'Académie Française. URL: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9H0921>.

<sup>34</sup>CASTAING (C.), art.cit, p. 2506.

<sup>35</sup>Guide de l'Observatoire de la laïcité, *Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé*, 2016.

propos sera illustré avec deux pays frontaliers de la France, que sont l'Espagne et l'Italie. En Espagne, l'Etat a mis en place un système d'assistance religieuse au sein des établissements de santé. La loi organique portant sur la liberté religieuse n°7/1980 interdit les discriminations et les inégalités devant la loi du fait des croyances religieuses. En application de cette loi, tout le monde a le droit à « *l'assistance religieuse de tout genre, dans les établissements, parmi lesquels on inclut en relation avec la santé, les hôpitaux publics financés à l'aide de fonds publics* »<sup>36</sup>. D'une façon similaire au système du ministre des cultes en France, l'Etat Espagnol s'engage à mettre à disposition des patients une assistance religieuse afin qu'ils puissent librement exercer leur culte. Cependant, il est important de noter que l'Etat ne finance aucune structure sanitaire de nature religieuse.

*A contrario*, la législation sanitaire italienne reconnaît des établissements privés à caractère religieux qui jouissent d'un statut légal au même titre que les établissements publics. Aussi, cet Etat à une conception de la laïcité différente de la conception française, appelée « *laïcité positive* »<sup>37</sup> selon laquelle il est prévu que les instances religieuses puissent concourir et collaborer avec les établissements de santé. Pour Renato Balduzzi, juriste italien, cette vision ne « *conduit pas à mettre en conflit domaine de la santé et domaine religieux* »<sup>38</sup>.

Lors de cette analyse le propos sera centré autour du système sanitaire français et de ses établissements publics de santé qui ont fait l'objet de diverses études, rapports, témoignages concernant la place de la religion. Aussi, il a été fait le choix de centrer cette étude sur ces établissements car ils permettent de mieux appréhender l'ampleur du phénomène religieux à l'hôpital dès lors qu'ils font l'objet d'une réglementation à part entière en tant qu'établissement public et qu'ils sont les établissements les plus fréquentés par les Français. Par conséquent, il ne sera pas fait mention des établissements privés de santé qui font l'objet d'une réglementation spécifique ni des établissements de santé privés d'intérêt collectif. Concernant la religion, cette étude envisagera le fait religieux au sens large. D'une part il sera envisagé sous l'angle des 3 religions monothéistes (christianisme ; islam et judaïsme) et d'autre part sous l'angle du phénomène sectaire du fait de ses incidences dans les établissements publics de santé même si

---

<sup>36</sup>LOPEZ DE LA OSA ESCRIBANO (A.), « Liberté idéologique, religieuse et de culte : l'exemple de la clause de conscience et de la loi 2/2010 sur l'IVG », in LECA (A.), dir., *Santé, religion et laïcité : actes du Xe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p.306.

<sup>37</sup>BALDUZZI (R.), « Santé, religion, laïcité : la difficile expérience italienne », in LECA (A.), dir., *Santé, religion et laïcité : actes du Xe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p.298.

<sup>38</sup>*Id.*

les croyances des adeptes des mouvements sectaires ne peuvent pas être assimilées *stricto sensu* aux convictions religieuses.

En somme, le principe de laïcité doit permettre l'exercice de la liberté religieuse. Pour autant, il doit aussi être un rempart aux dérives religieuses qui planent sur l'hôpital. Entre permission et interdiction, il conviendra de se demander comment le principe de laïcité protège-t-il et régule-t-il le fait religieux au sein des établissements publics de santé ?

Dans le domaine de la santé et plus particulièrement dans le domaine hospitalier, le principe de laïcité protège le fait religieux à travers la liberté de conscience qui est pleinement garantie aux agents et aux usagers du service public hospitalier. Aussi, il protège la liberté religieuse du patient et lui permet d'exercer librement son culte dans l'enceinte de l'hôpital (Partie 1). Afin d'éviter les dérives et la mise à mal du service public hospitalier, le principe de laïcité régule strictement le fait religieux en exigeant une stricte neutralité religieuse des agents hospitaliers. La régulation est plus souple pour les patients. En effet, le principe reste la liberté de culte qui peut être limitée lorsque l'organisation hospitalière, la santé et la sécurité des patients sont mises en danger (Partie 2).

# **PARTIE 1 : La protection du fait religieux par le concept de laïcité : liberté de conscience et liberté de culte pleinement garanties aux usagers et agents des établissements publics de santé.**

Le choix de ce titre peut prêter à confusion car à sa lecture, le réflexe premier sera de penser qu'agents et usagers du service public hospitalier sont destinataires de la liberté de conscience et de la liberté de culte. Or, tel n'est pas le cas.

En effet, en ce qui concerne le fait religieux et son exercice, il existe une différence fondamentale et non négligeable entre les agents et les usagers. Le principe de laïcité garanti la liberté de conscience pour tous les citoyens résidant sur le sol français. Ainsi, agents et usagers du service public hospitalier sont titulaires de cette liberté, qu'ils peuvent exercer pleinement au sein dans un établissement public de santé (Chapitre 1). *A contrario*, la liberté de culte ne bénéficie qu'aux usagers du service public hospitalier (Chapitre 2). Cette liberté, protégée par le principe de laïcité, permet au patient de manifester librement sa religion au sein d'un établissement public de santé, tout en veillant à ne pas porter atteinte à certains fondamentaux hospitaliers tels que les droits des autres patients, l'organisation ou encore la sécurité d'autrui et du patient lui-même.

# **Chapitre 1 : La liberté de conscience à destination des agents et des usagers : entre complexité et protection**

La complexité du vocable « liberté de conscience » n'a pas empêché nos ancêtres nationaux, européens ou encore internationaux de consacrer à travers de nombreux textes cette notion (Section 1). Une consécration, plutôt récente dans le temps, qui fait de la liberté de conscience une liberté fondamentale dans notre société démocratique. Cette liberté fondamentale est pleinement garantie à tous, sans distinction, notamment dans le service public. Il est important de souligner que dans le service public une distinction est souvent opérée entre les agents et les usagers dès lors qu'ils ne bénéficient pas des mêmes droits et libertés. Pourtant, la liberté de conscience réunit ces deux catégories de personnes en leur garantissant la même liberté et les mêmes conséquences qui en découlent (Section 2).

## **Section 1 : Une notion complexe protégée à l'échelle nationale, européenne et internationale**

Qu'est-ce que la liberté de conscience ? Cette notion revient souvent dans les débats publics, politiques, sociétaux et fait encore l'objet de nombreux mystères. Pendant que bon nombre d'auteurs, philosophes, sémiologues essayent de se mettre d'accord sur le contenu et la définition de cette notion qui relève d'une complexité sans précédent (§1), les textes n'ont pas attendu cette trouvaille pour consacrer cette liberté (§2).

### **§1 : La liberté de conscience et la difficulté de sa définition**

*« Certains hommes croient en un dieu. D'autres en plusieurs. D'autres se tiennent pour agnostiques et refusent de se prononcer. D'autres enfin sont athées. Tous ont à vivre ensemble. Et cette vie commune, depuis la 1<sup>ère</sup> Déclaration des droits de l'homme, doit assurer à tous à la fois la liberté de conscience et l'égalité de droits »<sup>39</sup>.*

La conscience, issue du latin *conscientia*, « connaissance en commun », est définie par l'Académie Française comme « la perception que nous avons de notre existence, des états et des actes de notre esprit, de ce qui se passe en nous, et de l'effet produit en nous par ce qui se passe hors de nous »<sup>40</sup>. Pour le juriste, Léopold Vanbellinghen, la notion de conscience revête

---

<sup>39</sup>PENA-RUIZ (H.), *Qu'est-ce que la laïcité ?*, Gallimard, « Folio actuel », 2003, p.9.

<sup>40</sup>Dictionnaire numérique de l'Académie Française. URL: <https://www.dictionnaire-academie.fr/>.

deux aspects<sup>41</sup>. D'une part, il y a la conscience psychologique de l'être humain lorsqu'il est conscient de ses actes, de sa personne. D'autre part, il y a la conscience morale de l'Homme qui est sa capacité à porter un jugement moral sur ses actions, à vouloir faire le bien et éviter le mal.

Selon certains auteurs, la conscience a une dimension collective. En effet, elle « *ne peut pas être réduite au "quant à soi". La conscience fait partie des élaborations humaines qui relèvent autant de l'individuel que du collectif, et de processus mentaux divers grâce auxquels l'être humain élabore une série de pensée identitaires, affectives, cognitives, justifiant et orientant des pratiques et des engagements quotidiens plus ou moins partagés avec les pairs* ». <sup>42</sup>

La conscience va ainsi au-delà de la simple pensée. Elle permet à chacun de se forger une opinion. Comme l'explique la Cour européenne des droits de l'Homme (Cour EDH), « *la conscience apparaît comme un produit plus élaboré et structuré que la pensée de la personne* » <sup>43</sup>.

Dans la notion de liberté de conscience, la conscience est associée à la liberté. La liberté, empruntée au latin *libertas* se définit comme le « *pouvoir que le citoyen a de faire ce qu'il veut, sous la protection des lois et dans les limites de celles-ci.* » <sup>44</sup>

Les deux notions associées donnent naissance à la liberté de conscience qui est « *la liberté de choisir ses croyances, d'y adhérer publiquement et d'y conformer ses actes. Elle exclue toute contrainte religieuse ou idéologique* » <sup>45</sup>. Cette notion est peu définie. En effet, les textes qui la consacrent ne la définissent qu'implicitement et énumèrent les libertés qu'elle implique sans donner de réelle définition.

La liberté de conscience est souvent présentée comme la liberté mère des différentes libertés de la pensée (expression, opinion) <sup>46</sup> car le point de départ de toute réflexion ou expression réside

---

<sup>41</sup>VANBELLINGEN (L.), « Le refus de soins du praticien pour motifs religieux », Journée d'étude du M2 droit de la santé de l'université de Tours, *Droit, santé et religion : Hippocrate à l'épreuve de la foi*, 4 février 2021.

<sup>42</sup>BOUYSSIERES (P.), « Le développement de la liberté de conscience, pour une formation à l'esprit laïque », *EMPAN*, n° 90, 2013, p.17.

<sup>43</sup>RENUCCI (J-F.), *L'article 9 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme : la liberté de pensée, de conscience et de religion*, Ed. Conseil de l'Europe, 2005, p. 14.

<sup>44</sup>Lexicographie du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/libert%C3%A9>.

<sup>45</sup>Dictionnaire numérique de l'Académie Française. URL : <https://www.dictionnaire-academie.fr/>.

<sup>46</sup>DIEA (F.), « La liberté de conscience, de religion et d'opinion », *RAIDH*, 2018. URL : <https://raidhci.org/la-liberte-de-conscience-de-religion-et-dopinion/>

dans la conscience de l'Homme. De cette conscience, découle une opinion forgée dont la liberté profite à chacun d'entre nous et qui va pouvoir être exprimée à travers la liberté d'expression.

La difficulté pour définir cette notion tient à l'association de « *deux concepts complexes et déjà âprement controversés au cours de siècles, la liberté et la conscience* »<sup>47</sup>. En effet, comme il a été souligné précédemment, la conscience est une notion complexe qui fait l'objet de plusieurs définitions. La liberté est également difficile à appréhender. Les deux associées font de la liberté de conscience une notion « *particulièrement délicate à appréhender en raison de son épaisseur sémantique, historique et géographique.* »<sup>48</sup>

Néanmoins, cette difficulté de définition n'a pas empêché les plus grands textes de consacrer la liberté de conscience. De part cette consécration nationale, européenne ou encore internationale, la liberté de conscience devient une liberté, quasiment, universelle.

## **§2 : Une notion consacrée et protégée par les plus grands textes**

La liberté de conscience est considérée aujourd'hui comme fondamentale. Elle est assurée par la République<sup>49</sup> et garantie à tous les citoyens. Pour assurer cette liberté, la République « *ne peut pas imposer une pensée unique, ce qui passe par l'affirmation d'une neutralité et d'une impartialité des institutions républicaines et elle doit garantir une protection des citoyens afin qu'ils ne subissent ni violence ni discrimination lorsqu'ils exercent leur liberté de conscience* »<sup>50</sup>.

En France, la liberté de conscience n'est pas seulement protégée par les textes, elle a également reçu une protection par le Conseil Constitutionnel. Elle a été consacrée comme un principe fondamental reconnu par les lois de la République (PFRLR)<sup>51</sup>, et a ainsi acquis une valeur constitutionnelle. Par conséquent, si le Conseil est saisi d'une question en ce sens, il pourra invalider une loi qui porterait atteinte à ce principe en la déclarant inconstitutionnelle.

---

<sup>47</sup>ZUBER (V.), « Liberté de conscience », *Encyclopédie Universalis*, 2013. URL : <https://www.universalis.fr/auteurs/valentine-zuber/>

<sup>48</sup> *Id.*

<sup>49</sup>Article 1<sup>er</sup> de la loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Eglises et de l'Etat : « *La République assure la liberté de conscience* ».

<sup>50</sup>BOUYSSIERES (P.), art.cit., p.17.

<sup>51</sup>Cons. Const, 23 décembre 1977, n°77-87 DC, §5 : « *La liberté de conscience doit être regardée comme l'un des principes fondamentaux reconnu par les lois de la République* ».

Depuis une décision en date de 2013<sup>52</sup>, le Conseil Constitutionnel a opéré une substitution de fondement. Il ne fait plus de la liberté de conscience un PFRLR<sup>53</sup> mais il rattache cette liberté à l'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen (DDHC) et à l'alinéa 5 du Préambule de 1946<sup>54</sup>. Cette substitution de fondement n'entraîne cependant aucune conséquence sur la valeur et la portée de cette liberté.

Aujourd'hui, l'article 10 de la DDHC protège donc la liberté de conscience en disposant que « *nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses* ». Tout individu peut ainsi librement croire ou ne pas croire en des préceptes religieux. Il peut également se forger ses propres opinions en matière politique, philosophique et syndicale sans craindre d'être discriminé en raison de ses convictions. Il doit non seulement avoir la liberté de choisir, mais également celle de pouvoir changer d'avis. De plus, il doit pouvoir manifester ses convictions, seul ou en groupe, en public ou en privé<sup>55</sup>. La liberté de conscience reçoit donc une protection très forte au même titre que la liberté de religion et la liberté de pensée car « *ces 3 libertés ont pour trait commun le fait d'être considéré comme des convictions ultimes, des convictions qui ont un degré suffisant de force, de sérieux, de cohérence et d'importance* »<sup>56</sup>.

La liberté de conscience est un corolaire du principe de laïcité, de pluralisme et de neutralité religieuse de l'Etat.

Aussi, le Conseil d'Etat a participé à l'affirmation et à la protection de la liberté de conscience par son rôle contentieux et les avis rendus à la demande du gouvernement<sup>57</sup>. En effet, « *tout au long du XXe siècle, tant les formations contentieuses qu'administratives ont su faire prévaloir, y compris sur les questions les plus conflictuelles, une interprétation des textes conforme à l'esprit des auteurs de la loi 1905.* »<sup>58</sup>

La liberté de conscience est absolue en ce qui concerne le *for interne*. Aucune restriction ne peut être apportée à la liberté d'avoir des convictions ou de ne pas en avoir, de pouvoir en changer ou encore le fait de pouvoir ne pas les révéler. Cette absence de restrictions s'explique

---

<sup>52</sup>Cons. Const, 18 octobre 2013, *M. Franck et M. et autres*, n°2013-353 QPC.

<sup>53</sup>ROUX (J.), « La liberté de conscience emmurée dans le for intérieur », *Constitutions*, 2014, p.196.

<sup>53</sup>RENUCCI (J-F.), *op.cit.*, p. 24.

<sup>54</sup>« *Nul ne peut être lésé, dans son travail ou son emploi, en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances* ».

<sup>55</sup>RENUCCI (J-F.), *op.cit.*, p. 24.

<sup>56</sup>VANBELLINGEN (L.), « Le refus de soins du praticien pour motifs religieux », Journée d'étude du M2 droit de la santé de l'université de Tours, *Droit, santé et religion : Hippocrate à l'épreuve de la foi*, 4 février 2021.

<sup>57</sup>CE rapport public, *Réflexions sur la laïcité : un siècle de laïcité*, 2003, p.265.

<sup>58</sup>*Id.*

par le fait que les convictions qui se forment à l'intérieur de la personne ne peuvent pas porter atteinte à l'ordre public. Pour Jean-Jacques Zadig, le for intérieur est la « *pensée n'ayant nul besoin de la protection du droit positif, qui n'a ni à les connaître ni à les limiter sous peine de n'être plus droit mais oppression* »<sup>59</sup>.

Cependant, la manifestation de ses convictions et de ses opinions peut faire l'objet de restrictions. Cette limite à la liberté de conscience est rappelée par l'article 10 de la DDHC qui dispose que « *pourvu que leur [les opinions] manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi* ». La liberté de conscience devient alors relative dès lors que le *for externe* peut être restreint par les autorités étatiques lorsque l'ordre public est menacé. Ces restrictions sont contrôlées par le juge. Ce dernier vérifie si elles sont légitimes et proportionnées à l'objectif poursuivi.

Les pensées sont donc libres mais une fois exprimées et manifestées elles peuvent être restreintes. En d'autres termes, la protection de l'ordre public prévaut.

De plus, la liberté de conscience trouve sa limite lorsque sa manifestation entre en contradiction avec des droits considérés comme plus fondamentaux, tel que le droit à la vie. C'est la position retenue par les différentes juridictions dans des contentieux relatifs aux refus de transfusions sanguines par des Témoins de Jéhovah. Il ressort de ces arrêts que lorsque les convictions personnelles d'un malade mettent sa vie en danger, l'expression de ses convictions ne sera pas respectée.

Enfin, cette liberté peut être invoquée seulement par des personnes physiques car seuls les êtres humains possèdent une conscience. *De facto*, les personnes morales, qui sont dénuées de conscience, ne peuvent invoquer la jouissance d'une telle liberté sur le plan du *for interieur*<sup>60</sup>.

La protection de la liberté de conscience dépasse la dimension nationale. En effet, l'article 9 de la Convention européenne des droits de l'homme (Convention EDH), dispose que « *toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ; ce droit implique la liberté de changer de religion ou de conviction, ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction individuellement ou collectivement, en public ou en privé, par le culte, l'enseignement, les pratiques et l'accomplissement des rites* ». Les juges européens considèrent que cette liberté est l'une des assises de la société démocratique. La liberté de conscience est l'un des éléments les plus essentiels de l'identité des croyants et de leur conception de la vie,

---

<sup>59</sup>ZADIG (J-J.), « La loi et la liberté de conscience », *RFDA*, 2013, p.957.

<sup>60</sup>Commission. EDH, 12 octobre 1998, *Kontakt-Information Therapie Hagen c. Autriche*, DR 57/81.

mais aussi un bien précieux pour les athées, les agnostiques, les sceptiques ou les indifférents<sup>61</sup>. Cet article s'applique à l'ensemble des convictions personnelles, politiques, philosophiques, morales et religieuses. Selon les juges européens, une conviction entre dans la protection de l'article 9 que si son contenu formel peut être clairement identifié<sup>62</sup>. De plus, une conviction se distingue d'une motivation personnelle dans la mesure où elle est l'expression d'une vision cohérente sur des problèmes fondamentaux<sup>63</sup>.

D'une manière similaire à l'article 10 de la DDHC, l'article 9 de la Convention prévoit des restrictions en son alinéa 2 notamment lorsque la liberté de manifester sa religion ou ses convictions portent atteinte à la sécurité publique, à la protection de l'ordre de la santé, de la morale publique ou à la protection des droits et des libertés d'autrui. Ces restrictions sont nécessaires dans des sociétés démocratiques où plusieurs religions, croyances, cultures coexistent ensemble<sup>64</sup>. En d'autres termes, elles sont primordiales et fondamentales au « vivre-ensemble ».

L'article 10§1 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne consacre aussi la liberté de conscience, en reprenant intégralement la première partie de l'article 9 de la Convention EDH. Dépourvu de valeur juridique contraignante, il ne prévoit pas la possibilité pour les autorités étatiques de mettre en œuvre des restrictions à l'accomplissement de cette liberté.

En dernier point, la liberté de conscience fait partie des droits fondamentaux consacrés et protégés par l'article 18 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques. Cet article reprend lui aussi le contenu de l'article 9 de la Convention EDH. Son 2<sup>e</sup> alinéa protège les individus contre toutes formes de pression, de contrainte qui peuvent porter atteinte à la « *liberté d'avoir ou d'adopter une religion ou une conviction* ». De plus, de façon similaire à l'article 9, le 3<sup>e</sup> alinéa prévoit des possibilités de restrictions.

Ainsi, tous les individus sont destinataires de la liberté de conscience. Dès lors, usagers et agents des établissements hospitaliers jouissent de façon égale de cette liberté.

---

<sup>61</sup>CEDH, 25 mai 1993, *Kokkinakis c. Grèce*, 14307/88.

<sup>62</sup>Commission EDH, 15 mai 1980, *T.Mac Feeley c. Royaume-Uni*, DR 20/44.

<sup>63</sup>Commission EDH, 1<sup>er</sup> décembre 1981, *X c. RFA*, DR 24/141.

<sup>64</sup>CEDH, *Kokkinakis c. Grèce*, *op.cit.*

## **Section 2 : Les usagers et les agents du service public hospitalier jouissant d'une pleine liberté de conscience**

« Parce que l'agent public est d'abord un être humain, une conscience religieuse peut s'imposer à lui [...] et les principes de la démocratie libérale lui garantissent alors le plein exercice de sa liberté de conscience en lui permettant de croire et de ne pas être inquiété pour cela »<sup>65</sup>.

Avant toute analyse, il est important de souligner que le terme « liberté de conscience », englobe le fait d'avoir des convictions (*for interne*), et le fait de manifester ses opinions (*for externe*).

La liberté de conscience, *stricto sensu*, pilier fondamental de la laïcité, est garantie aux agents et aux usagers du service public hospitalier. Ils sont libres d'adhérer à leur propre système de valeurs et de principes, de penser librement, de choisir la religion de leur choix ou de ne pas en choisir, de se forger leurs propres opinions religieuses, politiques, syndicales ou encore philosophiques. Ils doivent ainsi pouvoir penser librement dans l'enceinte d'un établissement public de santé, sans pression exercée par le personnel, les autres patients, les bénévoles ou encore l'entourage des patients.

Il est souvent fait état, dans les ouvrages doctrinaux, que la liberté de conscience des agents publics est limitée par l'exigence de neutralité du service public. Or, il n'en est rien de cela. La liberté de conscience, sous l'angle du *for interne*, est pleinement garantie aux usagers et aux agents du service public hospitalier. Comme le rappelle l'Observatoire de la laïcité, cette liberté ne trouve pas sa limite dans les exigences de neutralité du service public dès lors que l'agent n'exprime pas ses convictions et qu'il a seulement conscience de ses idées. Cette liberté de conscience de l'agent et de l'utilisateur est totale, et nul ne peut y porter atteinte par des actes de prosélytisme (§1).

Par ailleurs, la manifestation des opinions, qui est intégrée dans la liberté de conscience sous l'angle du *for externe*, est protégée par l'interdiction des discriminations fondée sur les croyances religieuses des agents et des usagers (§2).

---

<sup>65</sup>MOREAU (L), « Le fonctionnaire et le fait religieux », *AJCollectivités Territoriales*, 2012, p.295.

## **§1 : L'interdiction du prosélytisme à l'hôpital, garant de la liberté de conscience**

Le prosélytisme peut être défini comme le « zèle déployé pour répandre la foi, pour faire des adeptes ou encore pour convertir autrui à ses idées, pour tenter d'imposer ses convictions ». <sup>66</sup> Didier Truchet <sup>67</sup>, professeur émérite de droit public, distingue deux sortes de prosélytisme. Un prosélytisme actif qui est « une propagande en faveur d'une religion ou par tentative de conversion » (II) et un prosélytisme passif qui est observé par le « port d'insignes ou de vêtements qui sont signes d'appartenance religieuse » (I).

### **I. Le prosélytisme passif**

Le prosélytisme passif est interdit en raison de la neutralité vestimentaire demandée aux agents au nom de la neutralité du service public (ce point sera abordé ultérieurement). Cette interdiction concerne les soignants, mais peut aussi concerner les usagers de l'établissement. Le principe est que les usagers ont le droit au port de signes religieux au sein du service public. Le port de signe d'appartenance à une religion n'est pas par lui-même incompatible avec le principe de laïcité de l'Etat <sup>68</sup> mais il ne peut entraver le bon déroulement des missions du service public.

*De facto*, l'exception permet au personnel de demander aux usagers de ne pas porter certains vêtements, qu'ils soient religieux ou non, pour des motifs sanitaires liés à la qualité des soins et aux règles d'hygiène. L'utilisateur doit se conformer à la tenue vestimentaire imposée par l'établissement de santé afin de limiter le transfert de bactéries et d'agents infectieux.

De plus, l'expression des convictions religieuses ne doit pas porter atteinte à la tranquillité des autres personnes hospitalisées ou de leurs proches <sup>69</sup>. Tel n'a pas été le cas lorsqu'une mère portant un *niqab* (voile couvrant tout le visage à l'exception d'une fente pour les yeux) a accompagné sa fille dans une unité d'anesthésie de chirurgie ambulatoire d'un établissement public de santé. Une infirmière a alors demandé à cette femme « de se découvrir le visage car elle allait faire peur aux enfants ». Cette dernière a refusé en précisant « qu'aucune loi ne l'y

---

<sup>66</sup>Lexicographie du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/pros%C3%A9lytisme>

<sup>67</sup>TRUCHET (D.), « Services publics de santé et neutralité religieuse », in LECA (A.), dir., *Santé, religion et laïcité : actes du IXe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p.137-147.

<sup>68</sup>CE, 2 novembre 1992, *Kherouaa et autres*, n°130394 ; Rec.p.389.

<sup>69</sup>Circulaire DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

*obligeait [la loi de 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public n'existant pas encore] et qu'il était inacceptable que l'on intervienne dans sa vie privée ou ses convictions religieuses et qu'elle devait être traitée avec autant de déférence que les autres mamans accompagnant leurs enfants ». L'infirmière proposa un compromis en lui disant qu'elle pourrait le remettre lorsqu'elle serait seule avec sa fille dans la chambre. La mère refusa et décida d'annuler l'intervention chirurgicale. Invoquant une discrimination, l'affaire est portée devant la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE)<sup>70</sup>. La Haute Autorité a conclu à l'absence d'une quelconque discrimination dans la demande formulée par l'infirmière dès lors que « l'administration hospitalière a recherché une solution permettant l'application d'une mesure appropriée à la situation sans qu'à aucun moment, n'apparaisse la volonté de porter atteinte aux convictions religieuses de la réclamante »<sup>71</sup>.*

Toutefois, si le port de vêtements religieux ne porte pas atteinte aux règles d'hygiène et qu'il ne perturbe pas les autres usagers, alors le personnel est libre de ne pas demander à la personne de le retirer (cela concerne tout objet religieux mais le plus souvent ce sont les vêtements qui sont à la source du litige).

Comme l'a évoqué le Professeur Truchet, le prosélytisme n'est pas seulement « passif », mais il peut également être « actif ».

## **II. Le prosélytisme actif**

Le plus souvent, le prosélytisme actif consiste à essayer pour une personne d'en convertir une autre à sa religion, à ses opinions ou à ses idéaux afin de le convaincre d'y adhérer. Ce terme est employé notamment lorsque cette conversion est réalisée avec insistance.

Il est prohibé en toutes circonstances, « qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel »<sup>72</sup> car il porte gravement atteinte à la liberté de conscience des agents et des usagers.

Les patients, qui disposent d'une plus grande liberté d'expression que les agents, sont plus susceptibles d'exercer un prosélytisme actif. Ainsi, si le patient essaye de convaincre avec insistance d'autres patients, il pourra se voir imposer des sanctions. Si après plusieurs rappels

---

<sup>70</sup>La HALDE a disparu du paysage institutionnel en 2011 et a été remplacé par le Défenseur des droits.

<sup>71</sup>Délibération n°2007-210 du 3 septembre 2007 relative au port du niqab au sein d'un établissement public de santé.

<sup>72</sup>Charte du patient hospitalisé issue de la circulaire DGS/DH du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés abrogée par la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SDA4 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

à la règle le patient continue d'exercer un prosélytisme actif, le directeur de l'établissement pourra prononcer « *toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé* »<sup>73</sup>.

L'agent, du fait de son statut, est soumis à l'obligation de neutralité et de réserve qui limite sa liberté d'expression, et donc les tentatives de prosélytisme actif. Cependant, si l'agent est l'auteur de tels faits, des sanctions pourront aussi être prononcées contre lui. Par exemple, l'Observatoire de la laïcité, dans son rapport annuel de 2020<sup>74</sup>, donne l'exemple d'un brancardier qui exerce des pressions prosélytes quotidiennes sur une infirmière pour l'exercice de certaines pratiques religieuses : il s'agit d'une violation de l'interdiction du prosélytisme. L'agent public devra être rappelé à l'ordre et le cas échéant sanctionné. L'administration hospitalière se doit de protéger les agents qui seraient victimes de pressions prosélytes.

*De facto*, tout prosélytisme à destination d'un autre agent ou d'un usager est interdit, sous peine d'être sanctionné par le directeur de l'établissement en vertu de son pouvoir de police général<sup>75</sup>.

Le prosélytisme entrave la liberté de conscience des autres personnes. Il faut souligner que cette entrave peut générer d'autant plus de conséquences dans un hôpital car le public y est vulnérable, le plus souvent dans un état de dépendance physique et/ou psychologique. C'est parce qu'il est plus facile d'altérer les idées et opinions d'une personne vulnérable que le législateur a été intransigeant avec ces comportements.

Cette interdiction est valable aussi pour les ministres du culte présents dans l'enceinte des établissements publics de santé. Ils sont visés par la notion de « *personne bénévole* » dans la circulaire de 2005. Il leur est interdit d'imposer une pratique religieuse aux usagers en profitant de leur vulnérabilité. Cette pratique est courante dans certains établissements, comme en témoigne l'ouvrage d'Isabelle Levy<sup>76</sup> dans lequel elle fait état d'un certain prosélytisme de la part des ministres du culte en relatant divers exemples, qui ne seront pas tous cités :

- « *Des bénévoles catholiques (...) distribuent ostensiblement des bibles, chapelets et feuillets de prière à tous les malades rencontrés sur leur chemin et peu importe s'ils*

---

<sup>73</sup>CSP., art.L.1112-51.

<sup>74</sup>Rapport annuel de l'Observatoire de la laïcité, *Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé*, 2020, p.179.

<sup>75</sup>CSP., art.L.6143-7 §5 : « *Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles* ».

<sup>76</sup>LEVY (I.), *Menaces religieuses sur l'hôpital*, Presses de la Renaissance, 2011, p.24.

*sont d'une autre croyance, ils se doivent de découvrir et d'adhérer aux paroles de Jésus » ;*

- « *Des protestants et des musulmans qui sont envoyés sciemment à la messe pour faire plaisir à Mr le Curé* ».

Pourtant, ce n'est pas aux aumôniers d'aller chercher les patients qu'ils assisteront, mais aux patients de solliciter le service du culte par eux-mêmes ou par l'intermédiaire de leur famille, ou ceux qui, lors de leur admission, ont souhaités déclarer appartenir à tel ou tel culte<sup>77</sup>. Ils ne doivent pas exiger des pratiques religieuses de la part des patients hospitalisés. Ces agissements, bien qu'ils ne concernent qu'une minorité d'aumôniers, portent ouvertement atteinte à la liberté de conscience des patients.

A ce propos, le rapport Rossinot souligne que la présence des bénévoles religieux au sein des établissements, « *fait de l'hôpital public une cible de choix pour le prosélytisme religieux, mais aussi pour les mouvements sectaires* »<sup>78</sup>.

Enfin, l'interdiction du prosélytisme s'applique à la structure hospitalière dans sa globalité. Aucun établissement public de santé ne doit arborer de signes religieux extérieurs et intérieurs. Par exemple, la mise en place d'une crèche de Noël ou des croix dans les couloirs sont interdites. Le sapin de Noël n'est pas concerné car, contrairement aux idées reçues, il n'est pas considéré comme un signe religieux, mais comme une culture païenne directement liée aux fêtes du solstice d'hiver<sup>79</sup>. Les établissements hospitaliers doivent demeurer des lieux neutres, afin de ne pas mettre en avant une confession au détriment des autres.

La liberté de conscience est aussi protégée sous l'angle du *for externe*, notamment en protégeant les agents et les usagers de toutes sortes de discriminations.

## **§2 : L'interdiction des discriminations en raison des opinions et des croyances religieuses, garant de la liberté de conscience**

Aujourd'hui, tout un chacun peut, en théorie, exprimer librement ses opinions sans craindre de représailles de la part des autres membres de la société. Cette liberté est aussi garantie au sein

---

<sup>77</sup>Circulaire DHOS/P1 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

<sup>78</sup>Rapport du groupe de travail présidé par ROSSINOT (A.), *La laïcité dans les services publics*, 2006, p.23.

<sup>79</sup>MARGINA (F.), « Le sapin de Noël et la crèche sont-ils de symboles religieux », *France Inter*, 2015. URL : <https://www.franceinter.fr/emissions/le-vrai-faux-de-l-europe/le-vrai-faux-de-l-europe-25-decembre-2015>.

d'un établissement hospitalier. En effet, les discriminations en raison des opinions et des croyances religieuses sont prohibées qu'elles proviennent des usagers (I) ou des agents (II).

## **I. L'interdiction des discriminations envers les agents publics**

Les discriminations sont diverses et sont pratiquées par différents protagonistes allant de la hiérarchie (A) aux usagers qui peuvent récuser des membres du personnel hospitalier. (B).

### A. L'interdiction des discriminations dans la carrière

Les agents de la fonction publique ont le droit au respect de leurs convictions religieuses. Ce droit est protégé par l'alinéa 5 du Préambule de 1946 qui dispose que « *chacun a le droit de travailler et le droit d'obtenir un emploi. Nul ne peut être lésé, dans son travail ou son emploi, en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances* ». Cet alinéa protège les travailleurs contre des pratiques discriminatoires pouvant être exercées par l'employeur<sup>80</sup>. Il fait écho au régime de Vichy durant lequel les autorités avaient élaboré un statut des juifs qui d'une part, leur interdisait, l'accès à la fonction publique et d'autre part excluait ceux qui étaient déjà en fonction<sup>81</sup>.

Cette liberté de manifester ses opinions est aussi garantie par l'article 11 de la DDHC, selon lequel « *tout citoyen peut donc parler, écrire, imprimer librement* ».

La liberté de conscience des fonctionnaires est aussi protégée par l'article 6 de la loi de 1983<sup>82</sup>, disposant que « *la liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires* ». De plus, l'alinéa 2 précise « *qu'aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle ou identité de genre, de leur âge, de leur patronyme, de leur situation de famille ou de grossesse, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race* ».

En conséquence, les agents ne peuvent pas subir de discrimination dans l'accès à la fonction publique, en raison de leurs opinions ou croyances religieuses. Une telle attitude est ainsi réprimée par les juridictions, notamment par la jurisprudence constante du Conseil d'Etat. C'est en 1939 que la construction jurisprudentielle a débuté avec le célèbre litige « *Demoiselle Beis* ».

---

<sup>80</sup>Ici le terme « travailleur » inclut les fonctionnaires de la fonction publique.

<sup>81</sup>MOREAU (L), art.cit., p.295.

<sup>82</sup>Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Dans ce litige opposant un candidat à un concours administratif et l'administration, les magistrats du Palais-Royal ont jugé que la pratique d'une religion ne devait pas constituer un critère discriminant à l'encontre d'un candidat à un poste de la fonction publique<sup>83</sup> ou d'un agent contractuel prétendant à la titularisation<sup>84</sup>.

Afin de respecter la sphère privée de l'individu prétendant à un poste d'agent public hospitalier, des questions religieuses ne peuvent pas être abordées à l'occasion d'un recrutement. Si le recruteur pose des questions qui, selon l'agent, relèvent de sa liberté de conscience, il ne sera pas tenu d'y répondre. En revanche, l'employeur a la possibilité, au cours de l'entretien, de rappeler au candidat les principes qui régissent le fonctionnement du service et donc l'obligation de neutralité et de réserve.

Les magistrats du Conseil d'Etat veillent aussi au respect des croyances religieuses des agents dans le déroulement de la carrière des agents publics. Un agent ne peut pas se voir attribuer une mauvaise appréciation sur sa feuille de notation constitutive d'une mesure défavorable qui serait fondée sur l'appartenance à une religion<sup>85</sup>. Sur le même fondement, il ne peut pas se voir mettre fin à ses fonctions dès lors que la décision était « *uniquement motivée par les croyances religieuses de la demoiselle Pasteau* »<sup>86</sup>.

De surcroît, une sanction disciplinaire ne peut être prononcée à l'encontre d'un agent public au seul motif qu'il appartiendrait à une secte, si aucun acte de prosélytisme au sein ou à l'occasion du service n'est démontré [à propos des Témoins de Jéhovah]<sup>87</sup>.

De plus, il « *ne peut être fait état dans le dossier d'un fonctionnaire, de même que dans tout document administratif, des opinions ou des activités politiques, syndicales, religieuses ou philosophiques de l'intéressé* »<sup>88</sup>. Dès lors, l'appartenance à une religion ne peut pas être inscrite dans le dossier d'un agent public, et ne peut pas entraver l'accès à une titularisation.

Par le biais de cette jurisprudence, qui a été réaffirmée au fil des contentieux, le législateur est intervenu afin de consacrer le droit au respect des croyances religieuses et l'interdiction à la discrimination.

---

<sup>83</sup>CE, 25 juillet 1939, *Demoiselle Beis* ; Rec. p. 524.

<sup>84</sup>CE, 3 mai 1950, *Demoiselle Jamet*, n°98284 ; Rec.p.247.

<sup>85</sup>CE, 16 juin 1982, *Epoux Z*, n°23277.

<sup>86</sup>CE, 8 décembre 1948, *Demoiselle Pasteau* ; Rec. p. 464.

<sup>87</sup>TA Melun, 15 février 2005, n°01-360-5.

<sup>88</sup>Article 18 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Cette liberté de conscience, garantie par le principe de non-discrimination [fondée sur des motifs religieux<sup>89</sup>], profite aussi aux élèves en stage dans un établissement public de santé car ils sont considérés comme étant des agents publics et, *de facto*, soumis aux mêmes obligations et aux mêmes droits.

Dès lors, le juge administratif « veille à l'indifférence du service public »<sup>90</sup> à la liberté de conscience de l'agent.

Ces discriminations sont également punies par le juge pénal sur le fondement de l'article 225-1 du Code pénal qui définit la discrimination comme « toute distinction opérée entre les personnes physiques sur le fondement de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille (...) de leurs mœurs (...) de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée ». Dès lors, l'autorité qui a « refusé d'embaucher, à sanctionner ou à licencier une personne », selon les critères précités, s'expose à une peine de trois ans d'emprisonnement et de 45 000€ d'amende<sup>91</sup>.

En conclusion, les agents ne peuvent être discriminés pour des motifs religieux, par leur hiérarchie ni dans l'accès à une fonction ni dans le déroulement de leur carrière<sup>92</sup>.

#### B. L'interdiction des discriminations lors de la dispensation des soins

Les agents d'un établissement public de santé ne peuvent pas être discriminés par des usagers au nom de considérations religieuses. Cette pratique est plus connue sous le nom de « *récusation* », qui est « l'action de rejeter, de ne pas admettre quelqu'un »<sup>93</sup>.

Le plus souvent, dans les services hospitaliers, ce sont les membres de l'équipe soignante qui sont visés par cette pratique.

Ce sujet est assez périlleux car il met en jeu deux principes fondamentaux : le libre choix du praticien par le patient et l'interdiction des discriminations. L'équilibre entre ces deux principes peut s'avérer être difficile à trouver.

---

<sup>89</sup>CE, 28 juillet 2017, *Mme Boutaleb et autres*, n°390740 ; AJDA, 2017, p.1583, note P. JUSTON et J. GUILBERT.

<sup>90</sup>BARTHELEMY (J.), art.cit, p.1069.

<sup>91</sup>C.pén., art.225-2.

<sup>92</sup>CE, avis, 30 mai 2000, *Demoiselle Marteaux*, n°217017 ; AJDA 2000, p.602, note M. GUYOMAR et P. COLLIN.

<sup>93</sup>Dictionnaire numérique Larousse. URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9cusation/67274#:~:text=D%C3%A9finitions%20de%20r%C3%A9cusation.%20fait%20de%20refuser%2C%20par%20sout%20on,rejeter%2C%20de%20ne%20pas%20admettre%20quelqu%27un%2C%20quelque%20chose.>

Tout d'abord, le libre choix du praticien par le patient est un principe fondamental de la législation sanitaire<sup>94</sup>. En vertu de ce principe, le patient choisit librement le praticien de son choix, et peut décider de ne pas être examiné ou soigné par un praticien du sexe opposé.

Toutefois, la récusation pour motif religieux est prohibée. En effet « *le libre choix du malade ne permet pas que la personne prise en charge puisse s'opposer à ce qu'un membre de l'équipe de soins procède à un acte de diagnostic ou de soins pour des motifs tirés de la religion connue ou supposée de ce dernier* »<sup>95</sup>. La récusation pour motifs religieux est aussi sanctionnée par le Code pénal au titre des discriminations. Le patient ne peut donc pas s'opposer à un acte de soins délivré par un agent public qui, selon ses dires, appartiendrait à telle ou telle religion, et qui ne serait pas « conforme » à la religion de ce dernier. De plus, un patient ne peut pas exiger que le soin soit prodigué par un agent en particulier qui appartiendrait, au même culte que le patient. Ces attitudes sont punies de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000€ d'amende<sup>96</sup>. Outre la sanction pénale, le patient peut se voir infliger une sanction prononcée par le directeur de l'établissement qui peut l'exclure si son attitude cause des désordres persistants et trouble le fonctionnement normal du service.

Cependant, la pratique est assez différente de la théorie. Si une telle problématique se pose, rien n'interdit au service de s'efforcer de satisfaire la demande du patient lorsque cela est possible. En d'autres termes, même si les textes répriment la discrimination les services peuvent essayer de débloquent la situation conflictuelle en demandant à tel soignant de prodiguer les soins nécessaires au patient en question, si l'organisation du service le permet. En proposant cette solution, le personnel ne cherche pas à « répondre au caprice du patient », mais seulement à essayer d'instaurer une confiance entre le patient et le soignant afin d'assurer l'efficacité des soins. Si cette confiance passe par le choix d'un soignant en particulier, et que ce choix ne perturbe pas l'organisation du service, alors pourquoi ne pas le satisfaire ? Il est important de rappeler que la confiance est le pilier fondamental de la relation médecin-patient, comme l'illustre la citation du Professeur Louis Porte « *il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret* ».

---

<sup>94</sup>CE, 18 février 1998, *Section locale du Pacifique Sud de l'ordre des médecins*, n°171851 ; RFDA.,1999, p.47, note M. JOYAU : « *La liberté de choix du médecin par le patient et la liberté de prescription figurent au nombre des principes généraux du droit qui s'imposent à toutes les autorités réglementaires, même en l'absence de dispositions législatives* ».

<sup>95</sup>Circulaire DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

<sup>96</sup>C.pén., art.225-2.

L'interdiction des discriminations s'applique aussi aux agents envers les usagers.

## **II. L'interdiction des discriminations envers les usagers**

Pasteur disait, « *je ne te demande pas quelle est ta race, ta nationalité ou ta religion, mais quelle est ta souffrance* »<sup>97</sup>. Cette citation illustre bien le principe d'égalité devant le service public<sup>98</sup> selon lequel il doit être garanti un égal accès, à tous les usagers, à des activités de prévention et des soins de qualité, quelles que soient leurs convictions religieuses. En application de ce principe, un usager « *ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins (...) un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du code pénal* »<sup>99</sup>.

Les agents ne peuvent donc pas refuser de soigner, examiner ou diagnostiquer une personne en raison de ses convictions religieuses, supposées ou non. Le plus souvent, les convictions ne sont pas supposées car le patient n'est pas soumis au principe de stricte neutralité religieuse, et peut donc manifester ses convictions religieuses. Cette manifestation ne doit pas priver le patient de la dispensation de soins et de l'accès à des services de santé car tous les citoyens ont le droit de recevoir les traitements et les soins les plus appropriés, et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue<sup>100</sup>. En raison de cet accès aux soins pour tous, le personnel doit traiter avec égalité toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience<sup>101</sup>.

De plus, les soignants sont soumis à des devoirs déontologiques. Par exemple, les médecins ont l'obligation d'« *écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine (...) leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée (...) il doit leur apporter concours en toutes circonstances* »<sup>102</sup>. Cette disposition existe pour toutes les autres catégories de soignants.

A la différence de la liberté de conscience, la liberté de culte ne bénéficie qu'aux usagers des établissements publics de santé (Chapitre 2).

---

<sup>97</sup>LEVY (I.), *op.cit.*, p.247.

<sup>98</sup>Cons. Const, 18 septembre 1986, *Loi relative à la liberté de communication*, n°86-217 DC, §15.

<sup>99</sup>CSP., art.L.1110-3.

<sup>100</sup>CSP., art.L.1110-5§1.

<sup>101</sup>Charte de la laïcité dans les services publics.

<sup>102</sup>CSP., art.L.4127-5§1 et §2.

## **Chapitre 2 : La liberté de culte : un droit protégé et accordé aux usagers des établissements publics de santé**

Les textes issus de la législation sanitaire française consacrent la liberté de culte pour les patients (Section 1). Lors d'une hospitalisation, l'hôpital devient une sorte de seconde maison pour le patient. Il est donc important que durant ce temps il puisse exercer ses préceptes religieux, préceptes qui bien souvent aident les plus vulnérables à combattre la maladie, à trouver de la force et de l'espoir là où parfois il n'y en a plus beaucoup.

En application de ces textes, le fait religieux a été intégré à la vie hospitalière notamment dans son organisation (Section 2).

### **Section 1 : Une législation en faveur des patients permettant la liberté d'exercice du culte dans l'enceinte de l'hôpital**

*« L'Hôpital, à l'instar de la République, n'est pas anti-religieux ou anticlérical, il est strictement areligieux, c'est-à-dire qu'il est neutre (...) les établissements de santé doivent demeurer des lieux neutres et sécularisés qui sont autant d'espaces de liberté où peuvent s'exprimer les croyances et les spiritualités religieuses ou laïques »<sup>103</sup>.*

En France, et depuis quelques années les droits des patients ont été réaffirmés au travers de différents textes. Parmi ces droits, figurent le libre exercice du culte. Attachée à la liberté de conscience, la République garantit aussi la liberté religieuse du patient et de là, la liberté de manifester son culte. Cette liberté religieuse est garantie par le principe de laïcité qui, contrairement à ce qui peut être rapporté, n'interdit pas l'exercice du culte dans la sphère publique.

De là, tous les usagers d'un établissement public de santé et en vertu du principe de laïcité, du droit au respect de leur vie privée, doivent pouvoir exercer le culte auquel ils sont attachés, tout en respectant les règles hospitalières.

La liberté de manifester son culte n'est pas un droit absolu dès lors que cette liberté doit être conciliée avec le bon fonctionnement du service, l'état de santé du patient ou encore le respect des libertés d'autrui. Il est important de noter qu'en cas de conflit entre le bon fonctionnement

---

<sup>103</sup>MARTINENT (E.), « Les aumôneries et la présence spirituelle dans les hôpitaux et les établissements publics de santé », in VIALLA (F.) et FORTIER (V.), dir., *La religion dans les établissements de santé*, Montpellier, Les études hospitalières, 2013, p.175.

du service et l'exercice du culte par exemple, l'exercice du culte ne pourra être exercé dès lors que le fonctionnement d'un service hospitalier ne peut être perturbé. Pour résumer cet avant-propos, Christian Byk énonçait à ce sujet que « *l'hôpital se doit de mettre en œuvre les modalités d'exercice de la liberté de religion des patients sous la seule réserve de préserver le cœur de sa mission de soins* »<sup>104</sup>.

Il convient de préciser que tout au long de cette section, il sera fait mention de la liberté d'exercer son culte qui doit être appréhendée sous l'angle de la liberté de religion car elle est intrinsèquement liée à cette liberté. En effet, la liberté de religion comprend la liberté de changer de religion ou de conviction ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction seule ou en commun, tant en public qu'en privé, par l'enseignement, les pratiques, le culte et l'accomplissement des rites<sup>105</sup>. La liberté de religion est une liberté individuelle mais aussi une liberté collective. Elle est individuelle lorsqu'elle consiste pour l'individu à choisir librement s'il souhaite adhérer à une religion ou non. Elle est aussi collective car elle donne droit à une pratique collective comme la liberté pour les fidèles de se réunir, de s'associer, d'organiser le culte et de le célébrer<sup>106</sup>.

Avant de s'attarder à l'analyse de la législation concernant la liberté d'exercer son culte (§2), il convient de définir ce qu'est un culte (§1).

## **§1 : La définition du « culte »**

Pendant longtemps se posait la question de savoir quels mouvements religieux étaient concernés par la liberté d'exercer son culte au sein d'un établissement public de santé ? En France, il est souvent fait la distinction entre les mouvements religieux « connus »<sup>107</sup> et les autres qui peuvent poser des difficultés de qualification et donc de législation applicable.

Ces mouvements naissant ou ancrés dans la société, se prétendent être des mouvements religieux, mais il est difficile de les rattacher à une « religion connue ». Certains mouvements nient tout rattachement à une religion, quand d'autres se sont fait rejeter de la religion à laquelle ils ont été assimilés.

---

<sup>104</sup>BYK (C.), « La laïcité : garantie d'un lien apaisé entre santé et religion à l'hôpital », in LECA (A), dir., *Santé, religion et laïcité*, Aix en Provence, LEH Edition, n°13, 2010, p.151

<sup>105</sup>Article 9§1 Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

<sup>106</sup>OTTAN (M.), « La liberté confessionnelle dans les établissements de santé », *RDS*, n°24, 2008, p. 442 cite ROBERT (J.), « La liberté religieuse », *Revue international de droit comparé*, 1994, p.629-644.

<sup>107</sup>Rapport public du Conseil d'Etat, *Un siècle de laïcité*, 2004, p.382 : les religions connues sont assimilées aux religions anciennes : catholicisme ; judaïsme ; protestantisme ; bouddhisme ; islam.

Il faut donc pouvoir définir ce qu'est un culte, afin d'appliquer les règles relatives au libre exercice du culte dans un établissement public de santé. La loi de 1905 ne définit pas la notion de culte. En conséquence et dans un premier temps, le juge administratif a suppléé cette carence, en dégagant des critères jurisprudentiels concernant le caractère cultuel ou non d'une association<sup>108</sup> : l'existence d'un culte ; l'exercice du culte doit être l'objet exclusif de l'association et aucune des activités de l'association ne doit être contraire à l'ordre public.

Cependant, caractériser un mouvement de cultuel ou non est très complexe. En effet, le juge administratif souligne que « *le seul fait d'adhérer à une doctrine potentiellement dangereuse pour l'ordre public ne peut suffire pour dénier à une association le caractère d'association cultuelle* »<sup>109</sup>. Les juridictions procédaient alors au cas par cas pour déterminer le caractère cultuel ou non de certains mouvements.

En 1997, et en l'absence de définition juridique de la notion de « culte », le Conseil d'Etat s'est chargé de la définir. C'est dans son célèbre avis *Association locale pour le culte des témoins de Jéhovah de Riom*, que le culte est défini comme étant « *une communauté de personnes réunies par une même croyance religieuse et son exercice consiste en la célébration de certains rites ou certaines pratiques* »<sup>110</sup>. De cette définition, deux conditions sont à réunir : une croyance religieuse commune et la célébration de certains rites ou pratiques. Si ces conditions ne sont pas remplies, le mouvement ne pourra pas se voir attribuer la qualification de culte et ne se verra pas jouir des règles concernant le libre exercice du culte.

Pour le Conseil de l'Union Européenne, la liberté de religion, qui inclue la pratique d'un culte, est une liberté fondamentale qui « *englobe toutes les religions ou convictions, y compris celles qui ne sont pas traditionnellement pratiquées dans un pays donné, les convictions des personnes appartenant à des minorités religieuses, ainsi que les convictions non théistes ou athées* »<sup>111</sup>. Par conséquent, le libre exercice du culte profite à tous les mouvements se revendiquant comme étant religieux ou non, à l'inverse du Conseil d'Etat qui subordonne l'appartenance à un culte à des conditions. De plus, la définition du Conseil de l'Union Européenne, outrepassa la croyance religieuse car elle y inclut les simples convictions d'une personne.

---

<sup>108</sup>CE, Ass, 1<sup>er</sup> février 1985, *Association chrétienne « Les témoins de Jéhovah de France »*, n°46488 ; Rec. p.22.

<sup>109</sup>CE, 23 juin 2000, *Ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie c. Association locale pour le culte des témoins de Jéhovah de Clamecy*, n°215109 ; Rec.p.242.

<sup>110</sup>CE, avis, 24 octobre 1997, *Association locale pour le culte des témoins de Jéhovah de Riom*, n°187122 ; RFDA 1998. p. 61, note J. ARRIGHI DE CASANOVA.

<sup>111</sup>Conclusions du Conseil de l'UE, *La liberté de religion ou de conviction*, 2973<sup>e</sup> session, 16 novembre 2009.

La liberté de religion s'applique de façon égale à toutes les personnes et plus précisément à tous les usagers du service public dans le cadre d'un établissement public de santé. L'usager d'un service public est une « *personne qui a recours à un service, en particulier à un service public, ou qui emprunte le domaine public* »<sup>112</sup>. Pour Didier Truchet, « *les usagers sont des personnes dont les convictions doivent être respectées dans toute la mesure et compatible avec la bonne organisation et le bon fonctionnement du service* »<sup>113</sup>.

## **§2 : Le contenu de cette liberté**

Tous les usagers du service public hospitalier ont, en principe, le droit au respect de leur croyance et la liberté d'exercer leur culte. Cette liberté doit être pleinement garantie notamment dans un établissement public de santé qui est un lieu considéré comme fermé<sup>114</sup> dès lors que la liberté d'aller et de venir des patients est limitée du fait de leur pathologie et des règles à respecter dans l'enceinte de l'établissement. Les durées de séjour de ces personnes considérées comme vulnérables sont variables, elles peuvent aller de quelques jours, à quelques semaines ou encore quelques mois. Il y a des cas dans lesquels les hospitalisations prennent fin par le décès du patient.

C'est notamment en raison de ces durées de séjour dans ce lieu « fermé », que l'hôpital doit parfois s'intéresser à ce qui relève de l'intime des individus, et donc inévitablement traiter de la question religieuse<sup>115</sup>. Pour cela, il va être confronté à des patients qui vont vouloir exercer librement leur culte. Cet exercice va se manifester sous différents aspects, un aspect individuel et un aspect collectif (I). Pourtant, encore beaucoup de patients ne sont pas tenus informés de cette possibilité (II).

### **I. La liberté de culte : un exercice individuel et collectif**

L'exercice individuel du culte se traduit notamment par des prières ou la pratique de certains rites individuels qui sont rendus possibles dans les chambres des patients car elle est considérée comme étant le domicile du patient. Ainsi, la pratique cultuelle ne peut être, en pratique, restreinte.

---

<sup>112</sup>Dictionnaire numérique Larousse. URL: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/usager/80761>.

<sup>113</sup>TRUCHET (D), « Services publics de santé et neutralité religieuse », in LECA (A), dir., *Santé, religion et laïcité*, Aix en Provence, LEH Edition, n°13, 2010, p.143.

<sup>114</sup>Les lieux fermés sont les établissements pénitentiaires, les casernes, les établissements scolaires.

<sup>115</sup>Rapport annuel de l'Observatoire de la laïcité, *Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé*, 2020.

En effet, la cour d'appel de Paris a considéré, en 1986, que la chambre du patient, durant toute la durée de sa prise en charge, était considérée comme son domicile privé au sens de l'article 184 du Code pénal. Ainsi, le patient a le droit « *sous la seule réserve des nécessités du service, de se dire chez lui* »<sup>116</sup>.

Le patient peut donc exercer son culte comme il le ferait à son domicile à condition, toutefois, de respecter les règles hospitalières. Par exemple, la prière individuelle peut être pratiquée librement par le patient dans sa chambre à la seule condition que son attitude ne cause pas des désordres, ne mette pas en danger sa sécurité, celle des autres patients et la sécurité de l'établissement. Afin de ne pas créer des désordres, l'établissement peut mettre en place des mesures de restrictions qui doivent être proportionnées aux conséquences de l'attitude du patient, comme l'interdiction d'utiliser des bougies lors de la prière au motif de la sécurité. Par cette interdiction ce n'est pas le caractère religieux de la pratique qui est sanctionné mais ses conséquences (incendie) au regard du bon fonctionnement du service public et de la sécurité de l'établissement<sup>117</sup>. Dans ces cas-là, une solution qui convient aux usagers et aux agents peut être trouvée, comme remplacer les bougies par des bougies artificielles.

Le malade hospitalisé peut donc prier ou disposer d'objets de culte dans sa chambre, mais pas dans les espaces communs qui sont des espaces neutres, afin de ne pas froisser une sensibilité confessionnelle en particulier<sup>118</sup>.

Les patients peuvent aussi demander à exercer collectivement leur culte, comme prier dans un lieu collectif, une salle spéciale. Les établissements doivent proposer un espace de recueillement ouvert aux pratiquants de tous les cultes<sup>119</sup>.

Les patients sont, en théorie, informés de cette liberté d'exercer son culte. En pratique, les équipes n'informent pas toujours les patients qui ne peuvent donc pas librement exercer leur culte.

---

<sup>116</sup>CA Paris, 11<sup>e</sup> ch.corr., 17 mars 1986, *Chantal Nobel* ; *Gaz. Pal.* 1986, 2, jurisp. p.429.

<sup>117</sup>VIALLA (F.), « Le refus de soins », in VIALLA (F.) et FORTIER (V.), dir., *La religion dans les établissements de santé*, Montpellier, Les études hospitalières, 2013.

<sup>118</sup>OTTAN (M.), « La liberté confessionnelle dans les établissements de santé », *RDS*, 2008, n°24, p.443.

<sup>119</sup>*Id.*

## **II. L'information relative à la liberté d'exercice d'un culte : une information encore insuffisante et des patients très peu informés**

Afin d'exercer librement leurs cultes, les patients doivent être informés de cette possibilité. Cette information doit d'abord passer par les textes régissant les droits des patients mais aussi par une information directe à leur entrée dans l'établissement.

Dans un premier temps, il est important de souligner que la source normative est assez limitée car très peu de textes nationaux évoquent le droit de participer à l'exercice de son culte, mais cette source reste suffisante. Il ne convient pas d'inscrire cette liberté dans d'autres textes que ceux existant car cela n'aurait aucun effet sur l'information faite aux patients et cela mènerait à une inflation réglementaire et législative.

Le contenu de l'article 1<sup>er</sup> de la loi de 1905 est général car il dispose que la République « *garantit le libre exercice des cultes sous les seules restrictions édictées ci-après dans l'intérêt de l'ordre public* ». Plus spécifiquement au service public hospitalier, c'est la circulaire de 1995 créant la charte de la personne hospitalisée, qui pose le principe selon lequel « *l'établissement doit respecter les croyances et les convictions des personnes accueillies. Dans les établissements publics de santé, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de son culte (recueillement, nourriture, liberté d'action et d'expression, rites funéraires)* »<sup>120</sup>. Pour le service public hospitalier, le Code de la santé publique dispose que « *les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte* »<sup>121</sup>, disposition qualifiée de « *laïcité libérale* » par Cécile Castaing<sup>122</sup>, maître de conférences en droit public.

La liberté offerte aux usagers de pratiquer leur culte ne s'applique pas seulement au service public hospitalier, mais à tous les services publics d'une manière générale. En effet, la Charte de la laïcité réaffirme la liberté d'exercice du culte tout en y rappelant les limites imposées aux détenteurs de cette liberté<sup>123</sup>.

---

<sup>120</sup>Circulaire DGS/DH du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé abrogé et remplacée par la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

<sup>121</sup>CSP., art.R.1112-46.

<sup>122</sup>CASTAING (C.), art.cit., p.2506.

<sup>123</sup>Charte de la laïcité dans les services publics : « *Les usagers des services publics ont le droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect de la neutralité du service public, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène* ».

Enfin, la circulaire relative à la laïcité dans la fonction publique rappelle que « *la qualité d'usager du service public n'implique en elle-même aucune limitation à la liberté d'opinion et de conscience, ni à la possibilité d'exprimer ses convictions [...] les usagers ont, a priori, le droit d'exprimer leurs convictions religieuses [...] mais la liberté de manifester sa religion ou ses convictions religieuses ne saurait avoir une portée absolue* ».

Ainsi, les établissements de santé doivent garantir la liberté de religion aux usagers et les soignants se doivent de reconnaître, comprendre et accepter les croyances et les convictions de ces derniers, sans tenir compte de leurs propres convictions. La liberté de religion ne doit pas conduire à des discriminations pour motifs religieux qui peuvent se manifester par des différences de traitements entre les patients, et qui seraient basées sur les convictions religieuses de ces derniers. Aussi, les établissements ne doivent pas favoriser un culte au détriment d'un autre.

Mais quand-est-il de l'information dispensée aux patients ? En principe ils sont informés de la possibilité d'exercer leur culte notamment par l'affichage de la Charte de la laïcité dans les services publics ou encore dans le livret d'accueil qui contient un résumé de la Charte de la personne hospitalisée, voire pour certains contiennent une partie relative aux droits des patients dans laquelle la liberté religieuse de l'usager est inscrite. Cependant, après avoir consulté différents livrets d'accueil de différents centres hospitaliers (universitaires), le résumé du point 8 de la Charte hospitalisée intitulé « la personne hospitalisée est traitée avec égards », dispose que « *ses [le patient] croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité* ». Alors, comment le patient à qui le personnel n'a remis qu'un livret d'accueil, est informé de la liberté qui lui est accordée d'exercer librement son culte ?

En revanche, il y a certains établissements hospitaliers qui fournissent des efforts d'information en affichant le résumé de la Charte de la personne hospitalisée dans les lieux de passage comme les halls d'accueil, salles d'attente, couloirs des services.

Or, dans la mesure où la seule source normative n'est pas suffisante car beaucoup de patients ne connaissent pas leurs droits, une information supplémentaire délivrée à l'oral est nécessaire. Les étudiants du Master 2<sup>124</sup> de droit de la santé de l'université de Bordeaux avaient relevé que les patients n'étaient pas toujours assez informés de leurs droits concernant l'exercice de la religion et donc ne pouvait pas l'exercer pleinement. En conséquence de cela, le personnel de

---

<sup>124</sup>Etude menée par les étudiants du Master 2 droit de la santé de l'université de Bordeaux, « la pratique de la religion durant le séjour du patient dans un établissement de santé », 2019.

l'établissement doit approfondir le travail d'information à l'égard du patient, notamment expliquer à ce dernier qu'il a la possibilité d'exercer librement son culte sous réserve des limites posées par les textes (ces limites seront étudiées ultérieurement). Partant de là, les patients seraient tous informés, et leurs droits concernant la religion ne seraient plus lésés.

En conclusion, le principe de laïcité n'empêche pas, bien au contraire, l'exercice de la religion des usagers des différents services publics français. A ce propos, l'avocat Jean Barthélémy disait que *«la liberté de religion est appréhendée par le service public et trouve sa place tant dans son organisation que dans son fonctionnement. C'est une place qui est nécessairement sujette à condition et à limite »*<sup>125</sup>. En effet, la liberté de religion du patient est une liberté publique, et donc elle doit demeurer être la règle, et la restriction est l'exception<sup>126</sup>.

Le fait religieux est intégré dans le quotidien d'un établissement hospitalier, et notamment dans son organisation.

## **Section 2 : La prise en compte du fait religieux dans l'organisation hospitalière**

*« Par l'intégration du fait religieux dans l'organisation du service, on entend la prise en compte de la liberté de religion dans l'organisation même du service, le plus souvent sur la base de textes réglementaires faisant place à l'expression des convictions religieuses des agents et des usagers »*<sup>127</sup>.

Dans l'organisation du service hospitalier, le fait religieux est pris en compte à travers les aumôneries (§1) et les prescriptions alimentaires liées à des motifs religieux (§2). Il a été fait le choix de se concentrer sur ces deux thèmes car, selon moi, ce sont les plus représentatifs de la liberté d'exercice du culte des patients. Ils permettent de garantir un lien entre le spirituel et le patient tout au long de son hospitalisation à travers la présence physique d'une personne, les aumôniers, ou encore au moment des repas en essayant de garantir le plus possible le respect des prescriptions alimentaires religieuses des patients.

---

<sup>125</sup>BARTHELEMY (J.), art.cit, p.1074.

<sup>126</sup>CASTAING (C.), art.cit., p.2506.

<sup>127</sup>BARTHELEMY (J.), art.cit., p.1074.

## §1 : Les aumôneries garant du lien entre le spirituel et le patient

L'article R.1112-46 du Code de la santé publique dispose que « *les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix* ».

Tous les aumôniers n'ont pas le même statut (I), mais ils sont tous investis des mêmes missions (II). Tous les patients, s'ils le désirent ont accès aux services des aumôneries, même si en pratique cet accès reste encore bien méconnu de beaucoup d'entre eux (III).

### I. Le statut des aumôniers

Le ministre du culte, plus communément appelé l'aumônier, est « *attaché à un établissement, à une collectivité ou à un corps, pour y assurer la direction spirituelle, l'instruction religieuse et le service divin* »<sup>128</sup>. La présence d'un aumônier est prévue par l'article 2 de la loi du 9 décembre 1905 qui dispose que « *peuvent être inscrite au budget de l'Etat, des départements et des communes, les dépenses relatives à des services d'aumôneries et destinées à assurer le libre exercice des cultes dans les établissements publics tels que les lycées, collèges, écoles, hospices, asiles et prisons* ».

Aux premiers abords, le financement des services d'aumônerie et l'absence de financement des cultes de la part de l'Etat est antinomique. Mais pour le magistrat Christian Byk, le financement des aumôneries n'est pas contraire au principe de laïcité mais il est « *une exacte application de celui-ci puisque l'article 1<sup>er</sup> de la loi [loi du 9 décembre 1905] proclame : la République assurer la liberté de conscience. Elle garantit le libre exercice des cultes sous les seules restrictions édictées ci-après dans l'intérêt de l'ordre public* »<sup>129</sup>.

N'étant pas une exception au principe de laïcité, les services d'aumôneries sont mis en place par l'établissement hospitalier pour chaque culte qui le demande, en fonction des besoins exprimés ou recensés par l'établissement<sup>130</sup>. Afin d'accompagner et réglementer les ministres du culte, une Charte nationale des aumôneries relevant de la Fonction publique hospitalière a été établie afin de « *définir un certain nombre de principes fondamentaux et d'harmoniser la pratique des aumôniers hospitaliers dans le respect de leurs cultes respectifs, des droits des*

---

<sup>128</sup>Dictionnaire numérique de l'Académie Française. URL : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A3158>.

<sup>129</sup>BYK (C.), « La laïcité : garantie d'un lien apaisé entre santé et religion à l'hôpital », in LECA (A), dir., *Santé, religion et laïcité*, Aix en Provence, LEH Edition, n°13, 2010, p.151.

<sup>130</sup>Charte nationale des aumôneries des établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

*patients hospitalisés et des valeurs de la République* »<sup>131</sup>. Cette Charte permet aussi de faciliter le dialogue entre les aumôniers et les directions d'établissement.

#### A. Le recrutement

Les aumôniers sont recrutés en qualité d'agents contractuels ou autorisés en tant que bénévoles par les chefs d'établissement sur proposition des autorités cultuelles dont ils relèvent en fonction de leur organisation interne : évêchés, consistoires israélites centraux, régionaux ou locaux, aumônier national hospitalier du conseil français du culte musulman ou des conseils régionaux du culte musulman et commission nationale ou régionale des aumôneries des établissements sanitaires, sociaux ou médicaux sociaux de la Fédération protestante de France ou présidents des conseils régionaux de l'Eglise réformée de France etc<sup>132</sup>. En l'absence d'autorité cultuelle clairement identifiée, il ne peut être donné droit à une demande de mise en place d'un service d'aumônerie<sup>133</sup>.

Le pouvoir de recrutement/autorisation est partagée en deux. En effet, dans un premier temps l'autorité cultuelle va définir le religieux qui sera nommé aumônier et dans un second temps c'est l'établissement de santé qui va décider de le recruter/l'autoriser ou non.

Si l'aumônier a la qualité d'agent contractuel il est recruté sur la base d'un contrat de droit public<sup>134</sup>. *A contrario*, s'il est bénévole au sein de l'établissement, il n'est pas considéré comme un agent contractuel mais comme un collaborateur occasionnel du service public. Dans les deux cas il est soumis à l'autorité du chef d'établissement, au règlement intérieur, au respect des règles et de la déontologie qui s'imposent à tout intervenant interne et externe de l'hôpital. Il est aussi soumis à une stricte confidentialité en ce qui concerne la vie personnelle et familiale des patients rencontrés.

Un aumônier peut être à la fois agent public contractuel dans un établissement et bénévole dans un autre.

---

<sup>131</sup>Circulaire DGOS/RH4 du 5 septembre 2011 relative à la charte des aumôneries dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

<sup>132</sup>Circulaire DHOS/P1 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

<sup>133</sup>Charte nationale des aumôneries des établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

<sup>134</sup>Décret du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Aussi, il est important de préciser que le principe de neutralité du service public ne s'applique qu'aux aumôniers qui ont la qualité d'agent contractuel car ils sont soumis au statut de la fonction publique qui consacre ce principe. Le rapport Rossinot plaidait en faveur d'une extension par voie législative du principe de neutralité des agents publics pour les collaborateurs des services publics administratifs (bénévoles). Cette inscription aurait « *l'avantage d'assurer une meilleure protection des agents face aux pressions et aux remises en cause dont ils font l'objet, tout en donnant une garantie supplémentaire aux usagers du service public* »<sup>135</sup>. Aujourd'hui et même si le principe de neutralité est absent des textes concernant les collaborateurs occasionnels du service public, en pratique les aumôniers bénévoles sont aussi soumis à ce principe fondamental.

Pour devenir aumônier, le religieux doit attester d'un certain nombre de formation.

#### B. L'acquisition du statut d'aumônier : les formations religieuses, civiles et civiques

Afin d'acquérir le statut d'aumônier dans un établissement public de santé, les candidats doivent valider un diplôme sanctionnant une formation civile et civique agréée<sup>136</sup>. Toutefois la validation de ce diplôme n'est pas une condition absolue, dès lors qu'un candidat peut être recruté en qualité d'aumônier même s'il n'est pas titulaire de cet examen, s'il s'engage à obtenir l'un de ces diplômes avant le terme de son contrat<sup>137</sup>.

De plus, l'aumônier doit se former en permanence dans les disciplines fondamentales pour l'exercice de sa mission<sup>138</sup>. Ces formations portent sur divers sujets tels que les connaissances de la culture hospitalière et du fonctionnement du service public ; les principales règles d'hygiène à l'hôpital ; les libertés en établissement de santé ; la psychologie de l'écoute des personnes en souffrance ou encore le questionnement éthique<sup>139</sup>. La formation est proposée par l'établissement ou l'autorité cultuelle<sup>140</sup>. En parallèle, les ministres des cultes reçoivent une formation religieuse propre à leur confession.

---

<sup>135</sup>Rapport du groupe de travail présidé par ROSSINOT (A.), *La laïcité dans les services publics*, 2006, p. 34.

<sup>136</sup>Décret du 3 mai 2017 relatif aux aumôniers militaires, hospitaliers et pénitentiaires et à leur formation civile et civique.

<sup>137</sup>*Id.*

<sup>138</sup>Charte nationale des aumôneries des établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

<sup>139</sup>*Id.*

<sup>140</sup>*Id.*

Concernant les effectifs des aumôniers pour chaque culte, c'est le conseil de surveillance de l'établissement qui les fixe en tenant compte de « *l'importance des établissements, de leur rayon d'attractivité et des données démographiques* »<sup>141</sup>.

Enfin, chaque année les Agences Régionales de Santé doivent recenser les aumôniers hospitaliers pour « *permettre un échange régulier sur les besoins et les modalités d'action des aumôniers, de faire un point régulier sur les difficultés éventuellement rencontrées dans les établissements de la région et de préparer au mieux les rencontres lors des instances de dialogue avec les différentes cultes* »<sup>142</sup>.

Une fois désignée, les aumôniers doivent remplir diverses missions religieuses.

## **II. Les missions et champs d'interventions des aumôniers**

Tout d'abord, ils assurent une fonction relevant du religieux et du spirituel. Cette fonction est conditionnée à la demande des patients ou de leur famille, ou aux patients qui « *lors de leur admission, ont souhaité déclarer appartenir à tel ou tel culte* »<sup>143</sup>. Par sa fonction, l'aumônier « *assure la direction spirituelle ; l'instruction religieuse et le service divin* » au sein de l'établissement<sup>144</sup>. Ils accompagnent et soutiennent les personnes hospitalisées, les familles, les proches dans le respect de leur communauté d'appartenance.

Ils apportent leur concours à l'équipe de soins sur les conséquences que peuvent avoir certaines décisions « *au regard des convictions et des pratiques religieuses* »<sup>145</sup>. Par exemple, l'aumônier va éclairer l'équipe soignante sur les implications que peuvent avoir certaines de leurs décisions au regard des convictions et des pratiques religieuses des patients, tout en respectant la démarche de soins. Sans compter qu'ils sont aussi ordonnateurs de rituels mortuaires lorsque les personnes sont décédées et que des rites religieux spécifiques doivent être organisés.

---

<sup>141</sup>Décret du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

<sup>142</sup>Circulaire DHOS/P1 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

<sup>143</sup>*Id.*

<sup>144</sup>Circulaire DGS/DH du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé abrogée et remplacée par la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SDA4 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

<sup>145</sup>Circulaire DGOS/RH4 du 5 septembre 2011 relative à la charte des aumôneries dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Les ministres des cultes sont aussi des médiateurs entre les usagers et les agents hospitaliers lorsque se pose des difficultés de compréhension, d'acceptation de certaines décisions de soins. Ils veillent à ce que les usagers pratiquants ne mettent pas en danger leur état de santé au nom de la foi religieuse. Ils apportent des solutions lorsqu'il y a des conflits entre les agents et les usagers, et permettent donc de débloquent des problématiques qui peuvent être préjudiciables pour les patients.

Enfin, ils peuvent être sollicités pour des actions de formation interne à l'établissement afin de diffuser la connaissance des traditions religieuses.

Les personnes exerçant la fonction d'aumônier sont de vrais atouts dans la relation de soins, notamment dans la confiance accordée par le patient aux équipes soignantes. Ils permettent de débloquent des situations parfois délicates et de rassurer les patients quant au respect de leurs cultes et de leur pratique.

Il est ainsi recommandé pour les soignants d'avoir recours aux aumôniers pour toute demande particulière, dans la délivrance des soins, en rapport avec des convictions religieuses supposées ou exprimées (refus de soins, décès...) <sup>146</sup>.

A plusieurs reprises, s'est posé la problématique selon laquelle le directeur d'un établissement public de santé s'est opposé à des visites culturelles. En principe, ce dernier ne peut pas s'opposer à de telles visites car « *la liberté religieuse est une liberté fondamentale, même en état de faiblesse, les patients hospitalisés ne sont pas pour autant privés de celle-ci* » <sup>147</sup>. La question s'était posée en 2005, lorsque dans un hôpital du Calvados, « *le directeur avait interdit aux témoins de Jéhovah de Lisieux de rendre visite à un patient de 78 ans en raison de son état de santé jugé fragile. Le patient avait demandé qu'un ministre du culte de l'Association des témoins de Jéhovah lui rende visite chaque semaine afin de lui apporter une assistance spirituelle et un enseignement biblique. Le chef d'établissement était allé plus loin en interdisant d'une manière générale, absolue et définitive à tout personne appartenant à cette communauté de rendre visite aux patients* » <sup>148</sup>.

Cette décision avait été contestée devant les juridictions administratives. Le tribunal administratif de Caen avait suspendu l'interdiction au motif que « *la fragilité psychiatrique du*

---

<sup>146</sup>Fiches CDOM 31, « Soins et laïcité au quotidien », n°6, p.13, 2015.

<sup>147</sup>NGAMPIO-OBELE-BELE (U.), « Laïcité, religion et santé dans les établissements publics de santé : ne conciliation parfois difficile », in LECA (A), dir., *Santé, religion et laïcité*, Aix en Provence, LEH Edition, n°13, 2010, p.179.

<sup>148</sup>*Ibid*, p.178.

*patient ne lui interdit pas d'avoir des entretiens d'ordre spirituel et, que la mesure prise à l'encontre du patient et des témoins de Jéhovah équivaut à une interdiction générale et absolue, ce qui crée un doute sérieux sur la légalité de la décision »<sup>149</sup>. Au fond, il a été jugé que le directeur devait apporter la preuve selon laquelle les visites représentaient un danger pour la santé physique et mentale de l'intéressé ou qu'elles menaçaient ses intérêts protégés par la mesure de tutelle dont il a fait l'objet ou qu'ils constituent une gêne pour le fonctionnement du service public hospitalier<sup>150</sup>.*

Lorsque de telles décisions sont prises, le patient peut rapporter la preuve d'une atteinte à sa liberté de culte, atteinte fondée par une décision administrative de refus express ou tacite, ou par une abstention administrative faisant suite à une demande explicite d'être visité par un ministre du culte<sup>151</sup>. Le juge sera saisi, il devra se prononcer quant à la légalité de la décision administrative individuelle et juger de la proportionnalité de l'atteinte à la liberté d'exercer sa ou une religion vis-à-vis d'autres intérêts légitimes<sup>152</sup>. En somme, « *le directeur d'un établissement n'est pas le directeur de conscience des usagers du service public* »<sup>153</sup>.

Il n'est pas un directeur de conscience, mais il peut empêcher l'accès des aumôniers aux patients de son établissement à la seule condition que son acte tende à protéger l'intérêt des patients. Cette arme contre les abus de faiblesses est prévue par l'article 223-15-2 du Code pénal<sup>154</sup> modifié par la loi 12 juin 2001 tendant à renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires.

---

<sup>149</sup>TA Caen, Ord., 26 avril 2005, *Association locale pour le culte des témoins de Jéhovah de Lisieux et M. François D c. Hôpital local d'Orbec-en-Auge*, n°0500914.

<sup>150</sup>TA Caen, 7 octobre 2007, *Association locale pour le culte des témoins de Jéhovah de Lisieux et M. François Duviard*, n°0500913.

<sup>151</sup>CEDH, 29 avril 2003, *Poltoratski c. Ukraine*, n°18812/97, §166.

<sup>152</sup>MARTINENT (E.), « Les aumôneries et la présence spirituelle dans les hôpitaux et les établissements publics de santé », in VIALLA (F.) et FORTIER (V.), dir., *La religion dans les établissements de santé*, Montpellier, Les études hospitalières, 2013, p.140.

<sup>153</sup>MARTINENT (E.), « Le directeur d'un établissement de santé n'est pas un directeur de conscience », *RDS*, n°21, 2008, p.99.

<sup>154</sup>C.pén., art.223-15-2 : « *est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 375 000€ d'amende l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente et connue de son auteur (...) pour conduire ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables* ».

Enfin, il convient d'ajouter que cette interdiction à la visite d'un ministre du culte ne peut se faire seulement si la motivation de la décision administrative est précise en fait et en droit et que les preuves des allégations sont rapportées<sup>155</sup>.

En ce qui concerne l'accès aux ministres des cultes, tous les patients ou les proches peuvent y accéder.

### **III. L'accès au service d'aumônerie**

Il est important de préciser qu'il n'existe aucune obligation légale de créer ou de gérer des aumôneries pour les établissements publics de santé<sup>156</sup>. C'est une possibilité qui relève de la faculté de libre administration du service intérieur des établissements. Toutefois, il est important de prévoir un service d'aumônerie car cela permet de sauvegarder la liberté de conscience et la liberté religieuse des patients hospitalisés. C'est pour cela que dans la majorité des hôpitaux un service d'aumônerie est prévu, notamment dans les grosses structures hospitalières. En effet, durant la journée de séminaire organisé par les étudiants en Master 2 droit de la santé de l'université de Bordeaux, un aumônier a fait remarquer qu'il n'y avait que très peu voire pas de service d'aumônerie dans les petits établissements<sup>157</sup>.

Pour les établissements publics de santé qui ont prévu un service d'aumônerie, ce service doit être permanent. Il n'intervient qu'à la demande des patients ou de leurs familles, proches. Les aumôniers ne peuvent pas intervenir de leur propre chef car ils doivent respecter l'obligation de neutralité du service public hospitalier et l'interdiction du prosélytisme.

Le patient ou sa famille doit être informé de la possibilité de faire appel à un ministre du culte. Pour cela, un référent est chargé d'organiser l'information au sein de l'établissement, dès l'admission et tout au long du séjour du patient.

De plus, l'accès au service d'aumônerie est plus large que le seul cadre familial/patient. Peuvent y avoir accès, les cadres de santé pour les patients ou pour eux-mêmes ; l'équipe soignante pour les patients ou pour eux-mêmes ; le personnel technique ou administratif ou encore l'aumônier d'une autre religion à la demande des patients.

---

<sup>155</sup>MARTINENT (E.), « Les aumôneries et la présence spirituelle dans les hôpitaux et les établissements publics de santé », art.cit., p. 142.

<sup>156</sup>MARTINENT (E.), « Les aumôneries et la présence spirituelle dans les hôpitaux et les établissements publics de santé », art.cit., p. 144.

<sup>157</sup>Etude menée par les étudiants du Master 2 droit de la santé de l'université de Bordeaux, « la pratique de la religion durant le séjour du patient dans un établissement de santé », 2019, p.32.

*Quand-est-il en pratique de l'accès aux aumôniers ?* Le plus souvent, l'accès à ce service est facilement identifiable. Généralement, les numéros des ministres des cultes sont contenus dans le livret d'accueil distribué aux patients lors de leur admission. En plus de ce livret, certains hôpitaux prévoient un affichage dans l'enceinte de l'établissement ou encore certaines équipes vont à la rencontre des patients pour leur donner une information orale supplémentaire<sup>158</sup>.

Pourtant il ressort de l'étude menée par les Masters 2 droit de la santé de l'université de Bordeaux que « *l'information est insuffisante et reste une problématique majeure, selon certains patients, infirmiers et aides-soignants. Une majorité des patients estime ne pas avoir une information suffisante sur cette question.* »<sup>159</sup> Pour les cadres de santé interrogés, l'information insuffisante « *s'explique par le fait que certains patients ne lisent pas le livret d'accueil* »<sup>160</sup>. *A contrario*, pour les patients interrogés « *la plupart d'entre eux affirme que rien ne leur a été expliqué, que ce soit à l'oral ou à l'écrit* »<sup>161</sup>.

Les hôpitaux doivent s'efforcer, *a minima*, de s'assurer que le livret d'accueil est bien remis au patient dans un premier temps et qu'il est lu par ce dernier dans un second temps. Cependant cette mesure est très difficile à mettre en œuvre car il est matériellement impossible de mettre, derrière chaque patient, un agent qui s'assure que le patient a bien lu le livret d'accueil. En conséquence, l'information orale délivrée en plus du livret d'accueil est bénéfique. Cela permettrait de s'assurer que le patient ou sa famille est bien au courant de la possibilité de faire appel à un aumônier. Un des établissements de santé a indiqué que l'information orale était la meilleure solution car si les patients ne lisent pas les livrets d'accueil, il ne sert à rien de créer des prospectus spécifiques en plus qui ne seront pas lu.

Selon l'étude, sur 40 patients interrogés<sup>162</sup>, 82,5% ont indiqués qu'ils n'avaient pas reçu d'informations et 66, 1% des personnes interrogées considèrent que les patients ne reçoivent pas une information suffisante<sup>163</sup>.

En revanche, même si les aumôniers sont mentionnés dans les livrets d'accueil, leur présence et la disponibilité au quotidien n'est pas mentionnée<sup>164</sup>. De plus, il y a des établissements dans

---

<sup>158</sup>*Id.*

<sup>159</sup>*Id.*

<sup>160</sup>*Id.*

<sup>161</sup>*Id.*

<sup>162</sup>Les étudiants du Master 2 précisent que cette étude n'est pas représentative et que le travail mené n'est pas un travail sociologique.

<sup>163</sup>Etude menée par les étudiants du Master 2 droit de la santé de l'université de Bordeaux, « la pratique de la religion durant le séjour du patient dans un établissement de santé », 2019.

<sup>164</sup>*Id.*

lesquels «le personnel de santé n'est pas au courant, au même titre que les patients, de la possibilité de faire appel à des représentants du culte. »<sup>165</sup>

Une autre difficulté se pose : les religions minoritaires qui n'ont pas de ministre du culte. Un aumônier interrogé par les étudiants « a évoqué l'exemple de la religion orthodoxe pour laquelle il y a une inculture au niveau de tous les établissements publics de santé. Pourtant des patients orthodoxes cherchent à rencontrer des aumôniers, il est donc très difficile d'accéder à leur demande »<sup>166</sup>. Le plus souvent, afin de pallier cette absence, des personnes extérieures viennent voir les patients alors même qu'ils n'ont pas le statut d'aumônier.

Aussi, certains patients n'osent pas informer le personnel sur leur religion, notamment par peur de discrimination, jugement... Sur 40 patients interrogés, 75,8% des patients croyants n'ont pas indiqués au personnel leur conviction religieuse<sup>167</sup>. Pourtant, les informations relatives à la religion du patient peuvent être consignées dans le dossier de soins sans jamais être informatisées, ni conservées au-delà du séjour hospitalier du patient<sup>168</sup>.

Pour conclure, même s'il existe des défaillances dans l'instauration du service d'aumônerie qui nécessitent des améliorations de la part des établissements publics de santé, la présence de ces aumôniers permet de garantir aux usagers le libre exercice de leur culte.

Les aumôniers reflètent le fait religieux intégrés à l'organisation hospitalière. Les pratiques religieuses sont aussi intégrées dans l'organisation des repas, qui peut être dictée par des prescriptions alimentaires religieuses.

## **§2 : Le respect des prescriptions alimentaires religieuses dans le cadre de la restauration collective hospitalière**

L'alimentation est un des sujets les plus problématiques dans un établissement de santé comme en témoigne le livre d'Isabelle Levy, *Menaces religieuses sur l'hôpital*.

En effet, cette thématique est problématique car le régime alimentaire peut avoir un impact sur le bon rétablissement de la personne. Il est souvent très difficile de concilier une alimentation correcte en prenant en compte les prescriptions alimentaires de chaque patient et leurs états de santé, d'autant plus lorsque ces prescriptions sont d'ordre religieuse.

---

<sup>165</sup>*Id.*

<sup>166</sup>*Id.*

<sup>167</sup>*Id.*

<sup>168</sup>Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Cette question est fondamentale pour les établissements publics de santé, car dans certains cas les patients peuvent refuser de se nourrir au motif que les plats proposés ne répondent pas à leurs prescriptions alimentaires. Alors, proposer des plats divers qui essaient de toucher à toutes les attentes religieuses, ou presque, des patients, est primordial.

Pour cela, les hôpitaux doivent « *s'efforcer dans la mesure du possible de trouver des alternatives à la nourriture que ne consommerait pas certains patients* »<sup>169</sup> afin de respecter le libre exercice du culte. D'autant plus que depuis un décret du 30 janvier 2012<sup>170</sup>, pèse sur les établissements une obligation de « *variété des repas avec 4 ou 5 plats à chaque déjeuner ou dîner* » et « *ils doivent adapter les plats aux goûts et à l'état de santé des patients* ».

Toutefois, concevoir des repas en respectant les recommandations nutritionnelles dues à l'état de santé du patient (régime sans sel, sans gras ou encore sans sucre) en prenant en compte aussi les habitudes alimentaires religieuses de ce dernier, est une tâche assez complexe pour les équipes de diététiciens. Toutefois, ne pas accomplir cette tâche pourrait mettre en danger l'état de santé du patient car en fonction de leur religion certains refusent de consommer certains aliments (I) ou encore pratiquent des périodes de jeûnes (II), qui peuvent être préjudiciables pour ces derniers.

## **I. Les aliments consommables et interdits selon les religions**

Certaines religions prescrivent et proscrivent la consommation de certains aliments (A). En considération de ces prescriptions et interdits alimentaires, les hôpitaux s'efforcent de se réinventer chaque jour en mettant en place des alternatives (B).

### A. Les différentes prescriptions religieuses

Tout d'abord en ce qui concerne le judaïsme, les adeptes de cette religion respectent la *cacherout* qui est l'ensemble des lois et coutumes alimentaires énonçant les aliments permis ou non à la consommation et la manière dont ils doivent être préparés<sup>171</sup>. Autrement dit, c'est le code alimentaire prescrit aux enfants d'Israël dans la Bible hébraïque<sup>172</sup>.

---

<sup>169</sup>Guide de l'Observatoire de la laïcité, *Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé*, 2016.

<sup>170</sup>Décret du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements sociaux et médico-sociaux.

<sup>171</sup><https://www.alimentarium.org/fr/savoir/interdits-alimentaires-judaisme-melanges-carnes-lactes>.

<sup>172</sup>*Id.*

Il existe deux prescriptions qui sont importantes pour les juifs. Premièrement, ils doivent consommer de la nourriture « casher », qui signifie en hébreu une nourriture « apte » ou « convenable » à la consommation<sup>173</sup>. Cette nourriture est donc « conforme » aux lois de la Torah. Il existe divers aliments casher tels que la viande, les fruits, légumes, céréales etc. De plus, tous les aliments industriels et les établissements de restauration doivent être certifiés par un rabbin compétent ou une agence de supervision cacherout.

Par exemple, une viande certifiée casher c'est une viande qui provient d'un animal « pur » (ceux qui ont le sabot fendu et qui se nourrissent de graines), qui est préparée puis consommée selon des règles précises<sup>174</sup>. Les animaux doivent avoir été abattus rituellement par un *Shoet* (professionnel juif de l'abattage rituel) à l'aide d'un couteau spécial, le *Halaf*, dont la lame ne doit présenter aucune ébréchure. La bête ne doit pas souffrir. Les animaux morts naturellement ou accidentellement par un prédateur ou tués à la chasse ne pourront pas être certifiées casher.

Enfin, la viande doit être « cashérisée » avant d'être consommée c'est-à-dire qu'elle doit être complètement vidée de son sang par la méthode du salage (elle est enrobée dans du gros sel) ou par la méthode du grillage (la viande est grillée sur le feu pour en extirper le sang résiduel).

Il existe aussi le poisson casher, avec des conditions similaires : seuls les animaux de la mer qui ont des nageoires ou des écailles peuvent être consommés<sup>175</sup>. *De facto*, les crustacés sont exclus.

Deuxièmement, les personnes de confession juive doivent aussi respecter une autre règle principale qui consiste à séparer les produits carnés des produits laitiers<sup>176</sup>. De cette obligation dictée par la Torah, il est interdit de cuisiner et de consommer des produits carnés avec des produits lactés<sup>177</sup>. De plus, après avoir consommé des produits lactés, un pratiquant ne peut pas consommer directement des produits carnés, il devra respecter un certain temps afin de ne pas mélanger les deux produits dans l'estomac<sup>178</sup>.

Dans la religion musulmane, la pratique est assez similaire. Le plus souvent, les musulmans doivent consommer de la nourriture « *halal* », « *licite* », en arabe. Comme pour la viande

---

<sup>173</sup>LUTAUD (B.), « C'est quoi la viande casher », *Ça m'intéresse*, 2012. URL: <https://www.caminteresse.fr/economie-societe/cest-quoi-la-viande-casher-1128429/>.

<sup>174</sup>*Id.*

<sup>175</sup>Rabbin BAUER (P-Y), Memento à l'attention du personnel hospitalier, « Respect des pratiques du judaïsme à l'hôpital », 2011, [www.viejuive.com](http://www.viejuive.com). URL : <https://drive.google.com/file/d/0B9zh1NUMYII-YTY2NDE4MDctODM1NC00OWRiLTk0YzctOGMyZTk1NjVjMDkz/view>.

<sup>176</sup>« Tu ne feras point cuire un chevreau dans le lait de sa mère » : Ex 23.19 ; 34.26 ; Dt 14.21.

<sup>177</sup><https://www.alimentarium.org/fr/savoir/interdits-alimentaires-judaisme-melanges-carnes-lactes>.

<sup>178</sup>*Id.*

cashier, une viande est halal si elle a été abattue selon la méthode « *dhabiha* » : l'animal doit être conscient, la face tournée vers la Mecque. Il sera ensuite vidé de tout son sang comme le prescrit le Coran. L'abattage est réalisé par un musulman habilité par un organisme religieux agréé par l'Etat et doit prononcer une phrase spécifique durant l'acte : « *Bismillah wa Allah Akbar* », « *au nom de Dieu, Dieu est le plus grand* ». Cette méthode d'abattage permet d'éviter toute sanction divine.

Une autre prescription alimentaire dictée par le Coran est l'interdiction de manger de la viande de porc car celle-ci est « *haram* »<sup>179</sup>, « *illicite* » en arabe.

En ce qui concerne la religion catholique, il n'existe pas de prescriptions alimentaires particulières.

Ces prescriptions sont assez contraignantes pour l'organisation hospitalière et la composition des repas. Avec une demande de plus en plus récurrente, les hôpitaux s'adaptent afin de satisfaire au mieux le plus grand nombre de patients.

#### B. L'adaptation des établissements publics de santé au respect des prescriptions religieuses des patients

L'islam et le judaïsme sont en effet les deux religions monothéistes qui ont un grand nombre de prescriptions alimentaires dictées par les livres religieux. Par conséquent, l'hôpital doit adapter son organisation, notamment la préparation des menus, afin de satisfaire l'ensemble des patients religieux et non religieux aussi.

D'une manière générale et comme le souligne Isabelle Lévy, dans son enquête menée en 2011, les patients juifs et musulmans refusent de consommer de la viande lorsqu'ils sont hospitalisés lorsqu'elle n'est pas casher ou halal. Le plus souvent les viandes proposées par les établissements proviennent des méthodes d'abattages « classiques » à savoir des animaux qui sont étouffés, assommés ou électrocutés avant d'être égorgés. Comme évoqué précédemment, ces méthodes sont contraires aux recommandations de la Torah et du Coran.

Pour la nourriture carnée, la problématique du refus de s'alimenter est peut-être plus facile à régler dès lors qu'il existe des alternatives. En effet, aujourd'hui quasiment tous les établissements publics de santé proposent au moins un plat sans viande, composé d'œuf ou de poisson afin que ces patients puissent se nourrir. Il est important de noter que cette alternative

---

<sup>179</sup>Coran, V, 3.

ne satisfait pas certaines personnes juives pratiquantes car ils ne mangent pas du poisson qui ne serait pas casher et ils sont plus réticents à manger des plats qui n'ont pas été préparés sous la stricte surveillance d'un rabbin. Ce point sera étudié par la suite.

Donc des repas sans viande, mais aussi des repas sans porc pour les musulmans qui ne mangent pas de porc mais qui ne consomment pas exclusivement de la nourriture halal. Tous les établissements de santé proposent des menus sans porc. Cependant, il est strictement interdit au personnel de les distribuer au faciès, dès lors que la restauration des patients hospitalisés constitue un élément du service public hospitalier et donc il est interdit d'exercer un traitement différencié entre les patients en fonction de leurs croyances religieuses<sup>180</sup>. Il faut d'abord que le patient en ait fait la demande.

Par ailleurs, une des grandes problématiques auxquelles font face les établissements publics de santé est le refus pour une personne pratiquant le judaïsme de s'alimenter car les repas ne sont pas préparés sous la surveillance d'un rabbin. Afin de faire face à cette problématique, certains hôpitaux, lorsqu'ils en ont les moyens, prévoient des plats entièrement casher à destination de la communauté juive pratiquante. C'est en effet le cas de « *certains hôpitaux (comme ceux de l'Assistante Publique [Hôpitaux de Paris] qui achètent, après approbation du rabbinat local, des barquettes casher qui constituent le plat principal des plateaux repas (...) les autres éléments du repas comme les fruits ou les compotes sont adaptés par les diététiciens en respectant les règles du casher* »<sup>181</sup>.

Pour ceux qui ne sont pas dotés de ce système, « *il est d'usage d'autoriser la famille, ou une association juive locale, à apporter des repas au malade* »<sup>182</sup>. En revanche, cette pratique est légalement interdite par la réglementation française<sup>183</sup>, notamment pour des raisons sanitaires telles que la rupture de la chaîne du froid (il est important de maintenir les aliments dans le respect des températures réglementaires).

Dans ce cas, l'article R.1112-48 alinéa 3 du Code de la santé publique, prévoit que « *les denrées et les boissons introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou à défaut détruites* ».

---

<sup>180</sup>CE, 15 janvier 1995, *Delignières*, n°150066.

<sup>181</sup>Rabbin BAUER (P-Y), « Respect des pratiques du judaïsme à l'hôpital ».URL : <https://drive.google.com/file/d/0B9zh1NUMYIL-PTY2NDE4MDctODM1NC00OWRiLTk0YzctOGMyZTk1NjVjMDkz/view>.

<sup>182</sup>*Id.*

<sup>183</sup>CSP., art.R.1112-48 §1.

Toutefois, il est important de préciser que l'alinéa 2 dudit article dispose que « *le cadre infirmier du service s'oppose dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire* ». Il est loisible de penser que des proches qui apporteraient des plats cashérisés et compatibles avec l'état de santé du patient, seraient tolérés par le personnel ? En l'absence de précision textuelle, la réponse est positive car si les deux sont compatibles et que cela permet au patient de se nourrir en respectant ses prescriptions alimentaires religieuses, l'interdire serait une atteinte à la liberté d'exercer son culte.

Même si la loi est intransigeante face à ce sujet, de nombreuses familles apportent des denrées venues de l'extérieur et les équipes hospitalières acceptent « *quasiment sous la contrainte de la nécessité de s'alimenter pour survivre car l'hôpital a bien des difficultés à répondre aux multiples exigences culturelles ou religieuses des patients* »<sup>184</sup>.

Par ailleurs, si les denrées sont incompatibles avec l'état de santé du patient, et dans l'intérêt de ce dernier, le personnel doit s'opposer à cette pratique. Dans ce cas, le patient doit accepter de mettre ses préceptes religieux de côté le temps de son hospitalisation ; « *si le patient (ou sa famille) semble dans l'embarras pour l'accepter le personnel lui proposera d'en débattre avec l'aumônier de sa confession attaché à l'établissement ou le référent religieux de son choix (...) dans le cas de situations médicales critiques, il obtiendra son aval sans difficultés, la religion refusant la mise en danger d'une vie comme le choix d'une personne de se laisser mourir de faim* »<sup>185</sup>.

En raison d'une augmentation de la demande de repas casher, halal ou sans porc, les établissements publics de santé ont dû adapter les plats proposés aux prescriptions religieuses. Toutefois, satisfaire toutes les confessions des usagers, s'apparente à une mission impossible. C'est pour cela, qu'en proposant des plats végétariens, les hôpitaux essayent de toucher le plus de confessions possibles et notamment celles pour lesquelles la viande porcine et non casher/halal est prescrite.

A l'inverse, il existe des établissements qui ne respectent pas les préceptes religieux des patients pour des questions budgétaires notamment. En effet, des coûts de production bas sont favorisés par ces derniers. Par exemple, il y a des établissements qui choisissent de préparer des verres d'eau gélifiés, destinés à des patients qui ne peuvent plus s'hydrater avec des liquides, composés

---

<sup>184</sup>*Ibid.*, p.181.

<sup>185</sup>*Ibid.*, p.185.

de gélatine porcine plutôt que de choisir de la gélatine végétale qui correspondrait à un plus grand nombre de patients. Ce choix est justifié par le fait que la gélatine porcine coûte moins cher que la gélatine végétale<sup>186</sup>.

Les étudiants du Master 2 droit de la santé de l'université de Bordeaux, durant leur étude, ont interrogés des patients sur le respect de leur pratique religieuse pendant leur séjour dans un établissement de santé et notamment sur la question du respect des prescriptions alimentaires. Sur l'ensemble des patients interrogés, à savoir 10 patients, 90% estime que leurs prescriptions alimentaires ont été satisfaites par l'établissement de santé dans lequel ils étaient hospitalisés.

Il ressort de cette étude que certains établissements proposent de modifier les plats en fonction des prescriptions religieuses des patients, par exemple avec la possibilité de remplacer du porc par de l'œuf ou du poulet. Bien sûr, il y a des patients pour lesquels l'offre alimentaire proposée par l'établissement ne convient pas : les patients qui mangent que de la nourriture casher ou halal car tous les établissements ne proposent pas ce type de nourriture notamment pour des questions budgétaires.

Il est important de rappeler qu'il n'existe aucune obligation pour les établissements de santé de prendre en considération les prescriptions alimentaires religieuses et que « *l'absence de repas de substitution ne constitue pas une atteinte aux droits fondamentaux du patient* »<sup>187</sup>.

En conclusion, les équipes de cuisiniers et diététiciens essayent de proposer une offre alimentaire répondant aux différents régimes prescrits par les équipes médicales. Une fois que ces prescriptions alimentaires médicales sont remplies, c'est à ce moment-là que les équipes essayent d'adapter le régime médical aux contraintes religieuses du patient. Cette adaptation est une obligation de moyen et non de résultat<sup>188</sup>, en ce qui concerne la satisfaction d'une alimentation conforme aux prescriptions religieuses.

En définitif, les équipes doivent prendre en compte les recommandations nutritionnelles ; le respect de l'équilibre alimentaire ; les prescriptions alimentaires médicales ; les prescriptions alimentaires religieuses, mais aussi les enveloppes budgétaires qui est un facteur à ne pas délaissier.

---

<sup>186</sup>*Ibid.*, p.186.

<sup>187</sup>CE, 25 octobre 2002, *Mme Renault*, n°251161 : cette décision a été rendue dans le cadre de la restauration scolaire, mais elle peut être largement étendue à la restauration des établissements de santé.

<sup>188</sup>CE, 10 février 2016, n°385926 ; *AJDA* 2016. 1127, note. X. BIOY.

En parallèle de ces prescriptions, certaines religions recommandent des périodes de jeûne, qui peuvent aussi s'avérer être problématiques dans certains cas.

## II. Le jeûne alimentaire guidé par la religion

Le jeûne religieux est « *un acte de dévotion qui consiste à s'abstenir de nourriture, ou seulement de certains aliments, par esprit de pénitence, de purification, etc* »<sup>189</sup>. Cette pratique existe dans diverses religions, notamment dans le judaïsme (A), l'islam (B) et le christianisme (C).

### A. Le jeûne dans le judaïsme

Il existe plusieurs périodes de jeûne dans le judaïsme : le jeûne de Gedaliah ; Yom Kippour ; le jeûne des premiers-nés ; le jeûne du 17 Tammouv ; le jeûne de Tichah be-av etc. Lors de cette étude, il conviendra de s'intéresser au jeûne de Yom Kippour.

Ce jeûne collectif, aussi appelé le « *jour des pardons* » ou encore le « *shabbat des shabbat* », est célébré au mois de septembre ou octobre en fonction du calendrier juif. Il est réservé au repentir des fautes commises car « *en ce jour, on fera l'expiation pour vous, afin de vous purifier : vous serez purifiés de tous vos péchés devant l'Eternel* »<sup>190</sup>.

Il concerne chaque garçon de plus de 13 ans et chaque fille de plus de 12 ans.

Il consiste en une abstention pendant pratiquement 26h, de boire, de manger, de se laver, de s'appliquer des lotions, de porter des chaussures en cuir, de fumer et d'avoir des relations sexuelles.

Le soir précédant la fête et le jeûne, la famille se réunit afin de manger, et allume une « *bougie du souvenir* » en mémoire des morts et deux bougies pour célébrer l'entrée dans le sacré de la fête. Ensuite, les fidèles se rendent à la synagogue pour l'office<sup>191</sup>.

Le jeûne est obligatoire sauf en cas de contre-indication médicale et rabbinique. Si un patient malade s'abstient de jeûner car son état de santé ne lui permet pas il devra consulter un médecin, juif de préférence, mais aussi un rabbin afin de déterminer son état de gravité. Si le malade n'est

---

<sup>189</sup>Dictionnaire numérique de l'Académie Française. URL : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9J0209>.

<sup>190</sup>Lévitique 16, 30.

<sup>191</sup>FOGEL (M.), « Yom Kippour : comprendre la fête juive en quatre points », *Le Monde*, 2020. URL : [https://www.lemonde.fr/le-monde-des-religions/article/2020/09/28/yom-kippour-comprendre-la-fete-juive-en-quatre-points\\_6053852\\_6038514.html](https://www.lemonde.fr/le-monde-des-religions/article/2020/09/28/yom-kippour-comprendre-la-fete-juive-en-quatre-points_6053852_6038514.html).

pas en état de jeûner mais qu'il souhaite absolument le pratiquer, selon la religion il commet une faute grave car elle ne préconise pas de mettre sa vie en danger<sup>192</sup>.

Concernant la femme enceinte, elle a une obligation de jeûner sauf si le médecin craint que le jeûne puisse mettre en danger la vie de la femme et du bébé. Dans ce cas, elle devra arrêter de jeûner et elle devra recommencer à boire et à manger en petite quantité. Avant d'arrêter, elle doit consulter un médecin qui doit être juif de préférence, mais ce n'est pas une obligation, et un rabbin<sup>193</sup>.

Pour ces deux catégories de personnes, si elles ne jeûnent pas, elles pourront boire et manger en petite quantité, sans excès, et boire de l'eau plate seulement. Pour les soins de confort tels que les massages, traitements anti-douleur, après l'accord du médecin, ils pourront être modifiés ou supprimés afin de respecter l'abstinence. L'avis du médecin est rendu après la consultation d'un rabbin<sup>194</sup>.

#### B. Le jeûne dans l'islam

Le jeûne du Ramadan se fait pendant 29 ou 30 jours lunaires. Les musulmans jeûnent car lorsque le prophète Mohammad reçut les premières révélations divines par l'ange Gabriel, le prophète était en train de jeûner.

Le jeûne a lieu au moment de la nouvelle lune du mois de Ramadan jusqu'à la nouvelle lune du mois de Shawwâl. C'est un moment très important durant lequel l'Homme demande le pardon de ses fautes à Dieu. Le jeûne permet aussi de « *mesurer la souffrance et la détresse de ceux qui subissent au quotidien partout dans le monde les affres de la pauvreté et de la précarité* »<sup>195</sup>. Il consiste en une abstinence de boire, manger, fumer et d'avoir des relations sexuelles de l'aube au crépuscule.

Il concerne tous les musulmans ayant atteint l'âge de la puberté, disposant de ses facultés mentales et n'étant pas malade ou en voyage.

---

<sup>192</sup>*Id.*

<sup>193</sup>Rabbin BARCLAY (E.) et Rabbin JAEGER (Y.), « le jeûne de Yom Kippour », [www.aish.fr](http://www.aish.fr), 2013. URL: [https://www.aish.fr/h/yom\\_kippour/guide/Le-jeune-de-Yom-Kippour.html](https://www.aish.fr/h/yom_kippour/guide/Le-jeune-de-Yom-Kippour.html).

<sup>194</sup>*Id.*

<sup>195</sup>Conseil Français du Culte Musulman, « Jeûne du mois de Ramadan », 2020. URL : <https://www.cfc-m-officiel.fr/jeune-du-mois-de-ramadan/>.

A l'inverse du jeûne du Yom-Kippour, si le jeûne du Ramadan n'a pas pu être pratiqué il doit être rattrapé. Cela concerne les femmes enceintes, les femmes ayant eu leurs menstruations ou encore les personnes qui étaient malades.

### C. Le jeûne dans le christianisme

Le jeûne du Carême dure 40 jours. Ces jours de jeûne sont réservés au recueillement en souvenir de Jésus qui, après avoir reçu le baptême de Jean, jeuna 40 jours dans le désert avant d'entamer une nouvelle vie publique à Jérusalem et aux environs. Ces 40 jours font aussi référence aux 40 années passées dans le désert par le peuple d'Israël entre la sortie d'Égypte et son entrée en terre promise. Ces 40 jours précèdent les pâques chrétiennes.

Le Carême ne s'apparente pas à un jeûne strict, mais à une privation de certains aliments. En effet, les chrétiens qui pratiquent ce jeûne ne mangent pas de viande le vendredi par exemple. De plus, ce jeûne qui est dit « non strict » comprend un petit déjeuner, un repas principal dans la journée et une collation le soir allant du mercredi des Cendres au vendredi Saint, jour de commémoration de la crucifixion du Christ.

### D. Les problèmes posés par l'abstinence alimentaire

Le jeûne pratiqué par le patient peut poser certains problèmes d'un point de vue médical. En effet, se priver de nourriture peut avoir de graves conséquences sur l'état de santé d'une personne, état qui est déjà fragilisé par la maladie.

Même si les religions proscrivent le jeûne pour les personnes malades, certains souhaitent coûte que coûte le pratiquer afin de se faire pardonner leurs fautes commises durant l'année. Le Conseil Français du Culte Musulman souligne qu'il y a encore beaucoup trop de musulmans qui, croyant bien faire, se mettent en danger par la pratique du jeûne alors même qu'il serait incompatible avec leur état de santé. Pour le Conseil, « *cette attitude irresponsable est unanimement interdite* »<sup>196</sup> et le livre sacré des musulmans la proscribit aussi : « *Dieu veut pour vous la facilité. Il ne veut pas pour vous la difficulté* »<sup>197</sup>.

En parallèle, il existe aussi des pratiquants qui refusent tous les actes thérapeutiques, traitements alors que les examens et les soins sont autorisés durant cette période-là<sup>198</sup>.

---

<sup>196</sup>*Id.*

<sup>197</sup>Coran 2/184.

<sup>198</sup>Congrès à l'initiative de la Fondation Hassan II pour la recherche scientifique et médicale sur le ramadan en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé, Casablanca, juin 1997.

Lorsque le personnel hospitalier est confronté à ces fidèles qui n'hésitent pas à mettre leur vie en danger pour des raisons religieuses, il fait appel à l'aumônier qui intervient notamment dans les cas où les fidèles ne reconnaissent aucune autorité aux médecins.

L'aumônier va pouvoir réinstaurer le dialogue entre le croyant et les autorités médicales. Le but étant de trouver des aménagements alimentaires et thérapeutiques qui répondent aux attentes du patient sans mettre sa vie en danger. Ces aménagements peuvent être la prise du traitement qui se fait avant l'aube et après le coucher du soleil en ce qui concerne les musulmans ou encore servir les plateaux repas aux heures durant lesquelles le fidèle ne jeûne pas. Bien évidemment, de telles solutions ne peuvent pas toujours être mises en place car elles nécessitent une organisation particulière.

Aussi, les aumôniers rassurent les patients, car il y en a beaucoup qui ont des craintes concernant le non-respect des périodes de jeûne.

Pour illustration, l'aumônier de l'hôpital Pellegrin à Bordeaux « a confirmé ce rôle que peuvent avoir les aumôniers d'une part sur la composition des repas car les aumôniers de confession juive et musulmane sont en contact avec le pôle diététicien de l'hôpital, et d'autre part sur la pratique du jeûne. En effet [...] les aumôniers musulmans avaient un rôle auprès des patients pour les rassurer sur la dispense de jeûne possible en raison de leur pathologie »<sup>199</sup>.

Naturellement, le médecin ne peut pas interdire au patient de ne pas pratiquer son jeûne culturel<sup>200</sup>. Si le patient est majeur « il est libre de ne pas s'alimenter ou de ne pas s'hydrater durant la journée. Cependant, il doit être alerté sur les risques encourus »<sup>201</sup>.

Toutefois, en cas d'urgence vitale liée au refus de s'alimenter, le médecin doit se référer aux règles applicables aux refus de soins, il pourra donc outrepasser le refus d'alimentation<sup>202</sup> en mettant en place, par exemple, des techniques d'alimentation artificielle.

En théorie, le non-respect du refus d'alimentation est sanctionnable par les juridictions car le médecin ne respecte pas la volonté du patient de refuser un traitement alors que le droit au refus

---

<sup>199</sup>Etude menée par les étudiants du Master 2 droit de la santé de l'université de Bordeaux, « la pratique de la religion durant le séjour du patient dans un établissement de santé », 2019.

<sup>200</sup>CSP., art.L.111-4§3 : « Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informé des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable ».

<sup>201</sup>Guide de l'Observatoire de la laïcité, *Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé*, 2020.

<sup>202</sup>TAMBURINI (S.), « Alimentation et pratique religieuse en établissement de soins », *MACSF*, 2020. URL : <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/ethique-et-societe/jeune-religieux-patient-hopital>.

de traitement est un droit du patient, codifié dans le Code de la santé publique<sup>203</sup>. Pourtant, la pratique est assez différente car les praticiens ne sont que très peu sanctionnés sur ce terrain-là (se référer à au Chapitre 2 de la Partie 2). Les juges ont, le plus souvent, du mal à admettre qu'un médecin puisse être condamné pour avoir sauvé la vie de son patient d'autant plus « *il n'est d'aucune religion qui n'admette dérogation à ses impératifs en cas de menace vitale* »<sup>204</sup>. En cas de litige, les situations seront appréciées au cas par cas.

Pour le mineur, l'établissement doit informer les patients et le mineur lui-même selon ses capacités de discernement, des risques encourus<sup>205</sup>. En raison des conséquences graves que peut avoir la période de jeûne sur l'état de santé du mineur et s'il existe un risque vital, « *le médecin délivre les soins indispensables* »<sup>206</sup>.

Le fait religieux est omniprésent à l'hôpital, qui a dû apprendre à se réorganiser en le prenant en compte. Le principe de laïcité protège la liberté du culte du patient, qui est libre de pratiquer sa religion dans l'enceinte de l'établissement. Principe qui protège aussi les patients contre toutes les discriminations religieuses, dès lors que l'hôpital, établissement public de santé, ne reconnaît aucun culte et ne salarie aucun culte au même titre que l'Etat (exception faite pour les aumôneries). Ainsi, le fait religieux est protégé.

Toutefois, comme il l'a été évoqué tout au long de cette partie, l'exercice du fait religieux n'est pas absolu. Il doit être régulé afin de ne pas perturber le bon fonctionnement de l'hôpital, sa mission de soin, la sécurité du patient et des autres patients. En d'autres termes, l'hôpital doit adapter son organisation à l'exercice des cultes, mais pas à tous les prix.

---

<sup>203</sup>CSP., art.L.1111-4 §2.

<sup>204</sup>POIROT-MAZERES (I.), « L'hôpital, le médecin et le croyant. Le regard du juriste », in LECA (A), dir., *Santé, religion et laïcité*, Aix en Provence, LEH Edition, n°13, 2010, p.200.

<sup>205</sup>TAMBURINI (S.), Art. cit.

<sup>206</sup> CSP., art. L.1111-4 §6.

## **PARTIE 2 : La régulation du fait religieux par le concept de laïcité : entre neutralité religieuse, bon fonctionnement du service public et état de santé du patient, la difficile conciliation entre religion, santé et droit.**

Dans l'enceinte d'un établissement public de santé, le fait religieux est protégé pour les patients à travers la liberté d'exercice du culte et la liberté de conscience ; pour les agents hospitaliers à travers la liberté de conscience, en vertu du principe de neutralité attaché au service public (Chapitre 1). Cette première régulation, à savoir le principe de neutralité, répond au principe de laïcité tiré de la loi de 1905. En effet, l'Etat et ses agents doivent répondre à une stricte neutralité dès lors que « *la République ne reconnaît, ne salarie ni ne subventionne aucun culte* »<sup>207</sup>. Cette régulation doit permettre le bon fonctionnement du service qui ne doit être entravé par aucune manifestation religieuse, mais elle permet aussi au patient l'assurance d'être pris en charge sans aucune discrimination religieuse.

S'agissant de la régulation du fait religieux pour les patients, les règles sont plus souples (Chapitre 2). Destinataire de la liberté d'exercer son culte, le patient peut voir cette liberté régulée par le principe de laïcité. Ce principe, dans son essence même, accorde une liberté d'exercice du culte qui est assez souple, mais lorsque l'exercice de cette liberté menace l'ordre public, il y a nécessité de réguler.

C'est en ce sens qu'il faut distinguer régulation souple et régulation stricte. En effet, « *la mise en pratique de la laïcité oscille entre une laïcité a priori stricte à l'égard des agents et une laïcité plus libérale à l'égard des usagers* »<sup>208</sup>.

---

<sup>207</sup> Article 2 de la loi de 1905 relative à la séparation des Eglises et de l'Etat.

<sup>208</sup> CASTAING (C.), « Laïcité et liberté religieuse du patient à l'hôpital », *AJDA*, p.2506.

# **Chapitre 1 : Les agents hospitaliers : une régulation stricte répondant au principe de neutralité du service public et aux règles sanitaires**

Le service public hospitalier répond aux mêmes exigences que les différents services publics français à savoir : la continuité, l'égalité et la mutabilité. A ces principes, s'ajoute la neutralité des agents publics qui découle du principe de laïcité, comme en dispose la loi de 1905 dès lors que les agents sont des représentants de l'Etat. Toutefois la pratique de neutralité des agents publics est, aujourd'hui, à contre-courant de la théorie dans le domaine hospitalier (Section 1) avec l'existence de certaines dérives qui mettent à mal ce principe.

Concernant l'objection de conscience accordée aux soignants se pose la question de savoir si elle est antinomique avec le principe de neutralité. Cette étude prendra le parti d'une réponse négative. En effet, si le praticien ne dévoile pas les causes qui l'amènent à déclarer son objection de conscience, alors elle n'est pas antinomique mais complémentaire du principe de neutralité (Section 2).

## **Section 1 : Le principe de neutralité dans le service public hospitalier : la pratique à contre-courant de la théorie**

*« Le fait religieux de l'agent ne peut s'imposer et prospérer publiquement à l'occasion de l'accomplissement du service. Le fait religieux doit être tu, au nom de l'exigence de neutralité inhérente à la conception française du service public »<sup>209</sup>.*

La laïcité dans la fonction publique se traduit par la neutralité de l'administration et de ses agents<sup>210</sup> (§1). Elle est une obligation pour les agents du service public mais aussi pour les stagiaires en formation dans un établissement public de santé (§2), qu'ils relèvent du secteur médical, paramédical, administratif ou encore technique.

Pour autant, la réalité hospitalière ne répond pas vraiment à cet idéal de neutralité (§3).

---

<sup>209</sup>MOREAU (L.), « Le fonctionnaire et le fait religieux », *AJ Collectivité Territoriales*, 2012, p.295.

<sup>210</sup>FROGER (C.), « L'autorisation d'absence pour motifs religieux dans la fonction publique », *AJFP*, 2021, p.62.

## **§1 : La neutralité des agents : une conséquence du principe de laïcité dans la fonction publique hospitalière**

La fonction publique « regroupe l'ensemble des agents publics, c'est-à-dire des personnels employés par une personne publique, affectés en principe dans un service public administratif, et soumis à un régime de droit public ». En France, il existe la fonction publique d'Etat, hospitalière et territoriale. Lors de cette étude, il conviendra de concentrer le propos autour de la fonction publique hospitalière et les agents publics qui concourent à son bon fonctionnement.

Ce principe de neutralité a été dégagé par la jurisprudence au XXe siècle, puis confirmé par le législateur à l'occasion de différentes lois (I). En cas de manquement à ce principe par les agents, des sanctions pourront être prononcées à leur encontre (II).

### **I. Une consécration jurisprudentielle confirmée par le législateur**

Le principe de neutralité de la fonction publique hospitalière est applicable à tous les agents publics hospitaliers, à savoir à tous les « agents qui concourent à l'exécution du service public »<sup>211</sup>. Pour Luc Moreau, avocat spécialisé en droit public, les agents publics « sont des incarnations de la personne publique pour laquelle ils exercent. Un peu comme si les agents publics n'étaient que l'enveloppe corporelle de l'esprit du service public »<sup>212</sup>. En vertu du principe de laïcité, l'Etat est neutre. Par conséquent, les agents qui représentent cette autorité étatique se doivent de revêtir une complète neutralité.

Ce principe a, dans un premier temps, été consacré par la jurisprudence administrative. En 1948, le Conseil d'Etat dans son célèbre arrêt « *Dlle Pasteau* », reconnaît « le devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant à un service public »<sup>213</sup>. Cette position a été confirmée le 3 mai 1950 par le Conseil d'Etat<sup>214</sup>. Par ces deux positions de principe, la jurisprudence administrative a imposé le principe de stricte neutralité de l'agent.

---

<sup>211</sup>Définition issue de la circulaire DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

<sup>212</sup>MOREAU (L.), art.cit., p. 295.

<sup>213</sup>CE, 8 décembre 1948, *Demoiselle Pasteau* ; Rec. p. 464.

<sup>214</sup>CE, 3 mai 1950, *Demoiselle Jamet*, n°98284 ; Rec.p.247.

En application de ce principe, « *le fait pour un agent du service public de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses croyances religieuses, notamment en portant un signe destiné à marquer son appartenance à une religion, constitue un manquement à ses obligations* »<sup>215</sup>.

Dès lors, l'agent public n'est pas en droit d'exprimer ses opinions religieuses ou de manifester son appartenance religieuse dans l'exercice de ses fonctions notamment par une extériorisation vestimentaire.

La neutralité des agents publics est un corollaire du principe d'égalité<sup>216</sup> du service public car « *devant les services publics, tous les particuliers sont sur un pied d'égalité. Cela veut dire que le service public est mis également à la disposition de chacun dans la mesure où il en a besoin et pour cette seule raison qu'il en a besoin* »<sup>217</sup>. Pour cela, les usagers ne doivent pas douter de la neutralité des agents. Dans son enquête, Isabelle Lévy relate un exemple<sup>218</sup> pertinent faisant état d'une bagarre entre un médecin qui portait une kippa et trois jeunes patients musulmans. Ces quatre personnes en sont venues aux mains car selon les dires des patients, le médecin les aurait regardés avec insolence. Mais selon l'auteure, la situation a dégénéré en raison des antagonismes opposant les religions concernées : le médecin étant de confession juive et les consultants de confession musulmane, deux religions qui bien souvent ne s'entendent pas. Ainsi, selon elle, si le médecin n'avait pas porté sa kippa, les jeunes ne se seraient pas doutés qu'il était de confession juive et le conflit aurait été évité. Il est important de rappeler que la neutralité est une obligation pour les agents et non une faculté.

Cette position de principe dégagée par la jurisprudence administrative a été confirmée par la Cour de Strasbourg. En 2015, elle rappelle que « *le principe de laïcité de l'Etat et de ses démembrements et celui de la neutralité des services publics font obstacle à ce que des agents disposent, dans l'exercice de leurs fonctions, du droit de manifester leurs croyances religieuses* »<sup>219</sup>. Aussi, elle ajoute que « *l'obligation de neutralité poursuit le but légitime qu'est la protection des droits et libertés d'autrui* »<sup>220</sup>. Dans cette affaire, la Cour se prononce en faveur de la France qui n'a pas outrepassé sa marge d'appréciation en faisant primer le principe de

---

<sup>215</sup>CE, avis, 3 mai 2000, *Demaiselle Marteaux*, n°217017 ; *AJDA*, 2000, 602, chron M. GUYOMAR et P. COLLIN.

<sup>216</sup>Ce principe est contenu dans les « lois de Rolland » ou « lois du service public » et qui ont été conçues par le juriste Louis Rolland dans les années 1930. Aujourd'hui les principes contenus dans ces lois à savoir la mutabilité, la continuité, l'égalité et la neutralité du service public, sont très ancrés dans notre système juridique.

<sup>217</sup>ROLLAND (L.), *Répétitions écrites de droit administratif*, Les Cours de droit, 1935-1936, p.67.

<sup>218</sup>LEVY (I.), *Menaces religieuses sur l'hôpital*, Presses de la Renaissance, 2011, p.48-49.

<sup>219</sup>CEDH, 26 novembre 2015, *Ebrahimian c. France*, n°6484/11 ; *AJCT*, 2016, 227, obs. F. DE LA MORENA.

<sup>220</sup>*Id.*

laïcité et de neutralité des services publics sur la liberté de la requérante d'exprimer sa religion<sup>221</sup>.

Pilier fondamental du service public<sup>222</sup>, le législateur a inscrit ce principe au cœur du statut général de la fonction publique. L'article 25 dispose que « *le fonctionnaire exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité. Dans l'exercice de ses fonctions, il est tenu à l'obligation de neutralité. Le fonctionnaire exerce ses fonctions, dans le respect du principe de laïcité. A ce titre il s'abstient de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses opinions religieuses* »<sup>223</sup>.

Le principe de neutralité est aussi applicable aux services publics assurés par des organismes de droit privé, « *et si les dispositions du code du travail ont vocation à s'appliquer aux agents [qu'ils emploient], ces derniers sont soumis à des contraintes spécifiques résultant du fait qu'ils participent à une mission de service public, lesquelles leur interdisent de manifester leurs croyances religieuses par des signes extérieurs* »<sup>224</sup>.

Ce principe est mis à mal par des dérives religieuses mises en lumière par de nombreux rapports dont le rapport Stasi<sup>225</sup>. À la suite de ce rapport, une loi sur la laïcité à l'hôpital avait été envisagée<sup>226</sup>. Ce projet a, finalement, été abandonné au profit d'une réglementation par voie de circulaire. En effet, selon le rapport conduit par Michelle Bressand et Philippe Barbezieux, « *les dispositions de la circulaire du 2 février 2005 (...) ont globalement répondu aux attentes de la communauté hospitalière et des usagers* ».

Des dérives qui ne sont pas toujours sanctionnées voire gardées sous silence, alors que des sanctions sont prévues en cas de manquement.

## **II. Les sanctions prononcées en cas de manquement des agents**

Lorsque l'agent manque à ses obligations et notamment à l'obligation de neutralité, il commet une faute. Dans ce cas, le Directeur de l'établissement de santé prend à l'encontre de l'agent

---

<sup>221</sup>*Id.*

<sup>222</sup>Cons. Const, 18 septembre 1989, n°86-217 DC.

<sup>223</sup>Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligation des fonctionnaires.

<sup>224</sup>Cass.soc, 19 mars 2013, *Mme X c. CPAM*, n°12-11690.

<sup>225</sup>« *Certaines revendications religieuses sont maintenant portées par des agents publics. Des fonctionnaires ont exigé de porter, sur le lieu de travail, une kippa ou un voile manifestant leur appartenance confessionnelle. Récemment des internes en médecine ont également exprimés cette volonté* ».

<sup>226</sup>Rapport annuel de l'Observatoire de la laïcité, « état des lieux concernant la laïcité dans les établissements de santé », 2014, p. 98.

une sanction disciplinaire pour manquement à l'obligation de neutralité et au respect du principe de laïcité<sup>227</sup>.

Les sanctions peuvent être diverses : avertissement, blâme, exclusion temporaire, radiation, abaissement d'échelon, déplacement d'office, rétrogradation, mise à la retraite d'office ou révocation.

Avant toute sanction, il faut d'abord privilégier le dialogue en donnant la possibilité à l'agent de corriger son comportement<sup>228</sup>. En effet, « *il convient (...) de privilégier, en cas de difficulté, le dialogue et la pédagogie qui permettent dans la majorité des cas de régler les situations problématiques, avant d'envisager les suites disciplinaires* »<sup>229</sup>.

Par ailleurs, si l'agent réitère ses manquements, des sanctions devront alors être prononcées. La sanction doit être proportionnée à la faute et tenir compte de certains éléments tels que : « *la nature des fonctions exercées, la réitération du manquement malgré des rappels à la règle, le degré d'ostentation du signe d'appartenance, le port de ce signe au contact ou non du public, la vulnérabilité du public etc* »<sup>230</sup>. Le plus souvent, c'est le port de signe d'appartenance religieuse qui donne lieu à des sanctions et notamment le port de signes religieux dans la tenue vestimentaire. Cette situation est problématique dans un établissement de soins car des normes d'hygiène doivent être respectées afin d'éviter la propagation de germes infectieux et notamment des infections nosocomiales<sup>231</sup>. C'est pour cela que les tenues de ville sont prohibées, et les effets personnels de type foulard, vêtements à manche longue ou tout autre couvre-chef doivent être retirés par l'agent au début de son service. En ce sens, un agent s'est vu prononcer une exclusion définitive car il ne voulait pas retirer son couvre-chef<sup>232</sup>.

Il y a aussi d'autres manquements religieux qui peuvent être sanctionnés. Par exemple, un agent public qui « *utilise des moyens de communication du service* » à des fins personnelles sur le site

---

<sup>227</sup>Circulaire du 15 mars 2017 relative au respect du principe de laïcité dans la fonction publique.

<sup>228</sup>*Id.*

<sup>229</sup>Guide de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique, 2017.

<sup>230</sup>Circulaire du 15 mars 2017 relative au respect du principe de laïcité dans la fonction publique.

<sup>231</sup>Définition donnée par le Ministère des solidarités et de la santé : « *infections contractées dans un établissement de soins et absentes au moment de l'admission du patient. Les infections d'origine "exogène" peuvent être des infections provoquées par les microorganismes portés par le personnel, transmises d'un malade à un autre par les mains ou instruments de travail du personnel ou encore des infections liées à la contamination de l'environnement hospitalier* ». URL: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_181104.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_181104.pdf).

<sup>232</sup>CAA Versailles, 14 avril 2008, *Jacqueline H c. centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre*, n°2008-366119.

d'une association culturelle<sup>233</sup>. Cette action est un manquement au principe de laïcité et à l'obligation de neutralité. Aussi, peut faire l'objet de sanction la remise aux usagers d'un service public des documents à caractère religieux à l'occasion du service de l'agent. Le Conseil d'Etat a caractérisé cet acte comme un acte de prosélytisme, et donc à une faute de la part de l'agent<sup>234</sup>.

Comme il a été évoqué précédemment, le prosélytisme est interdit dans le service que ce soit auprès des agents ou des usagers<sup>235</sup>. Ainsi, la diffusion de convictions d'un agent dans le cadre de ses fonctions, « *révèle d'un prosélytisme actif<sup>236</sup> dans le service public de l'éducation ; qui caractérise un manquement aux obligations de neutralité et de réserve imposées à tout fonctionnaire* »<sup>237</sup>.

Le juge administratif est généralement saisi de ces questions dans le cadre du contentieux disciplinaire<sup>238</sup>. Il doit vérifier la légalité de la sanction et sa proportion.

Les supérieurs hiérarchiques doivent prendre leur responsabilité et être vigilants au bon respect du principe de neutralité religieuse, car depuis quelques années beaucoup de dérives sont observées (ce point sera étudié dans la suite de l'analyse).

Pour conclure, l'administration hospitalière doit donner toutes les garanties aux usagers de la neutralité de ses agents et de son service public. En conséquence de cela, « *une obligation de neutralité particulièrement stricte s'impose à tout agent du service public* »<sup>239</sup>.

Cette obligation de neutralité est aussi applicable aux élèves en formation dans un établissement public de santé qu'ils relèvent du domaine médical, paramédical, administratif ou technique.

---

<sup>233</sup>CE, 15 octobre 2003, n°244428.

<sup>234</sup>CE, 19 février 2009, n°311633.

<sup>235</sup>TA Versailles, 7 mars 2007, n°0504207 ; *AJFP*, 2007, p.208, note O. GUILLAUMOT.

<sup>236</sup>Selon TRUCHET (D.), le prosélytisme actif est « *une propagande en faveur d'une religion ou par tentative de conversion* ».

<sup>237</sup>CAA Versailles, 6<sup>e</sup> chambre, 30 juin 2016, n°15V300140.

<sup>238</sup>CE, dossier thématique « *le juge administratif et l'expression des convictions religieuses* », 2014.

<sup>239</sup>CNCDH, Ass.plèn, avis sur la laïcité, n°0235, 9 octobre 2013.

## §2 : Les élèves en formation dans un établissement public de santé concernés par le principe de neutralité

Le principe de neutralité s'applique également aux apprentis, stagiaires et volontaires du service civique accueillis dans les administrations<sup>240</sup>.

Pendant longtemps, le règlement intérieur des instituts de formation paramédicaux interdisait « *les signes et les tenues qui manifestent ostensiblement l'appartenance à une religion [...] dans tous les lieux affectés à l'institut de formation ainsi qu'au cours de toutes les activités placées sous la responsabilité de l'institut de formation, y compris celles qui se déroulent en dehors de l'enceinte dudit établissement* »<sup>241</sup>. L'annexe IV du règlement intérieur ne distinguait pas que l'élève soit à l'école ou en stage dans un établissement public de santé.

Ce règlement a été contesté par deux élèves de l'Institut de Formation des Soins Infirmiers (IFSI) rattaché à l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Les juges administratifs sont alors saisis et jugent que le règlement intérieur est entaché d'illégalité<sup>242</sup>. Pour le Conseil d'Etat, l'élève n'est pas soumis aux mêmes obligations lorsqu'il a la qualité d'usager du service public de l'enseignement supérieur et lorsqu'il est en stage.

Pour les magistrats du Palais-Royal, en leur qualité d'usager du service public de l'enseignement supérieur<sup>243</sup>, les élèves des IFSI « *sont libres de faire état de leurs croyances religieuses, y compris par le port de vêtements ou de signes manifestant leur appartenance religieuse* »<sup>244</sup> sauf si « *cela conduit à perturber le déroulement des activités d'enseignement et le fonctionnement normal du service public, notamment par un comportement revêtant un caractère prosélyte ou provocateur* »<sup>245</sup>.

Par ailleurs, durant la période de stage, même si les élèves restent des étudiants à part entière, ils sont assimilés au personnel des établissements d'accueil car le statut de stagiaire dans un service public l'emporte sur la qualité d'usager. Ainsi, « *lorsqu'ils effectuent un stage dans un*

---

<sup>240</sup>Circulaire du 15 mars 2017 relative au respect du principe de laïcité dans la fonction publique.

<sup>241</sup>Annexe IV de l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (version du 12 mai 2010 au 1<sup>er</sup> septembre 2018).

<sup>242</sup>CE, 28 juillet 2017, *Mme B et autres*, n°390740, n°390741, n°390742.

<sup>243</sup>Les IFSI participent au service public de l'enseignement supérieur et ils sont donc des établissements d'enseignement supérieur.

<sup>244</sup>CE, 28 juillet 2017, *Mme B et autres*, n°390740, n°390741, n°390742.

<sup>245</sup>*Id.*

*établissement de santé chargé d'une mission de service public, ils doivent respecter les obligations qui s'imposent aux agents du service public hospitalier »<sup>246</sup>, autrement dit une stricte obligation de neutralité.*

En revanche, les élèves infirmiers effectuant leur stage dans une structure sans mission de service public ne sont pas soumis à l'obligation de neutralité. Ce sont les dispositions du règlement intérieur de l'établissement qui s'appliquent. Cependant, rien n'empêche dans ce règlement, d'y retrouver « *des dispositions inscrivant le principe de neutralité et restreignant la manifestation des convictions des salariés si ces restrictions sont justifiées* »<sup>247</sup>.

A la suite de la décision du Conseil d'Etat, le règlement intérieur des instituts de formation a été modifié. Cette modification a introduit la distinction opérée par les juges administratifs : « *dans tous les lieux affectés au service public de l'enseignement supérieur, les étudiants ont le droit d'exprimer leur appartenance religieuse (...) dès lors que cela ne porte pas préjudice au bon fonctionnement de l'établissement et au respect de l'ensemble des personnes présentes au sein de l'établissement. Lorsqu'un étudiant en formation au sein de l'institut est placé en situation similaire à l'exercice professionnel, l'expression de son appartenance religieuse peut être limitée par les règles applicables aux conditions d'exercice professionnel* »<sup>248</sup>. En conséquence de cela, des élèves en stage dans un établissement public de santé, ne peuvent pas manifester leurs croyances religieuses dans le cadre de leur activité<sup>249</sup>.

Toutefois, tout n'est pas signe de prosélytisme. En effet, en février 2020, le Conseil d'Etat a eu à se prononcer sur le caractère ostentatoire d'une « *barbe particulièrement imposante* » d'un praticien stagiaire égyptien recruté au centre hospitalier (CH) de Saint-Denis. Le Directeur de l'établissement avait demandé à ce dernier de tailler sa barbe « *pour en supprimer le caractère ostentatoire* ». L'élève refusa de répondre favorablement à cette demande, et le Directeur décida de mettre fin au stage. Cette demande n'était en aucun cas faite dans un but de respect des mesures d'hygiène, qui en ce sens aurait été légitime. Les juges de première et seconde instance, valident la décision prise par le Directeur au motif que « *le stagiaire s'était borné à invoquer le respect de sa vie privée sans pour autant nier que son apparence physique était de nature à*

---

<sup>246</sup>*Id.*

<sup>247</sup>RENARD (S.), « Neutralité des élèves en formation paramédicale : une clarification subtile et bienvenue », *RDS*, n°80, 2017, p.835.

<sup>248</sup>Annexe V de l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, version au 1<sup>er</sup> septembre 2018.

<sup>249</sup>CE, 28 juillet 2017, *Mme Boutaleb et autres*, n°390740.

*manifeste ostensiblement un engagement religieux* »<sup>250</sup> (ce n'est pas le seul motif retenu par la Cour administrative d'appel).

Mais comme tout n'est pas signe de prosélytisme, le Conseil d'Etat annule les différentes décisions des juges du fond, en affirmant que ces seuls éléments sont « *par eux-mêmes insuffisants pour caractériser la manifestation de convictions religieuses dans le cadre du service public* »<sup>251</sup>.

Pour Mickael Krkac, doctorant en droit de la santé à l'université de Montpellier, « *comment ne pas être consterné que le simple port d'une barbe au XXI<sup>e</sup> siècle suffise à entraîner une sanction disciplinaire au sein d'un hôpital ?* »<sup>252</sup> alors même qu'il existe une omerta absolue sur des dérives religieuses du fait des agents hospitaliers. Peut-être serait-il plus judicieux de se concentrer sur ses dérives et de les sanctionner, que de s'attarder sur des signes qui ne sont pas prosélytes.

### **§3 : L'omerta des dérives religieuses dans les établissements publics de santé**

Les débats publics sont largement centrés sur les dérives du principe de laïcité dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement. Toutefois, depuis quelques années, des rapports publiés sonnent le signal d'alarme en soulignant l'existence de ces manquements dans le milieu hospitalier (I). Afin de pallier cette problématique, des solutions ont été mises en place mais elles restent insuffisantes à l'heure actuelle (II)

#### **I. Les dérives religieuses du fait des agents hospitaliers**

C'est le rapport conduit par Bernard Stasi, ancien médiateur de la République, qui a mis en lumière ces dérives. En 2003<sup>253</sup>, il soulignait le fait que l'hôpital était confronté à certaines remises en cause de ses valeurs par les usagers mais aussi par les agents notamment « *des fonctionnaires ont exigé de porter, sur le lieu de travail, une kippa ou un voile manifestant leur*

---

<sup>250</sup>CAA Versailles, 19 décembre 2017, n°15VE03592.

<sup>251</sup>CE, 12 février 2020, n°418299 ; *JCP G.* 2020, obs. F. VIALLA ; note G. GONZALEZ.

<sup>252</sup>KRKAC (M.), « Troublante barbe...ou quand le juge s'emmêle les pinceaux », *RDS*, n°82, 2018, p.284.

<sup>253</sup>Rapport de la commission de réflexion présidée par STASI (B.) sur *l'application du principe de laïcité dans la République*, 2003.

*appartenance confessionnelle. Récemment des internes en médecine ont également exprimés cette volonté ».*

Bien qu'elles existent, ces dérives restent bien souvent dans un silence interne à l'établissement de santé. Cependant, et comme le soulève l'auteure Isabelle Lévy, il n'est pas certain que la question de la laïcité à l'hôpital ne fasse plus parler d'elle, notamment au vu de la multiplication des dérives.

Dans son enquête, *Menaces religieuses à l'hôpital*, Isabelle Lévy met en exergue certains exemples de manquement au principe de neutralité de la part du personnel. Pour illustration, des médecins et des personnels soignants qui portent le voile<sup>254</sup> ; des membres du personnel qui réclament, chaque semaine, qu'un repos hebdomadaire concordant avec le calendrier liturgique leur soit accordé (vendredi pour les musulmans, samedi pour les juifs et dimanche pour les chrétiens), et qui souhaitent « *des repos à la carte* » alors même qu'en vertu du principe de continuité du service public, une planification et une organisation quotidiennes sont exigées<sup>255</sup>.

Il y a aussi des comportements qui peuvent mettre en danger la vie du patient. Lors de son tour des hôpitaux de France, Isabelle Lévy a remarqué que dans le service de gériatrie<sup>256</sup> d'un hôpital, une infirmière se trouvait au vestiaire, entre deux rangées de placard, pour faire sa prière durant son service<sup>257</sup>. Le Conseil de discipline a prononcé un renvoi définitif pour abandon de poste. Dans ce cas, qui s'occupe du patient ? En effet, face à la pénurie importante d'infirmières, l'hôpital ne peut se permettre de fermer les yeux sur de telles attitudes et accepter que les infirmières en service, quittent leur poste pour des raisons religieuses. Ces situations peuvent mettre en danger la santé du patient.

Un fait similaire a été constaté : une infirmière catholique pratiquante s'absentait le dimanche matin pour assister à la messe donnée dans la chapelle de l'hôpital, pour son plaisir personnel. Elle a également été révoquée de ses fonctions pour abandon de poste<sup>258</sup>.

Aussi, les prescriptions, choix thérapeutiques et modes de prise en charge de certains soignants sont motivés par leurs croyances religieuses. Par exemple, certains médecins catholiques qui

---

<sup>254</sup>LEVY (I.), *op.cit.*, p. 49.

<sup>255</sup>LEVY (I.), *op.cit.*, p. 66.

<sup>256</sup>Plus connu sous le nom de « gériatrie », « *c'est une branche de la médecine qui étudie le processus biologique du vieillissement et qui tente de résoudre les problèmes psychologiques, sociaux ou économiques des personnes âgées* ». URL: <https://www.cnrtl.fr/definition/g%C3%A9rontologie>.

<sup>257</sup>LEVY (I.), *op.cit.*, p. 57-58.

<sup>258</sup>LEVY (I.), *op.cit.*, p. 60.

peuvent reporter au maximum de dévoiler le diagnostic prénatal à la mère dans le but de gagner du temps, afin que la mère hésite à mettre un terme à sa grossesse.<sup>259</sup>

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés par les cadres de santé sont le port du voile, les prières à certains moments de la journée ou encore le souhait d'aménagement des horaires pour ne pas travailler les jours de fêtes religieuses.

Bien entendu, ces exemples relatés ne concernent qu'une minorité du personnel hospitalier et ne se produisent pas tous les jours. Il est important de souligner que ces manquements restent des exceptions, mais il est nécessaire d'en parler car ils existent et doivent être punis ou alors l'agent doit quitter le service public s'il n'accepte pas les obligations qui y sont rattachées.

Un second rapport a été remis à Nicolas Sarkozy, lorsqu'il était ministre de l'Intérieur, relatif à la laïcité dans les services publics<sup>260</sup>. Ce rapport rendu par un groupe de travail présidé par André Rossinot, homme politique français, fait état d'une seconde problématique à laquelle les établissements de santé sont confrontés : les praticiens étrangers. Afin de faire face à la pénurie de praticiens hospitaliers en raison du développement du secteur privé offrant de meilleures conditions de travail et une rémunération plus élevée, les établissements publics ont recrutés des praticiens étrangers qui ont effectués l'intégralité ou une partie de leur étude en dehors du cadre français.

Le rapport souligne les problématiques qu'a pu poser ce recrutement. La principale problématique se traduit par une méconnaissance partielle voire totale du principe de laïcité français, car la France a une conception bien spécifique de ce principe. Dès lors, ils ne connaissent que très rarement l'obligation de neutralité qui en découle, par leur culture différente et un manque de formation et d'information sur ces points qui sont cardinaux au bon fonctionnement du service public. Pour certains d'entre eux, ne pas exprimer sa foi sur son lieu de travail est impensable, notamment lorsqu'ils viennent de pays pour lesquels il y a une religion d'Etat.

En conséquence, des solutions ont été mises en place notamment par une formation et une information plus importante.

---

<sup>259</sup>LEVY (I.), *op.cit.*, p. 74.

<sup>260</sup>Rapport du groupe de travail présidé par ROSSINOT (A.), *La laïcité dans les services publics*, 2006.

## II. Les solutions palliatives

Afin de pallier cette difficulté, la circulaire de 2017<sup>261</sup> a édicté un plan d'action de formation afin que les obligations résultant du principe de laïcité soient comprises, connues par l'ensemble des agents publics et pleinement respectées dans l'exercice de leurs fonctions. Ainsi, tout nouvel entrant dans la fonction publique devra suivre une action de formation initiale relative à la laïcité, les devoirs et les obligations que ce principe implique.

Le texte prévoit aussi une formation continue et une information pour l'ensemble des agents publics en fonction, quels que soient leur catégorie et leur corps ou cadre d'emploi d'appartenance y compris les agents contractuels. Pour la Commission Nationale consultative des Droits de l'Homme (CNDH), dans ce cadre-là, « *un temps spécifique doit être consacré à la compréhension et à l'explication du principe de laïcité et du principe de neutralité afin que, d'une part, ils aient une meilleure connaissance des devoirs qui s'imposent à eux et que, d'autre part, ils sachent comment réagir, dans le strict respect de la loi, face à des revendications à caractères religieux, qui peuvent entraver leur mission* »<sup>262</sup>.

Depuis 2011, un référent laïcité est déployé dans les établissements hospitaliers<sup>263</sup> afin de conseiller les agents s'ils ont des questions relatives à la laïcité. A noter que ce référent n'est pas une substitution à l'autorité hiérarchique, qui doit toujours veiller au respect du principe de laïcité dans les services placés sous son autorité. Si un référent laïcité n'a pas été déployé, les conseils pourront être abordés par un référent déontologue, qui apporte « *tout conseil utile au respect des obligations et des principes déontologiques* »<sup>264</sup> (obligation de neutralité, respect du principe de laïcité).

### Section 2 : L'objection de conscience, une antinomie au principe de neutralité ?

« *Il faut reconnaître à chacun, dont les médecins, le même statut de sujet de droit sinon nous les confierons à un rôle de technicien et les patients à un rôle de consommateur* »<sup>265</sup> à propos

---

<sup>261</sup>Circulaire du 15 mars 2017 relative au respect du principe de laïcité dans la fonction publique.

<sup>262</sup>CNCDH, Ass.plèn, avis sur la laïcité, n°0235, 9 octobre 2013.

<sup>263</sup>Circulaire DGOS/RH4/2011/356 du 5 septembre 2011 relative à la charte des aumôneries dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

<sup>264</sup>Article 28 bis de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

<sup>265</sup>VIALLA (F.) se prononce contre la proposition de la suppression de la clause de conscience en matière d'IVG, Octobre 2020.

du débat sur la suppression de l'objection de conscience en matière d'interruption volontaire de grossesse.

L'objection de conscience, aussi appelée « *clauses de conscience* » est une manifestation et une extériorisation de la liberté de conscience. Elle se caractérise par un « *refus par une personne d'accomplir un acte ou d'adopter un comportement imposé par une norme positive (droit en vigueur), au nom et par respect d'une norme (ontologiquement ou juridique) antérieure et surtout supérieure inscrite dans la conscience et appliquée à une situation particulière par un jugement de conscience* »<sup>266</sup>.

Dans son aspect médical, l'objection de conscience est prévue par le Code de la santé publique à l'article L.1110-3 alinéa 7 et à l'article 47 du Code de déontologie médicale. Ces deux dispositions prévoient que « *hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* ». Cette clause générale est applicable à tous les actes que le professionnel de santé refuse de pratiquer pour des convictions personnelles ou professionnelles. Même si elle est prévue par le Code de déontologie médicale, elle concerne tous les professionnels de santé (médecins ; infirmiers ; sages-femmes ; paramédicaux) à l'exception des pharmaciens.

Le praticien ne peut pas invoquer cette clause s'il existe une urgence vitale pour le patient. Si tel est le cas, il pourra être poursuivi pour non-assistance à personne en péril<sup>267</sup>.

Il existe aussi des clauses de conscience spécifiques à certains actes médicaux non thérapeutiques susceptibles d'entraîner une atteinte à l'intégrité, à la dignité humaine ou encore spécifiques à certains actes qui peuvent heurter les convictions religieuses du professionnel ou les actes éthiquement controversés. Les actes médicaux visés sont : la stérilisation à visée contraceptive<sup>268</sup>; l'interruption volontaire de grossesse<sup>269</sup> ou encore la recherche sur l'embryon<sup>270</sup>.

L'objection de conscience est concomitante avec l'évolution de certaines pratiques médicales permise par l'avancée considérable de la science. De plus en plus, la société voit apparaître des

---

<sup>266</sup>ZADIG (J-J), « La loi et l'objection de conscience », *RFDA*, 2013, p.957.

<sup>267</sup>C.pén., art.223-6 : « *sera puni des mêmes peines [5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende] quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours* ».

<sup>268</sup>CSP., art.L.2123-1§5.

<sup>269</sup>CSP., art.L.2218-21§1.

<sup>270</sup>CSP., art.L.2151-7-1§1.

actes qui sont éthiquement discutables car ils n'ont aucune visée curative<sup>271</sup> mais répondent à des demandes sociétales. Pour Léopold Vanbellinghen, docteur en droit, l'objection de conscience qui est un pilier de la liberté de conscience, « *s'est accentuée autour du vote de lois qui autorisent certaines pratiques éthiquement sensibles et elles font le choix d'impliquer les soignants dans la réalisation de ces actes qui s'éloignent de la définition des soins* »<sup>272</sup>.

Mais l'objection de conscience est-elle antinomique avec le principe de neutralité religieuse ? Encore une fois, cette question divise la doctrine. Cette analyse prend le parti de répondre par la négative à cette interrogation. En effet, le professionnel peut légalement refuser de pratiquer un acte thérapeutique si cela va à l'encontre de ses convictions personnelles, qui peuvent être des convictions religieuses. Ce refus n'est pas une exception à la neutralité du soignant dès lors qu'il n'est pas dans l'obligation de justifier son refus, d'exposer ses convictions intimes et donc d'expliquer au patient que cela va à l'encontre de sa pratique religieuse. Ainsi, en ne justifiant pas son refus, il ne dévoile pas ses convictions religieuses et ne déroge pas au principe de neutralité qui lui incombe.

A l'inverse, si le praticien explique qu'au nom de sa foi religieuse, en précisant sa religion, il refuse de pratiquer l'acte demandé par le patient, il déroge au principe de neutralité religieuse et peut faire l'objet de sanctions dans les conditions énoncées à la section 1.

Toutefois, il y a des cas dans lesquels le refus peut être ressenti comme discriminatoire par le patient. Il est donc conseillé au soignant d'expliquer au patient les raisons pour lesquelles il refuse de réaliser l'acte, sans révéler sa confession. Cependant, cette explication n'est pas une obligation pour ce dernier.

Par ailleurs, et comme le souligne l'Observatoire de la laïcité, le refus opposé par le soignant ne doit pas s'accompagner d'une quelconque pression exercée sur la patiente, qu'elle relève du prosélytisme religieux ou non<sup>273</sup>.

Un refus opposé par le praticien ne doit pas s'entendre comme un abandon du patient car dès la première consultation, le praticien doit informer ce dernier de son refus de pratiquer l'acte. Il doit l'orienter vers un autre professionnel de santé qui sera susceptible de pratiquer l'acte en

---

<sup>271</sup>VANBELLINGEN (L.), « Le refus de soins du praticien pour motifs religieux », Journée d'étude du M2 droit de la santé de l'université de Tours, *Droit, santé et religion : Hippocrate à l'épreuve de la foi*, 4 février 2021.

<sup>272</sup>*Id.*

<sup>273</sup>Rapport annuel de l'Observatoire de la laïcité, *Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé*, 2020, p.181.

question. Il doit aussi lui communiquer des informations et des conseils lui permettant d'obtenir une prise en charge adaptée.

Il est généralement conseillé au soignant d'inscrire dans le dossier médical le refus de soins, l'information du refus au patient et son orientation vers un autre professionnel de santé.

Ainsi, objection de conscience et neutralité de l'agent ne sont pas antinomiques si le praticien tait la raison pour laquelle il refuse de pratiquer l'acte.

Cette neutralité doit aujourd'hui plus que jamais être respectée à l'aune de la multiplication des dérives religieuses et de la fragilité de l'hôpital public. Elle doit être sanctionnée lorsqu'elle n'est pas respectée et chacun, au sein d'un établissement public de santé, doit prendre ses responsabilités. L'hôpital, son organisation, la santé des patients ne peuvent pas être mis en péril au nom d'une foi divine.

Toutefois, tout ne peut pas être mis sur le dos du personnel hospitalier. L'hôpital est aussi menacé par les usagers qui demandent un « *service à la carte* »<sup>274</sup> devant s'adapter à leurs convictions religieuses, quitte à mettre leur santé en danger.

---

<sup>274</sup>LEVY (I.), *op.cit.*, p.99.

## **Chapitre 2 : Les usagers : le fait religieux dictateur de l'organisation hospitalière et des soins médicaux ?**

La religion est de plus en plus présente au sein des établissements publics de santé. Les patients sont libres d'exercer leur culte, sont titulaires de certains droits mais pas à n'importe quel prix. L'hôpital et son organisation ne peuvent plus faire face à ces demandes qui sont dictées par des motifs religieux comme la récusation du personnel médical et paramédical car tel ou tel agent ne serait pas du même sexe ou de la même confession que le patient. De plus, ces récusations sont souvent décidées par un tiers à la relation de soins et non par le patient (Section 1).

La crise de la Covid-19 a profondément ébranlé l'hôpital qui n'en sortira pas indemne. Autrement dit, après un an et demi de pandémie, ce sont des centaines d'agents qui ont quitté l'hôpital car cette crise a mis en lumière les difficultés du service public hospitalier déjà bien connues des pouvoirs publics. L'organisation hospitalière faiblit d'années en années par manque de moyens et de personnel hospitalier. Face à ce constat, des questionnements sont nécessaires : les proches des patients peuvent-ils refuser au nom d'une divinité le personnel et mettre encore plus en péril l'organisation de l'hôpital ? Peuvent-ils mettre en danger la santé de leur proche ?

Ce n'est pas seulement l'organisation hospitalière qui est dictée par des considérations religieuses mais aussi la santé du patient lui-même, notamment lorsqu'il refuse des traitements et met sa vie en danger (Section 2).

Enfin, il conviendra d'aborder le financement des demandes qui ne sont justifiées par aucune nécessité médicale mais seulement un souhait religieux qui dans certains cas n'est pas dicté par les livres saints (Section 3).

## **Section 1 : La récusation des praticiens pour motifs religieux mettant en péril l'organisation hospitalière**

*« Le subterfuge de la pudeur vient de l'esprit malveillant des hommes intègres qui n'y voient que le vice »<sup>275</sup>.*

La liberté religieuse de l'utilisateur n'est pas absolue. En effet, *« les contraintes de sécurité, les règles d'organisation du service et le respect des droits des autres malades, constituent autant de limites légales, à l'expression des convictions religieuses »<sup>276</sup>.*

Lorsque l'expression des convictions religieuses entraîne des dysfonctionnements importants tant d'un point de vue physiologique qu'organisationnel, il faut savoir évincer le fait religieux et prendre les mesures nécessaires. Dès lors qu'un patient est admis en hospitalisation complète ou en consultation externe, il est *« usager d'un service public administratif, et il se trouve soumis (...), à un ordre juridique interne propre dont il n'a pas déterminé le contenu et qui (...) est un univers différent qui a ses lois, ses rites et ses disciplines propres »<sup>277</sup>.* Il doit ainsi se plier aux règles hospitalières sans les remettre en cause.

Il ne faut pas oublier que la mission première d'un établissement de santé est une mission de soin qui doit répondre à une organisation très stricte. Ainsi, l'intégration du fait religieux ne doit être ni un obstacle à l'accomplissement de cette mission ni un obstacle à l'accomplissement des autres missions du service public hospitalier<sup>278</sup>.

Lors de cette analyse, il conviendra de se concentrer sur la récusation du personnel médical et paramédical. Cette problématique cause de nombreux dysfonctionnements dans l'organisation du service et ne peut être prise en considération lorsqu'elle est dictée par des tiers (§2). Les solutions qui ont été apportées par le corps médical restent partielles car cette problématique est toujours récurrente (§3).

---

<sup>275</sup>*Ibid.*, p.97 cite le Docteur KARIM, in RAMBERT (H.), « Patients musulmans : des textes à la pratique », Porphyre, n°467, 2010.

<sup>276</sup>MOQUET (M-L), *Droit hospitalier*, LGDJ, 2010, p.404.

<sup>277</sup>*Ibid.*, p.163.

<sup>278</sup>*Ibid.*, p.179.

La récusation pour motifs religieux est un sujet très complexe car d'un côté il met en balance le principe de libre choix du praticien par le patient et de l'autre l'organisation du service afin de satisfaire les missions de l'établissement hospitalier (§1).

## **§1 : La récusation du personnel : entre libre choix du praticien et bon fonctionnement du service**

Le libre choix du praticien par le patient est un principe fondamental de la législation sanitaire et du droit des patients (I). Toutefois ce principe ne doit pas entraver le bon fonctionnement du service, car « *il n'y a pas de services à la carte* »<sup>279</sup> (II).

### **I. Le libre choix du praticien par le patient : fondement du droit des patients et de la réglementation sanitaire**

Durant toute son hospitalisation, le patient est détenteur d'un certain nombre de droits. Parmi eux figure le droit de choisir librement son praticien, principe général du droit depuis 1998<sup>280</sup>. C'est aussi un droit fondamental de la législation sanitaire<sup>281</sup>, prévu à l'article L.1110-8 alinéa 1 du Code de la santé publique<sup>282</sup>.

En conséquence, le patient peut librement choisir son praticien et donc choisir un praticien du sexe opposé, en dehors des cas d'urgence. Ce droit ne concerne que les praticiens et non les autres membres de l'équipe de soins<sup>283</sup>.

De plus, ce droit ne peut être exercé que par le patient lui-même et non par un membre de sa famille, un proche ou la personne de confiance. C'est la qualité de la personne qui exerce ce droit qui pose un problème au sein des établissements de santé, car bien souvent ce droit n'est pas exercé par le patient mais par un tiers (cette problématique sera abordée ultérieurement).

---

<sup>279</sup>LEVY (I.), *op.cit.*, p.99.

<sup>280</sup>CE, 18 février 1998, n°171851, *Section locale du Pacifique Sud de l'ordre des médecins* ; RFDA, 1999, 47, note M. JOYAU : « *La liberté de choix du médecin par le patient et la liberté de prescription figurent au nombre des principes généraux du droit qui s'imposent à toutes les autorités réglementaires, même en l'absence de dispositions législatives* ».

<sup>281</sup>Cass. Civ 1<sup>ère</sup>, 6 mai 2003, n°01-03.259.

<sup>282</sup>« *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé* ».

<sup>283</sup>CASTAING (C.), « *Laïcité et liberté religieuse du patient à l'hôpital* », AJDA, 2017, p. 2512.

Le droit du patient doit se concilier avec certaines règles indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier et à la délivrance des soins.

## **II. L'exercice de ce droit ne devant pas entraver le bon fonctionnement du service**

Il existe de nombreuses limites à l'exercice de ce droit. Tout d'abord, le patient ne peut pas récuser un personnel médical pour des motifs tirés de la religion connue ou supposée de ce dernier. Cette récusation tombe sous le coup du délit de discrimination réprimé par le Code pénal.

Aussi, le libre choix du praticien par le patient n'est pas effectif durant les gardes. En effet, les effectifs étant restreints durant la nuit et les week-ends, la liberté de choix ne peut aller à l'encontre du tour de garde des médecins ou de l'organisation des consultations, conformément aux exigences de continuité du service public. Ainsi, le patient ne peut exiger d'être examiné par un médecin du sexe de son choix si l'organisation des équipes de garde ne répond pas à son exigence. Cependant, il faut en informer, au préalable, le patient.

Toutefois, si la composition des équipes de garde permet de répondre favorablement à la demande du patient d'être pris en charge par un médecin de sexe féminin ou masculin, les équipes doivent s'efforcer de satisfaire la demande qu'elle soit religieuse ou non. Par conséquent, un autre soignant sera appelé à intervenir. *A contrario*, s'il n'existe pas d'alternative, les soins urgents sont alors réalisés par l'équipe de garde sans prendre en compte la demande du patient, si ce dernier ne s'y oppose pas.

Il y a des cas pour lesquels, malgré le caractère urgent de la situation, le patient va réitérer son refus. Dans ce cas, le médecin ne peut pas contraindre le patient et doit l'informer des conséquences de son choix. Le médecin pourra faire appel à l'aumônier ou faire attester par écrit au patient son refus afin de protéger le praticien contre un recours juridique<sup>284</sup>.

Aussi, le patient ne peut exiger d'être pris en charge par un médecin déterminé<sup>285</sup>. Le libre choix du praticien est donc limité car il ne doit « *pas perturber la dispensation des soins, compromettre les exigences sanitaires, voire créer des désordres persistants* »<sup>286</sup>. Si tel est le

---

<sup>284</sup>*Id.*

<sup>285</sup>CAA Paris, 27 mai 2013, n° 12PA01842 : « *Les patients d'un établissement public de santé (...) ne sont pas en droit d'exiger qu'un médecin plutôt qu'un autre les prenne en charge* ».

<sup>286</sup>Circulaire DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

cas, le Directeur de l'établissement, en vertu de son pouvoir de police générale, pourra sanctionner les usagers en cas de non-respect des règles<sup>287</sup>, la sanction pouvant aller jusqu'à l'exclusion<sup>288</sup>. Tout naturellement, ses pouvoirs doivent être utilisés avec discernement et proportionnalité. Le juge administratif contrôle la légalité des décisions et veille à leur stricte nécessité.

Toutefois, l'exclusion d'un usager n'a jamais été appliquée, du moins jusqu'en 2013, car la sanction vise un patient malade et qui a besoin de soins. Même si sa pratique religieuse perturbe le fonctionnement, il reste une personne malade qui doit être soignée. Une telle expulsion contrarierait les exigences de soin et la décision risquerait d'engager la responsabilité administrative pour faute de l'établissement mais également la responsabilité pénale pour non-assistance à personne en péril<sup>289</sup>.

Le plus souvent, les équipes soignantes essaient de satisfaire au mieux les demandes raisonnables des patients. Cependant, les revendications incongrues doivent céder devant la loi du service<sup>290</sup>.

## **§2 : La récusation dictée par des proches au nom de considérations religieuses**

Une des grandes problématiques à laquelle sont confrontés les établissements de santé concerne la récusation du personnel médical pour des questions de sexe en considération de motifs religieux, notamment lorsque les praticiens sont récusés par des tiers à la relation de soins.

Un patient peut librement choisir un praticien de sexe masculin ou féminin selon sa convenance, sous réserve des limites tenant à l'organisation hospitalière. Il faut faire attention à ne pas tomber dans le raccourci selon lequel le choix d'un praticien de tel sexe est automatiquement lié à des questions religieuses. En effet, comme le rappelle le Professeur François Vialla, « *le*

---

<sup>287</sup>*Id.*

<sup>288</sup>CSP., art R.1112-49 : « *le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé pour motifs disciplinaires* ».

<sup>289</sup>POIROT-MAZERES (I.), « L'hôpital, le médecin et le croyant. Le regard du juriste », in LECA (A), dir., *Santé, religion et laïcité : actes du IXe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p.200.

<sup>290</sup>*Ibid.*, p.199.

*choix d'un praticien en considération de son sexe n'est pas une question liée à la laïcité »*<sup>291</sup>. Prenons l'exemple le plus courant, une femme peut préférer consulter un gynécologue du même sexe car elle se sentira plus à l'aise avec une femme et ce choix ne sera pas forcément dicté par des considérations religieuses.

Ce n'est que lorsque « *le refus de l'autre est dicté par des considérations religieuses* »<sup>292</sup> et lorsqu'il est énoncé par un tiers ou sous sa pression que cette question devient une question de laïcité. Dès 2003, le Rapport de la commission présidée par Bernard Stasi faisait état de la multiplication « *des refus, par des maris ou des pères, pour des motifs religieux de voir leurs épouses ou leurs filles soignées ou accouchées par des médecins de sexe masculin. Des femmes ont ainsi été privées de péridurales. Des soignants ont été récusés au prétexte de leur confession supposée* »<sup>293</sup>.

Cette problématique est assez récurrente dans les services de gynécologie-obstétrique. Pour illustration, en 2006, à l'hôpital Robert Debré à Paris, le Professeur Oury effectue sa tournée des patientes admises dans le service de gynécologie-obstétrique. Durant sa garde, il ausculte une femme de confession musulmane à l'issue d'un accouchement difficile. Le mari de la patiente s'est jeté sur le médecin, l'a insulté et l'a giflé pour avoir ausculté sa femme. Les forces de police ont dû intervenir et le couple a été transféré dans un autre établissement. À la suite de ça, le mari a été condamné à six mois de prison ferme par le Tribunal correctionnel de Paris<sup>294</sup>.

Une seconde illustration de ce phénomène : à Grenoble, un mari présent en salle de travail s'est opposé à un docteur de sexe masculin qui était venu aider à l'accouchement de sa femme<sup>295</sup>, qui nécessitait des forceps<sup>296</sup>.

---

<sup>291</sup>VIALLA (F.), « La parole du croyant dans la relation de soins », in LECA (A), dir., *Santé, religion et laïcité : actes du IXe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p.50.

<sup>292</sup>*Id.*

<sup>293</sup>Rapport de la commission de réflexion présidée par STASI (B.) sur *l'application du principe de laïcité dans la République*, 2003.

<sup>294</sup>PHILIBERT (J-M), « Les gynécologues s'alarment des pressions islamistes », *Le Figaro*, 2007. URL : [https://www.lefigaro.fr/actualite/2006/10/23/01001-20061023ARTFIG90040-les\\_gynecologues\\_s\\_alarment\\_des\\_pressions\\_islamistes.php](https://www.lefigaro.fr/actualite/2006/10/23/01001-20061023ARTFIG90040-les_gynecologues_s_alarment_des_pressions_islamistes.php).

<sup>295</sup>COJEAN (A.), « Hôpital : laïcité et intégrisme s'affrontent », *Le Monde*, 2007. URL : [https://www.lemonde.fr/a-la-une/article/2007/01/27/hopital-laicite-et-integrisme-s-affrontent\\_860536\\_3208.html](https://www.lemonde.fr/a-la-une/article/2007/01/27/hopital-laicite-et-integrisme-s-affrontent_860536_3208.html).

<sup>296</sup>Dictionnaire numérique Larousse : « *instrument affectant la forme d'une grande pince, destiné à saisir la tête de l'enfant pour en faciliter l'expulsion dans certains accouchements difficiles* ».URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/forceps/34562>.

Un dernier exemple est celui d'un médecin qui a dû immobiliser un homme à l'entrée de la salle d'accouchement car il voulait arracher sa femme du bloc alors qu'elle devait y subir une césarienne, au motif qu'il ne voulait pas que ce soit un médecin de sexe masculin qui accouche sa femme<sup>297</sup>.

Ces incidents sont apparus sur la scène politico-médiatique et dénoncés par de nombreux praticiens comme en 2006 avec ce communiqué publié par le Conseil National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) : « *les gynécologues-obstétriciens devront-ils désormais être protégés par la police pour exercer leur métier (...). C'est inadmissible dans un pays laïque comme le nôtre, où l'hôpital, s'il permet la liberté de culte, n'a pas à plier son organisation aux pratiques religieuses quelles qu'elles soient (...). Nous le disons fermement, nous continuerons à avoir des services où les médecins hommes ou femmes apporteront les soins aux patients quel que soit leur sexe (...) il y a 30 ans les femmes musulmanes venaient dans nos hôpitaux sans l'appréhension d'être prise en charge par des médecins hommes, et il n'y avait pas ces violences. Pourquoi cette régression ?* »<sup>298</sup>.

Des incidents dénoncés directement sur le terrain comme à l'Hôtel-Dieu à Lyon, établissement dans lequel le Chef de service de gynécologie-obstétrique a placardé un mot sur les murs de la maternité : « *informations importantes à lire avant inscription : le personnel médical et paramédical est mixte. Nous ne pouvons en aucune façon vous garantir que vous serez prises en charge et examinées par des femmes. En cas de refus de prise en charge éventuelle par un homme, nous avons le regret de ne pas pouvoir vous inscrire pour un accouchement* »<sup>299</sup>. D'autres hôpitaux ont suivi l'initiative.

Les récusations ne sont pas propres à la religion musulmane. Isabelle Levy, dans son enquête menée en 2011, fait état d'une religieuse catholique en situation hémorragique qui récuse l'unique gynécologue de garde car il était de sexe masculin<sup>300</sup> ou encore un prêtre qui refuse d'être pris en charge par une infirmière<sup>301</sup>.

---

<sup>297</sup>LEVY (I), *op.cit.*, p.100.

<sup>298</sup>CNGOF, communiqué de presse, « Les gynécologues-obstétriciens défendent les femmes contre l'intégrisme musulman », 2006.

<sup>299</sup>LEVY (I.), *op.cit.*, p. 99.

<sup>300</sup>*Ibid.*, p.103.

<sup>301</sup>*Id.*

Il y a aussi des maris qui réclament des chambres simples pour leur femme afin qu'elle ne soit pas exposée aux autres visiteurs de sexe masculin<sup>302</sup>. Tout naturellement, cette exigence organisationnelle ne peut pas être prise en compte car les chambres simples sont réservées en priorité aux patients très affaiblis ou en fin de vie.

Pour conclure, l'appréciation de la demande se fait au cas par cas. Si c'est le patient qui décide de récuser un personnel médical ou paramédical, il faut essayer de raisonner son choix lorsque l'organisation hospitalière ne permet pas de satisfaire sa demande, par exemple durant les nuits. En effet, les équipes ne peuvent pas continuellement exaucer les désirs des patients qui savent à quoi s'attendre en entrant dans un service public. Elles peuvent essayer au maximum de les satisfaire, lorsque l'organisation le veut bien, mais pas dans tous les cas. Dès lors que le chef de service a la possibilité d'adapter l'organisation de son service et en prévoyant la présence de médecins de sexe différent, il doit alors le faire afin d'éviter les situations conflictuelles.

Par ailleurs, si ce choix est exercé par une tierce personne, il ne pourra pas être pris en compte par l'équipe médicale et pourra avoir de graves conséquences pour la santé du patient. Il faut protéger les patients vulnérables contre une certaine emprise, le plus souvent familiale, qui peut mettre en danger la santé de ce dernier. En effet, le cercle familial ou marital préférera que son proche ne soit pas soigné plutôt qu'il soit soigné par un praticien du sexe opposé.

Pour finir, il est important de souligner qu'aucune religion ne proscrit un examen médical effectué par une personne de sexe différent, d'autant plus que selon l'avis de « *nombreux savants, il est permis qu'un médecin homme soigne une femme et qu'un médecin femme soigne un homme* »<sup>303</sup>.

Pour pallier ces incidents, des solutions ont été trouvées, mais ne suffisent pas à éradiquer cette problématique.

### **§3 : Les solutions partielles**

Avant de se retrouver face au conflit, il faut le prévenir. Tout d'abord, la prévention passe par l'information. En effet, « *une bonne information sur les mœurs et les croyances des patients ainsi que le rappel inflexible des principes de la laïcité et du droit français (...) devrait assurer*

---

<sup>302</sup>LEVY (I.), *op.cit*, p. 105.

<sup>303</sup>LEVY (I.), *op.cit*, p. 98, cite DIF (M.), *La maladie et la mort en Islam*, Tawhid, 2004.

*une cohabitation sereine au sein de l'hôpital (...) Aux soignants de se montrer à la fois respectueux et strict ».*

Ensuite, le second point très important est la formation des soignants aux demandes culturelles et aux réactions que peuvent avoir certains patients. Laurence Jalbert, sage-femme à Montreuil, disait à ce propos que lorsqu'elle eût commencé son activité professionnelle « *nous avions un manque total d'informations sur les coutumes et religions des immigrés. Aujourd'hui il y a (...) beaucoup moins d'incompréhensions culturelles* »<sup>304</sup>.

En cas de conflit entre le personnel et le patient, l'aumônier peut être appelé. Il va pouvoir aiguiller les protagonistes sur une possible conciliation entre les préceptes religieux et les exigences de soins.

Aussi, pour savoir comment réagir face à de telles situations, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de la Haute-Garonne a édité, à destination des professionnels, des fiches intitulées « *soins et laïcité au quotidien* »<sup>305</sup> qui permettent d'orienter les professionnels de santé.

Aujourd'hui les solutions qui existent pour répondre à ces différentes problématiques ont été trouvées par les praticiens directement sur le terrain. La Charte de la laïcité avait pour ambition de régler ces problématiques en apportant des solutions concrètes, mais cette ambition a échoué du fait de l'absence de nouveauté du texte, de son caractère non contraignant face à l'existence de pratiques qui dépassent l'entendable et à des gouvernements qui restent sourds face à ces problèmes. Pour ainsi dire, « *la Charte n'aura été qu'une occasion manquée* »<sup>306</sup>.

La liberté de culte n'est donc pas absolue face à des restrictions privilégiant l'intérêt général. A chaque fois qu'une conciliation entre les lois du service public et la liberté de religion est impossible, « *la seule règle qui doit l'emporter en pareil cas est celle qui commande l'intérêt général, protecteur des libertés publiques* »<sup>307</sup>. L'organisation générale de l'établissement ne peut pas être remise en cause pour des motifs religieux portant sur la composition des équipes,

---

<sup>304</sup>COJEAN (A.), art.cit.

<sup>305</sup>CDOM de la Haute-Garonne, dossier, *Soins et laïcité au quotidien*, p.54-55, 2015.

<sup>306</sup>BOUET (J-B.), « La Charte de la laïcité dans les services publics et les établissements publics de santé : une occasion manquée », *RDSS*, 2007, p.1023

<sup>307</sup>BARTHELEMY (J.), « La liberté de religion et le service public », *RFDA*, 2003, p.1071.

l'organisation des soins, les règles d'hygiène, la sécurité du personnel et des autres patients ou encore le fonctionnement normal du service.

Il y a aussi des patients qui, de leur propre chef, refusent des traitements, soins au nom de convictions religieuses, comme les Témoins de Jéhovah.

## **Section 2 : La problématique du refus de traitement : entre la vie et la mort du patient, dilemme douloureux des soignants**

*« Le respect de la vie privée et de la liberté de pensée, de conscience et de religion sont confrontés au respect de la vie et à la vocation de sauver des vies du corps médical »<sup>308</sup>.*

Le droit au refus de traitement a dans un premier temps été consacré par la jurisprudence puis confirmé par le législateur dans le cadre du renforcement des droits des malades et d'une volonté de mettre fin au paternalisme médical (§1). Les patients sont de plus en plus autonomes dans la relation de soins et libres de refuser un traitement. Cette position est encore très difficile à accepter pour les praticiens, notamment pour les traitements qui doivent être prodigués en urgence comme les transfusions sanguines et les Témoins de Jéhovah (§2).

### **§1 : La fin du paternalisme médical et la consécration du droit au refus d'un traitement par le patient**

Le consentement (condition subjective) accompagné de la nécessité médicale (condition objective) permettent de légitimer une atteinte à l'intégrité physique du corps humain en application de l'article 16-3 du Code civil<sup>309</sup>. Le consentement du malade est une liberté fondamentale au sens de l'article L.521-2 du Code de justice administrative<sup>310</sup>.

Si le patient a le droit de consentir à un acte médical *de facto*, il a le droit de refuser un traitement. Les règles du refus sont similaires à celles du consentement, le refus doit être libre

---

<sup>308</sup>CHEYNET DE BEAUPRE (A.), « Refus de soins : sens et interdits », *RDS*, n°46, p.177.

<sup>309</sup>« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui ».

<sup>310</sup>« Saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale ».

(sans pression extérieure) et éclairé, c'est-à-dire que le médecin doit, au préalable, informer le patient des conséquences de son refus.

Consacré par la loi du 4 mars 2002, le droit au refus de traitement était déjà admis par les juges sur le fondement de l'autonomie de la personne notamment avec « *l'obligation faite au médecin de toujours respecter la volonté du malade en l'état de l'exprimer* »<sup>311</sup>. Cette consécration législative va dans le sens d'une plus grande autonomie de décision de la personne malade, une plus grande égalité dans les rapports médecin-malade et la fin du « *paternalisme médical* ».

Lors de sa codification dans le Code de la santé publique, à l'article L.1111-4 alinéa 3, il était prévu que « *le médecin respecte la volonté de la personne après l'avoir informé des conséquences de son choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables* ».

Depuis la loi "Léonetti Claeys"<sup>312</sup>, le médecin ne doit plus tout mettre en œuvre pour convaincre le patient d'accepter le traitement et a l'obligation de respecter le choix du patient. Par la modification de cette disposition, le législateur accorde une plus grande autonomie au patient et renforce sa liberté de choix. Pour autant, en pratique, le médecin va tout faire pour convaincre son patient de revenir sur son choix<sup>313</sup>, voire ne pas le respecter.

Quand-est-il du refus qui pourrait avoir de graves conséquences sur la santé du malade, le médecin doit-il outrepasser sa volonté ? Comme en dispose l'article L.1111-4 alinéa 3 du Code de la santé publique, respecter le choix du patient est une obligation pour le praticien et « *si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable* »<sup>314</sup>. Par conséquent, le médecin qui est face à un refus de soins réitéré et clairement exprimé doit s'abstenir d'intervenir.

---

<sup>311</sup>CE, 27 janvier 1982, n°10796 / Cass, 1<sup>ère</sup> civ., 11 octobre 1988, n°86-12.832/ CE, Ass., 26 octobre 2001, *Mme Senanayaké*, n°198546.

<sup>312</sup>Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

<sup>313</sup>GABORIT (F), « Le refus de soins pour motifs religieux », Journée d'étude du M2 droit de la santé de l'université de Tours, *Droit, santé et religion : Hippocrate à l'épreuve de la foi*, 4 février 2021.

<sup>314</sup>CSP., art.L.1111-4§3.

Aussi, toujours avec pour ambition de renforcer les droits des patients, la loi de 2016<sup>315</sup> a ajouté un alinéa qui consacre expressément le droit au refus de traitement car « *toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement* »<sup>316</sup>.

La loi ne fait pas directement état des motifs religieux, et elle n'impose pas au patient de motiver son refus. Les refus de traitement sont multiples et de plus en plus fréquents. Durant cette analyse, il conviendra de se concentrer sur le refus des transfusions sanguines des Témoins de Jéhovah, qui est une problématique récurrente.

## **§2 : Transfusions sanguines et Témoins de Jéhovah : l'éthique médicale bouleversée par le refus de traitement**

Les situations sont diverses concernant le refus des transfusions sanguines par les Témoins de Jéhovah. Le refus le plus problématique concerne une transfusion sanguine qui doit être réalisée sur un patient afin de le sauver mais ce dernier a informé le médecin ou a écrit dans son dossier médical qu'il était opposé à toute transfusion quitte à ce que sa vie prenne fin. Le dilemme éthique du médecin commence : transfuser et sauver le patient ou le laisser mourir et respecter sa volonté ? En France, le cas le plus connu de refus des transfusions sanguines est celui des Témoins de Jéhovah (I).

Si le médecin ne s'en tient qu'au cadre législatif, il doit respecter la volonté du malade même si sa volonté le conduit à son dernier souffle, la mort. Toutefois, la jurisprudence est assez clémentine sur ce sujet (II), clémentine qui remet en cause la place du consentement du patient (III).

Afin de pallier cette problématique, des alternatives peuvent être mises en place (IV).

### **I. La communauté des Témoins de Jéhovah**

« *Les Témoins de Jéhovah sont les croyants d'une foi chrétienne d'origine protestante mais très à part des autres courants chrétiens, parfois considérée comme sectaire* »<sup>317</sup>. Ils forment

---

<sup>315</sup>Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

<sup>316</sup>CSP., art.L.1111-4§2.

<sup>317</sup>GARRAUD (O.), « La symbolique du sang et la transfusion sanguine chez les Témoins de Jéhovah », vol 15, n°6, 2009.

un mouvement religieux fondamentaliste et millénariste né à la fin du XIXe siècle aux Etats-Unis qui s'appuie sur une lecture littérale de la Bible (Ancien et Nouveau Testament).

Mouvement sectaire ou non ? En France, depuis un rapport d'enquête parlementaire de 1995, les Témoins de Jéhovah sont considérés comme étant un mouvement sectaire<sup>318</sup>. Pour qualifier ce mouvement de sectaire, la commission d'enquête s'est appuyée sur les critères des renseignements généraux comme la déstabilisation mentale ; la rupture induite avec l'environnement d'origine ; les atteintes à l'intégrité physique ou encore l'embrigadement des enfants.

En revanche, la position jurisprudentielle n'est pas similaire à celle adoptée en 1995. A plusieurs reprises, les juridictions administratives ont caractérisé ce mouvement comme appartenant à une association culturelle<sup>319</sup>. Toutefois, seulement certaines salles du Royaume ont été exonérées de la taxe foncière au titre des associations culturelles et que l'association nationale des Témoins de Jéhovah n'a jamais bénéficié de la qualité d'association culturelle<sup>320</sup>. En 2006, la Commission d'enquête parlementaire a réitéré sa volonté de rattacher ce mouvement à un mouvement sectaire<sup>321</sup>. Pour le député Alain Vivien, les témoins de Jéhovah « *n'appartiennent pas à une secte absolue mais à une association religieuse qui a des dérives sectaires* »<sup>322</sup>.

Les Témoins de Jéhovah sont opposés aux transfusions sanguines réalisées par des produits sanguins labiles<sup>323</sup> allogéniques ou homologues (issus de donneurs)<sup>324</sup>. Cependant, les transfusions de sang autologues, le sang de la personne elle-même, au cours de procédures telles que la récupération *per et post* opératoire, sont autorisées et pratiquées<sup>325</sup>.

---

<sup>318</sup>Rapport d'enquête parlementaire sur les sectes en France, 22 décembre 1995.

<sup>319</sup>CAA Lyon, 6 octobre 1999, n°98LY00201 / CE, avis, 24 octobre 1997, *Association locale pour le culte de Témoins de Jéhovah de Riom*, n°187122 ; RFDA 1998, p. 61, note : J. ARRIGHI DE CASANOVA / CE, 23 juin 2000, *Association locale pour le culte de Témoins de Jéhovah de Clamecy*, n°215109 et CE, 23 juin 2000, *Association locale pour le culte de Témoins de Jéhovah de Riom*, n°215152 ; AJDA, 2000, p.597, obs. M. GUYOMAR et P. COLLIN.

<sup>320</sup>OTTAN (M.), « La liberté confessionnelle dans les établissements de santé », RDS, n°24, 2008, p. 442.

<sup>321</sup>Rapport de la commission d'enquête relative à l'influence des mouvements à caractère sectaire, décembre 2006.

<sup>322</sup>VIVIEN (A), Rapport au Premier Ministre : « Les sectes en France – expression de la liberté morale ou facteurs de manipulations », 1983.

<sup>323</sup>Cela comprend : le sang total ; les concentrés globulaires ; les concentrés plaquettaires ; les concentrés leucocytaires et le plasma.

<sup>324</sup>Déclaration solennelle de l'Assemblée plénière du 3 juillet 2017 du Consistoire national des Témoins de Jéhovah, « Les témoins de Jéhovah, la vie, le sang », p. 6.

<sup>325</sup>*Id.*

Pourquoi ce refus absolu ? Selon les publications de la Société des témoins de Jéhovah, Dieu leur a interdit de consommer du sang<sup>326</sup> car « *le sang, c'est l'âme ou la vie de l'animal* »<sup>327</sup>. Ainsi, s'ils se font transfuser, « *ils perdent spirituellement la vie et l'au-delà semble également compromis pour avoir enfreint les préceptes* »<sup>328</sup>.

De plus, au-delà de cette interdiction idéologique, ils mettent en avant des complications médicales liées au sang allogénique transfusé notamment avec l'avènement de l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine<sup>329</sup> (VIH).

Pour cette communauté, le refus des transfusions sanguines n'est pas un droit à la mort mais seulement le respect d'un devoir exprimé par la Bible. Le respect de ce principe prévaut sur la vie de la personne car le sang et l'âme passent avant la vie. Pourtant, cette idéologie n'est pas souvent comprise par les médecins qui, malgré le refus opposé par le patient, transfusent au prix de la vie. Ces praticiens sont bien souvent protégés par la jurisprudence qui ne les condamne pas, seulement si certaines conditions sont remplies.

## **II. La protection jurisprudentielle du corps médical**

En théorie, le médecin doit respecter le refus du patient de ne pas se faire transfuser. Alors que la loi est silencieuse à ce sujet, le médecin doit-il refuser de transfuser si le pronostic vital du patient est engagé ? Le texte ne prévoit pas de dispositions particulières lorsque le pronostic vital est engagé, alors c'est la règle générale qui s'impose et donc le respect de la volonté du patient.

Pourtant, les juges ne sont pas de cet avis et ont établi une interprétation *contra legem* de l'article L.1111-4 du Code de la santé publique. En effet, ils ont refusé à travers plusieurs décisions d'engager la responsabilité du praticien qui est passé outre le refus de traitement exprimé par son patient dans l'unique but de lui sauver la vie. La jurisprudence fait donc primer l'obligation de soins sur la volonté du malade. Cependant, cette obligation ne prime que dans certaines circonstances qui sont rappelées tout au long des jurisprudences administratives et civiles.

---

<sup>326</sup>Genèse 9.4 : « *Seulement vous ne mangerez point de chair avec son âme, avec son sang* ».

<sup>327</sup>LEVY (I.), *Menaces religieuses sur l'hôpital*, Presses de la Renaissance, 2011, p.121.

<sup>328</sup>CHEYNET DE BEAUPRE (A.), « Refus de soins : sens et interdits », *RDS*, n°46, p.177.

<sup>329</sup>Déclaration solennelle de l'Assemblée plénière du 3 juillet 2017 du Consistoire national des Témoins de Jéhovah, « Les témoins de Jéhovah, la vie, le sang », p. 6.

Dès 1998 les magistrats soulignent le respect de la volonté du malade par le praticien, en ajoutant que le respect de la volonté trouvait sa limite dans l'obligation « *qu'à également le médecin, conformément à la finalité même de son activité, de protéger la santé, c'est-à-dire en ressort, la vie elle-même de l'individu* »<sup>330</sup>. Les juges ajoutent que, le médecin, qui, dans une situation d'urgence, avec un pronostic vital engagé et en l'absence d'alternatives thérapeutiques, a pratiqué les actes indispensables à la survie du patient et que ces actes étaient proportionnés à son état, n'a pas eu un comportement fautif<sup>331</sup>.

A la suite de cette décision, le Conseil d'Etat annule l'arrêt de seconde instance car la Cour a « *entendu faire prévaloir de façon générale l'obligation pour le médecin de sauver la vie sur celle de la volonté du malade* ». Les magistrats du Palais-Royal rejettent également la requête de la patiente et ajoutent que les médecins avaient choisis d'accomplir un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état dans le seul but de sauver un malade dans une situation extrême<sup>332</sup>. Par cette présente décision, le Conseil d'Etat a opéré une substitution de motifs, autrement dit il a refusé de condamner le Centre Hospitalier mais n'a pas repris la motivation de seconde instance.

Le praticien ne verra donc pas sa responsabilité engagée s'il se trouvait dans une situation d'urgence avec un pronostic vital engagé, une absence d'alternatives thérapeutiques et qu'il a prodigué des actes indispensables et proportionnés à la survie du patient. Ainsi, « *l'éthique subjective du médecin l'emporte sur celle du malade et s'impose à lui* »<sup>333</sup>.

Le plus souvent, pour contester une transfusion sanguine, les patients opposés à celle-ci utilisent la procédure du référé-liberté pour atteinte grave et manifestement illégale à la liberté de refuser un traitement. Rappelons que cette procédure ne peut être utilisée que lorsqu'est mise en cause une liberté fondamentale. Depuis 2002, « *le droit pour un patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale* »<sup>334</sup>, de facto, le droit de refuser un traitement peut donc être considéré comme une liberté fondamentale. Les juges doivent se prononcer sur la requête dans un délai de 48 heures, mais ce délai ne correspond pas à l'urgence médicale qui n'est que de

---

<sup>330</sup>CAA Paris, 9 juin 1998, n°95PA03104.

<sup>331</sup>*Id.*

<sup>332</sup>CE, Ass, 26 octobre 2001, *Mme Senanayaké*, n°198546 ; *RFDA*, 2001, p.146, concl. D. CHAUVVAUX, note. D. DE BECHILLON.

<sup>333</sup>CCNE, avis n°87, *Refus de traitement et autonomie de la personne*, 2005, p.22.

<sup>334</sup>CE, ref., 16 août 2002, *Mme Feuillatey*, n°249552.

quelques heures. Si par sa décision, le juge ordonne au médecin de ne pas transfuser le patient, mais que le médecin a déjà été transfusé car il se trouvait dans une situation d'urgence, il ne verra pas sa responsabilité engagée. Pour illustration, dans le célèbre arrêt « *Feuillatey* », le Conseil d'Etat a confirmé la position de première instance qui avait enjoint au médecin de ne pas transfuser mais « *l'injonction de procéder à des transfusions sanguines (...) cesserait de s'appliquer si l'intéressé venait à se trouver dans une situation d'extrême urgence mettant en jeu un pronostic vital* »<sup>335</sup>. Les magistrats de la plus haute juridiction administrative précisent qu'en premier lieu le médecin doit convaincre le patient d'accepter les soins indispensables, et ce n'est que si le patient est inconscient et que son pronostic vital est engagé qu'il peut être transfusé au gré de sa volonté.

Cette position jurisprudentielle a été confirmée en 2006 par la Cour administrative d'appel de Nantes<sup>336</sup> qui a jugé qu'en l'espèce, les transfusions sanguines étaient indispensables à la survie de la patiente et que dans ces conditions, la méconnaissance par le Centre Hospitalier du refus de la patiente de recevoir des produits sanguins ne pouvait être regardée comme fautive. En cas de « *judiciarisation* » du litige, le médecin devra apporter la preuve que le refus était inévitable pour sauver le patient.

Dans l'histoire de la jurisprudence administrative concernant les transfusions sanguines, jamais aucun médecin n'a été sanctionné pour avoir sauvé la vie d'un patient. En effet, dans nos sociétés contemporaines, il est assez peu entendable qu'un patient mette sa vie en jeu au nom d'une supériorité divine. Même si en 2016, le droit au refus de traitement a été expressément consacré dans le Code de la santé publique, pour Cécile Castaing, maître de conférences, il est « *difficilement concevable que le juge revienne sur sa jurisprudence antérieure et considère que le médecin qui délivrerait les soins indispensables à un patient dans le seul but de le sauver commettait une faute de nature à engager sa responsabilité* »<sup>337</sup>.

Cette position jurisprudentielle divise au sein de la doctrine. Quand certains saluent les décisions rendues par les juridictions exonérant les praticiens de toute responsabilité, d'autres les réfutent comme Salomé Viviana, magistrate spécialisée dans les affaires de santé : « *à chaque affaire que j'examine, je suis effarée par l'argumentation des médecins qui prétendent qu'il est légitime de vouloir sauver une personne contre son gré (...). Ces médecins placent*

---

<sup>335</sup>CE, ref., 16 août 2002, *Mme Feuillatey*, n°249552.

<sup>336</sup>CAA Nantes, 20 avril 2006, n°04NT00534.

<sup>337</sup>CASTAING (C.), « *Laïcité et liberté religieuse du patient hôpital* », *AJDA*, 2017, p. 2515.

*aussi la vie au-dessus de tout, la vie à tout prix ou plutôt à n'importe quel prix. De toute façon ce n'est pas eux qui paieront ce prix, celui de vivre avec une transfusion non voulue, contraire à son éthique ou ses croyances, sans parler des risques de contracter une maladie transmise par la transfusion, comme les hépatites jusqu'à une époque récente »<sup>338</sup>. En effet, des Témoins de Jéhovah transfusés s'exposent à l'excommunication du mouvement. De plus, certains se suicident en raison du rejet des autres fidèles ou car ils considèrent comme inconcevable de vivre avec du sang provenant d'un tiers.*

Il est aussi important d'aborder la situation dans laquelle le médecin se plie à la volonté du malade et donc ne le transfuse pas. Sa responsabilité peut-elle être engagée pour non-assistance à personne en péril ?

La question s'est posée au début des années 2000. Une patiente Témoin de Jéhovah est décédée à la suite d'une délivrance hémorragique survenue lors de son accouchement. Cette patiente avait refusé de recevoir une transfusion sanguine, et ce refus a été réitéré par l'époux et la mère de cette dernière. Le praticien a respecté la volonté de la patiente. En raison des difficultés de décollement placentaire<sup>339</sup>, l'accouchement s'est révélé hémorragique et le médecin a sollicité le Procureur de la république afin d'obtenir l'autorisation de la transfuser dans le but de lui sauver la vie. Malgré la transfusion et l'hystérectomie d'hémostase<sup>340</sup>, la patiente est décédée quelques heures plus tard. Les ayants-droits ont intenté un recours contre le praticien pour ne pas avoir pratiqué l'hystérectomie plus tôt.

Sur le plan pénal, la procédure a abouti à un non-lieu. Sur le plan civil, aucune responsabilité n'a été retenue à l'encontre du médecin qui n'a pas commis de faute dans la pratique de l'accouchement, ni dans la prévention du risque hémorragique, ni dans l'information de la patiente. Les juges ajoutent « *qu'il ne saurait être reproché au médecin, qui doit respecter la volonté du malade, d'avoir éventuellement tardé à pratiquer une intervention vitale, alors qu'il ne pouvait la réaliser, sans procéder, contre la volonté du patient à une transfusion sanguine*

---

<sup>338</sup>LEVY (I), *Menaces religieuses sur l'hôpital*, Presses de la Renaissance, 2011, p. 125.

<sup>339</sup>« *Perte d'adhésion du placenta à la paroi de l'utérus* ». URL : <https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=decollement-placenta>.

<sup>340</sup>Dictionnaire médical : « *ultime recours lorsqu'une hémorragie de la délivrance a résisté aux méthodes chirurgicales conservatrices et à l'embolisation. C'est souvent la seule façon de sauver la vie de la patiente, au prix du sacrifice de son utérus* ». URL : <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/916-hysterectomie-dhemostase>.

»<sup>341</sup>. En conséquence, le praticien a obtenu des dommages et intérêts en réparation de son préjudice moral pour procédure abusive.

A travers ces différentes positions prétorienne, « *les juges, en dépit de fatales mais minimes différences, se retrouvent autour d'une conception commune et élevée de l'intérêt général et de la nécessité d'assurer par une jurisprudence stable, mais non figée, la sécurité juridique* »<sup>342</sup>.

Il est aussi important de souligner la crainte des médecins de se voir condamner pour non-assistance à personne en péril, et donc de plus pratiquer de gestes qui sauvent la vie du patient.

A travers cette analyse de la jurisprudence, il est légitime de se questionner sur la place du consentement du patient Témoins de Jéhovah. Existe-t-il toujours ?

### **III. Le consentement du patient à l'atteinte de son intégrité physique : toujours d'actualité ?**

Une fois les décisions des juges analysées, se pose la question de la place du consentement dans la relation de soins.

Le consentement n'est-il plus une condition permettant de légitimer l'atteinte à l'intégrité physique du corps humain ? Si les juges admettent que le médecin qui passe outre la volonté de refuser un traitement n'est pas fautif, alors le consentement du patient n'est pas respecté.

Le consentement et le refus doivent être libres et éclairés. Il est donc intéressant de se poser la question de la place du consentement d'un Témoin de Jéhovah qui, rappelons-le, est un mouvement sectaire au sens de la définition posée par le rapport parlementaire de 1995 et confirmée par celui de 2006. La caractéristique première d'une secte est de priver les adhérents de leur liberté<sup>343</sup>. Par conséquent, le refus d'un patient adepte de cette communauté, est-il libre et éclairé ? Cette position divise la doctrine ; quant à la jurisprudence, elle ne s'est jamais prononcée concernant cette condition. Par ailleurs, cette même question se pose pour les patients religieux.

---

<sup>341</sup>TGI d'Aix-en-Provence, 13 mai 2004 et confirmée par CA d'Aix-en-Provence, 21 décembre 2006, n°2006/195.

<sup>342</sup>BARTHELEMY (J.), « La liberté de religion et le service public », *RFDA*, 2003, p.1067.

<sup>343</sup>VIALLA (F.), « La parole du croyant dans la relation de soins », in LECA (A.), dir., *Santé, religion et laïcité : actes du IVe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p. 45.

Pour certains auteurs, le refus de traitement du patient ne découle pas de sa propre volonté et ne peut donc être considéré comme juridiquement valable. Pour d'autres, personne n'est en mesure de juger qu'un refus est libre, éclairé et que la personne refusant le traitement dispose de son libre-arbitre à ce moment-là. Le Commissaire du Gouvernement dans l'affaire « *Senanayaké* » soulignait que « *faire prévaloir son devoir de croyant sur sa vie n'est pas en soi insensé. C'est le contenu du devoir qui suscite l'interrogation dans le cas des Témoins de Jéhovah. Cependant, il n'est pas possible aux médecins de se faire juges de leurs convictions, ni de présumer qu'ils n'y adhèrent pas librement* ». Ainsi, le seul fait d'appartenir à la communauté des Témoins de Jéhovah ne suffit pas à déterminer l'absence d'un refus libre.

Afin de pallier cette problématique, des solutions ont été trouvées mais elles restent partielles.

#### **IV. Les solutions partielles**

Face aux nombreux refus de transfusions sanguines, le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) a émis certaines recommandations<sup>344</sup>. Tout d'abord, « *en dehors d'une situation d'extrême urgence le médecin ne doit jamais imposer une solution thérapeutique (...) il doit au maximum respecter les décisions d'un malade qui doit pouvoir comprendre, lui aussi, les obligations morales de celui qui le soigne* »<sup>345</sup>.

Le médecin doit respecter la liberté individuelle du malade s'il dispose de son libre-arbitre. En effet, « *le refus de traitement clairement exprimé par une personne majeure ayant encore le gouvernement d'elle-même ne peut être que respecté, même s'il doit aboutir à sa mort car soigner une personne, ce n'est pas prendre en compte chez elle, seulement l'aspect médical mais l'unité même de sa personne* »<sup>346</sup>. Pourtant, cette position est difficilement entendable chez les praticiens qui veulent sauver la vie de leurs patients, notamment lorsque le refus est motivé par des raisons religieuses/sectaires. Alors même et comme le souligne à juste titre Isabelle Lévy, il est très important de se défaire de ses préjugés et repères culturels pour prendre soin de l'autre<sup>347</sup>. Ce n'est que sous ces conditions que la relation de soins va se créer et que le patient va développer une certaine confiance à l'égard du praticien.

---

<sup>344</sup>CCNE, avis n°87, *Refus de traitement et autonomie de la personne*, 2005, p.45.

<sup>345</sup>*Id.*

<sup>346</sup>*Id.*

<sup>347</sup>LEVY (I.), *op.cit.*, p.141.

En parallèle du comportement du médecin qui ne « *doit pas envisager le soin que dans ses dimensions scientifiques et curatives* »<sup>348</sup>, des alternatives thérapeutiques ont été développées même si leur application reste assez rare. De plus, elles ne permettent pas de résoudre tous les problèmes posés par certaines maladies. Parmi ces alternatives, il y a des techniques d'épargne sanguine comme en chirurgie cardiaque où des médecins opèrent sans transfusions sanguines, à cœur ouvert et avec un rapport bénéfice/risque acceptable<sup>349</sup> selon les Témoins de Jéhovah.

Il y a aussi des techniques d'économie de sang qui minimisent à l'extrême les apports transfusionnels<sup>350</sup> (techniques de réduction de pertes sanguines, stimulation de l'hématopoïèse, optimisation du débit cardiaque).

Ces techniques se développent sous l'incitation des Témoins de Jéhovah.

Le médecin doit adapter si possible la prise en charge médicale au refus exprimé pour éviter une situation à risque. Si le médecin se trouve face à un refus réitéré de la part du patient, il doit « *faire signer à l'hospitaliser un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de refus est dressé* »<sup>351</sup>.

En cas de procès intenté contre le médecin, il doit pouvoir démontrer qu'il a informé le patient sur les conséquences de son refus ; que le patient a réitéré son refus dans un délai de réflexion non préjudiciable aux soins et qu'il a suggéré une alternative s'il y en a une<sup>352</sup>.

Par la consécration expresse du droit au refus de traitement dans le Code de la santé publique, il était naturel de s'attendre à un revers de jurisprudence et de condamner les médecins qui passaient outre cette la volonté du malade. En effet, le législateur est dans une démarche de placer le patient au cœur de la relation de soins et d'en faire un acteur actif et non plus un personnage passif qui se plie aux connaissances scientifiques. D'autant plus qu'il existe des limites à l'obligation de moyen. En effet, lorsque le médecin prête serment, il prononce la phrase suivante : « *je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté sans*

---

<sup>348</sup>VIALLA (F.), « Le refus de soins », in VIALLA (F.) et FORTIER (V.), dir., *La religion dans les établissements de santé*, Montpellier, Les études hospitalières, 2013, p.323.

<sup>349</sup>Déclaration solennelle de l'Assemblée plénière du 3 juillet 2017 du Consistoire national des Témoins de Jéhovah, « Les témoins de Jéhovah, la vie, le sang », p.7.

<sup>350</sup>Direction des Affaires Juridiques AP-HP, « Convictions religieuses et refus de soins », 2003. URL : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/convictions-religieuses-et-refus-de-soins/>.

<sup>351</sup>CSP., art. R. 1112-43.

<sup>352</sup>CDOM de la Haute-Garonne, dossier, *Soins et laïcité au quotidien*, fiche n°38, 2015.

*aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions* ». Cette affirmation a été reprise par la Déclaration de Genève en 1948 : « *je respecterai l'autonomie de mon patient* ».

Pour autant, la jurisprudence ne suit pas la démarche du législateur.

La position du patient qui exerce son droit au refus de traitement et la position du médecin qui ne veut pas laisser mourir son patient sont contrebalancées et sont difficilement conciliables. La théorie c'est une chose, mais la pratique est bien différente et bien plus complexe. En 1995, le Code de déontologie médicale disposait que « *lorsque la vie du malade est réellement et immédiatement menacée, on comprend le médecin qui n'accepte pas d'être complice de ce qui lui semble être une aberration criminelle, passe outre et fait ce que sa conscience de médecin lui commande, à ses risques et périls* »<sup>353</sup>.

En conclusion, c'est le caractère urgent de la situation qui commande la réaction du médecin. L'analyse de cette problématique conclura sur le fait que dans le cadre de situations urgentes dans lesquelles le pronostic vital du patient est engagé, le médecin peut transfuser et selon une jurisprudence abondante, ce dernier ne sera jamais condamné pour avoir délivré les soins indispensables à son patient.

A côté de cette problématique, des patients exigent la réalisation d'actes médicaux dénués de nécessité médicale, mais qui répondent à des pratiques religieuses ancestrales.

### **Section 3 : La réalisation d'actes médicaux pour motifs religieux : à quel prix ?**

De plus en plus les médecins sont confrontés à des demandes d'hyménoplastie, de circoncision ou encore d'excision (§1) qui sont pour la plupart financées par l'organisme de solidarité nationale, à savoir l'Assurance Maladie (§2).

#### **§1 : Hyménoplastie, circoncision, excision : des actes éthiquement controversés et dénués de nécessité médicale**

Les hyménoplasties, circoncisions et excisions sont des actes médicaux car ils sont pratiqués par des médecins mais ils ne sont pas thérapeutiques dès lors qu'ils n'apportent aucun bénéfice

---

<sup>353</sup>Commentaire du Code de déontologie médicale, Ordre des médecins, édition 1995, p.146, cité par OTTAN (M.), « La liberté confessionnelle dans les établissements de santé », *RDS*, 2008, p.452.

thérapeutique direct (pour le patient) ou indirect (pour la personne, autrui ou la collectivité) au sens de la loi du 27 juillet 1999<sup>354</sup>.

De plus, ces actes n'ont aucune nécessité médicale. Cette notion a deux approches possibles<sup>355</sup> : soit l'acte est médicalement nécessaire soit il est nécessaire de le médicaliser notamment lorsque l'acte est « socialement toléré » comme pour la circoncision.

Ces actes se heurtent au principe d'indisponibilité du corps humain selon lequel le sujet ne peut pas s'approprier son corps notamment en demandant des actes qui seraient contraires à sa dignité, d'autant plus lorsque ces actes interrogent quant au consentement du sujet qui est bien souvent un nouveau-né (II) ou encore sur la place de la femme par rapport à l'homme (I et III). C'est en ce sens que le consentement de la personne n'est pas une condition suffisante pour porter une atteinte à l'intégrité physique de la personne, et qu'à cette condition s'ajoute celle de la nécessité médicale.

Par ailleurs, le patient n'a pas le droit « *d'exiger, au nom du respect de ses convictions religieuses, un acte dépourvu de nécessité médicale* »<sup>356</sup> et ce même au nom de sa liberté de culte. En effet, l'expression des convictions religieuses est admise ou tolérée lorsqu'elles demeurent « *acceptables au regard du principe de sauvegarde de l'intégrité physique* »<sup>357</sup> et si elles ne répondent pas à ces conditions, leur expression s'en trouve limitée.

## **I. L'excision**

L'excision est une mutilation sexuelle féminine. Elle est définie comme « *une ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres* »<sup>358</sup>. Elle est « *pratiquée avec une lame tranchante, parfois un tesson de bouteille (...) la plaie est recouverte de cendres ou de boue puis on assoit l'enfant dans un seau d'eau glacée pour calmer la douleur et pour hâter la cicatrisation* »<sup>359</sup>.

---

<sup>354</sup>Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

<sup>355</sup>BENACHI (A.), « La réponse des médecins face à la demande d'actes médicaux pour motifs religieux », Journée d'étude du M2 droit de la santé de l'université de Tours, *Droit, santé et religion : Hippocrate à l'épreuve de la foi*, 4 février 2021.

<sup>356</sup>CASTAING (C.), « Laïcité et liberté religieuse du patient à l'hôpital », *AJDA*, 2017, p.2513.

<sup>357</sup>*Id.*

<sup>358</sup>HAS, recommandations de bonne pratique, « Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours », 2020, p.9.

<sup>359</sup>LEVY (I.), *Menaces religieuses sur l'hôpital*, Presses de la Renaissance, 2011, p.159.

Encore largement pratiquée dans certains pays d’Afrique, elle est réprimée en France par le droit pénal au titre des mutilations sexuelles : « *les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de 10 ans d’emprisonnement et de 150 000 euros d’amende* »<sup>360</sup>. Lorsqu’une excision est pratiquée sur un mineur de moins de 15 ans ou une personne vulnérable<sup>361</sup>, elle devient un crime puni de 15 ans de réclusion criminelle.

Dans un souci d’une plus grande protection des victimes et même si elles n’ont pas la nationalité française, la loi pénale peut s’appliquer en cas de commission de l’infraction à l’étranger<sup>362</sup>.

Il y a des cas, très minoritaires, pour lesquels les victimes sont consentantes. Mais cela n’exonère pas l’auteur de l’acte de sa responsabilité pénale car en droit pénal le consentement n’est pas un fait justificatif. De plus, la protection pénale de la vie et de l’intégrité physique est d’ordre public et donc prime sur le consentement de la victime.

L’excision est d’ordre culturel ou religieux même s’il y a peu de familles musulmanes qui pratiquent cet acte. Pour les personnes la pratiquant cela permet de conforter le futur rôle de la femme. En 2004, il y avait environ 53 000 petites filles/adolescentes mutilées ou menacées de l’être en France<sup>363</sup>.

Sur le plan administratif, le juge condamne aussi cette pratique, notamment en annulant certaines décisions comme en 2012 lorsqu’il annule la décision de la Cour Nationale du Droit d’Asile (CNDA) refusant le statut de réfugié à une jeune fille qui risquait d’être soumise à une excision dans son pays d’origine<sup>364</sup>. Aussi, il a pu confirmer la déchéance de nationalité française prononcée par le gouvernement à l’encontre d’un homme condamné pour des faits d’excision sur sa fille mineure de moins de 15 ans<sup>365</sup>.

Cette pratique prohibée est donc réalisée dans la clandestinité la plus totale. Elle est pratiquée dans des lieux privés, par des personnes médicalement incompétentes et dans des conditions d’hygiène discutables et déplorables. Si l’excision était pratiquée dans les hôpitaux, cela serait

---

<sup>360</sup>C.pén., art. 222-9.

<sup>361</sup>C.pén., art. 222-10.

<sup>362</sup>C.pén., art.222-16-2 : « *dans les cas où les crimes et les délits prévus par les articles 222-8 [violences ayant entraîné la mort], 222-10 [violences ayant entraîné la mort] ou 222-12 [violences ayant entraîné ou une ITT supérieure à 8 jours] sont commis à l’étranger sur une victime mineure résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation aux dispositions de l’article 113-7 [exige que la victime ait la nationalité française]* ».

<sup>363</sup>Gynécologues Sans Frontières, guide, *Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines*, 2010.

<sup>364</sup>CE, Ass, 21 décembre 2012, *Mme Fofana*, n°332491.

<sup>365</sup>CE, 22 février 2008, n°303709.

« un moindre-mal » car les conditions d'hygiène et de stérilisation sont réunies, ce qui permet de réduire considérablement le risque infectieux. Toutefois, une telle solution est inenvisageable de tout point de vue car cela reviendrait à participer à la soumission de la femme, cautionner cette pratique et exposer les filles/femmes à des risques qui ne sont justifiés par aucun intérêt médical. D'autant plus qu'il existe de nombreuses conséquences médicales comme des hémorragies sévères ; lésion traumatique des organes voisins (vessie, vagin, périnée) ; infections ; transmission VIH ; rétention d'urine et bien plus encore. Aussi, l'excision peut entraîner des conséquences psychosexuelles avec des douleurs permanentes ; des rapports sexuels impossibles ainsi que des conséquences psycho-traumatiques qui s'illustrent par des angoisses de l'accouchement ou encore des névroses traumatiques.

D'un tout autre point de vue et à moindre mesure, le rituel religieux de la circoncision s'applique aux personnes de sexe masculin.

## **II. Circoncision**

La circoncision rituelle répond à une pratique religieuse ancestrale imposée par l'islam et le judaïsme mais ne répond pas à un motif médical, contrairement à la circoncision pour motif médical. Pour les garçons juifs, la « *brit milah* » est effectuée par un Mohel ou par le père de l'enfant au 8<sup>e</sup> jour de sa vie, pratiquée au domicile des parents ou dans un lieu privé de leur choix et au frais de la famille<sup>366</sup>.

Pour les garçons musulmans, la « *al khitân* » se fait au 7<sup>e</sup> jour du nouveau-né, mais il y a des possibilités de la réaliser après cette date à condition que le garçon ne dépasse pas l'âge adulte. En théorie, elle est aussi censée se pratiquer dans un lieu privé aux frais de la famille. En pratique, les choses sont différentes (cette problématique sera étudiée dans le second paragraphe).

La circoncision rituelle est tolérée car elle demeure acceptable pour l'intégrité physique de l'enfant. Elle ne le met pas en danger, cela reste une opération bénigne. Même si elle est tolérée par la société, elle n'est pas exempte de complications opératoires (risques septiques et hémorragiques ; blessure du gland ou de l'urètre, cicatrice douloureuse etc<sup>367</sup>). Pour autant, ces complications restent assez rares.

---

<sup>366</sup>LEVY (I.), *op.cit.*, p.153.

<sup>367</sup>Fiche info-patient réalisée par l'Association Française d'Urologie, « Posthectomie de l'adulte », 2012.

Il y a des cas dans lesquels elle est pratiquée dans des établissements publics de santé, soit aux frais de la famille, soit aux frais du contribuable. Si tel est le cas, « *la responsabilité du service public hospitalier est engagée si l'exécution de cet acte [dépourvue de fin thérapeutique] est la cause directe du dommage sans rapport avec l'état initial du patient comme avec l'évolution prévisible de cet état et présentant un caractère d'extrême gravité* »<sup>368</sup>. La circoncision rituelle n'a jamais fait l'objet de poursuites pénales<sup>369</sup>. Le praticien est donc confronté à un dilemme : médicaliser l'acte en le pratiquant à l'hôpital et diminuer le risque infectieux pour le nouveau-né tout en prenant le risque de voir sa responsabilité engagée ou, à l'inverse, refuser de pratiquer l'acte dénué de nécessité médicale et laisser l'enfant avec d'éventuelles complications mais ne pas être confronté à un possible recours de la part des parents.

Aujourd'hui, la circoncision est une pratique qui est « *largement médicalisée au nom des convictions religieuses des parents* »<sup>370</sup>. Cette médicalisation a un aspect positif qui est celui des conditions d'hygiène dans lesquelles l'acte est réalisé et de la technique dont disposent les praticiens. Cela permet de mettre fin aux pratiques clandestines fréquentes dans des caves ou salles à manger afin d'éviter que des drames se produisent<sup>371</sup>.

Même si cette pratique est largement médicalisée, certains médecins refusent de pratiquer un tel acte notamment en invoquant l'article 41 du Code de déontologie médicale qui dispose « *qu'aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et sauf urgence ou impossibilité* ». Aussi, pratiquer un tel acte fait courir un risque injustifié au patient dès lors que l'acte est guidé par des considérations religieuses et non pas par une nécessité médicale<sup>372</sup>.

La doctrine est largement divisée quant au sort qui est réservé à cet acte et la différence de traitement qu'il existe entre tous les actes dénués de nécessité médicale. Pour le Docteur Christine Grapin-Dagorno, « *la circoncision ne peut recevoir de qualification pénale car, d'une*

---

<sup>368</sup>CE, sect., 3 novembre 1997, n°153686, *Hôpital Joseph-Imbert d'Arles*.

<sup>369</sup>OTTAN (M), « La liberté confessionnelle dans les établissements de santé », *RDS*, 2008, p. 446.

<sup>370</sup>CASTAING (C.), « Laïcité et liberté religieuse du patient à l'hôpital », *AJDA*, 2017, p.2513.

<sup>371</sup>LEVY (I.), *op.cit.*, p.153.

<sup>372</sup>CDM., art.40 : « *le médecin doit s'interdire dans les investigations et les interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il a prescrits, de faire courir au patient un risque injustifié* ».

*part, elle a reçu la permission de la loi du fait de la coutume, d'autre part elle n'a jamais été remise en cause par les tribunaux français »<sup>373</sup>.*

Alors que d'autres auteurs « *s'interrogent sur l'impunité dont elle bénéficie [la circoncision] en tant que telle et cherche (...) à tenter de comprendre comment un acte hors la loi (atteinte à l'intégrité physique sans nécessité médicale) et hors du droit (finalité exclusivement religieuse) peut bénéficier d'une telle impunité »<sup>374</sup>.*

A présent, il convient d'aborder l'hyménoplastie dont la demande est croissante depuis quelques années.

### **III. Hyménoplastie**

L'hyménoplastie, plus souvent appelée « *réfection de l'hymen* », est une technique chirurgicale qui a pour objectif la reconstruction de l'hymen en « *recousant la membrane qui fermait partiellement le vagin avant le premier rapport sexuel* »<sup>375</sup>. Elle est pratiquée dans des familles religieuses, afin de respecter la coutume du drap exposé au lendemain de la nuit de noce. Cette coutume consiste à vérifier que l'épouse est encore vierge avant la nuit de noce. Si le drap est tâché de sang, cela veut dire que l'épouse était bien vierge. *A contrario*, si le drap ressort blanc sans aucune tache de sang, cela veut dire que l'épouse avait perdu sa virginité avant le mariage, et dans ce cas cela peut avoir de graves conséquences pour cette dernière qui peut être battue ou répudiée en raison de son « impureté ».

Cette coutume est, aujourd'hui, peu pratiquée, mais pour de remplir « les conditions du mariage », chaque année, des « *centaines de jeunes filles se refont une virginité à l'hôpital* »<sup>376</sup>.

Cet acte n'est dicté par aucune considération thérapeutique et esthétique, seulement par une considération religieuse. Il est vivement contesté car il participe à la régression de la femme par

---

<sup>373</sup>Association française d'urologie, fiche d'information « Ethique et circoncision rituelle », 2014 à destination des professionnels de santé cite CASTAGNOLA (C.), GRAPIN-DAGORNO (C.), FAIX (A.), LE COZ (P.), Table ronde « éthique professionnelle et circoncision rituelle », 106<sup>e</sup> Congrès français d'urologie, 2012.

<sup>374</sup>FORTIER (V.), « Circoncision/excision : des atteintes à l'intégrité du corps humain », in VIALLA (F.) et FORTIER (V.), dir., *La religion dans les établissements de santé*, Montpellier, Les études hospitalières, 2013, p. 237.

<sup>375</sup>LEGROS (C.), « L'hymen de la discorde », *La Vie*, n°3105, 2005.

<sup>376</sup>GABIZON (C.), « Ces filles qui se refont une virginité à l'hôpital », *Le Figaro*, 2007, p.10 cité par OTTAN (M), « La liberté confessionnelle dans les établissements de santé », *RDS*, 2008, p. 446.

rapport à celle de l'homme, et il est « *d'autant plus contesté qu'il n'est enseigné nul part. Pas plus en fac de médecine que dans les manuels spécialisés* »<sup>377</sup>.

Comme pour la circoncision, certains gynécologues acceptent de pratiquer des réfections d'hymen car ils souhaitent « *protéger une jeune fille promise, en cas de refus, à des mesures de rétorsions de la part de sa famille ou celle d'un futur époux* »<sup>378</sup>. D'autres sont réticents à « *refaire les hymens car c'est aider à la soumission de la femme et participer à une coutume machiste du sang sur le drap le soir de la nuit de noces qui n'a rien à avoir avec la foi* »<sup>379</sup>.

Si pendant des années cette pratique est restée tabou, en 2004, des gynécologues-obstétriciens ont décidés de lever l'omerta sur cette pratique en publiant une lettre ouverte dans laquelle ils demandent aux chirurgiens de refuser les demandes de réfection qu'ils considèrent comme une pratique participant à un système de soumission de la femme.

Les hyménoplasties pour considération religieuse ne doivent pas être confondues avec les hyménoplasties réalisées pour les victimes d'abus sexuels qui participent au processus de reconstruction de la victime. Dans ce cas, l'atteinte n'a pas de nécessité médicale mais une nécessité psychologique.

Ces actes, en théorie, ne devraient pas être remboursés par la solidarité nationale car ils sont dénués de nécessité médicale. Pour autant, en pratique, l'organisme de Sécurité Sociale est le principal financeur de ces actes religieux.

## **§2 : L'organisme de sécurité sociale : principal financeur des pratiques religieuses et de ses dérives**

Aujourd'hui, beaucoup de ces pratiques sont réalisées dans des établissements publics de santé aux frais de la Sécurité Sociale alors qu'ils ne sont pas classifiés dans la nomenclature des actes médicaux<sup>380</sup> et donc non remboursables. Pour se faire rembourser, les praticiens codifient autrement ces actes afin qu'ils puissent rentrer dans cette nomenclature. Par exemple : il existe la circoncision rituelle pour motif religieux et pour motif médical, appelée aussi « posthextomie

---

<sup>377</sup>VINCENT (E.), « Mon hymen, son honneur », *Le Monde*, 2008.

<sup>378</sup>OTTAN (M), « La liberté confessionnelle dans les établissements de santé », *RDS*, 2008, p. 446-447.

<sup>379</sup>CNGOF, communiqué de presse, « Les gynécologues obstétriciens défendent les femmes contre l'intégrisme musulman », 2006.

<sup>380</sup>La classification commune des actes médicaux correspond à la liste des prestations remboursables par l'Assurance Maladie.

», dans le cadre d'un phimosis<sup>381</sup> ou d'un paraphimosis<sup>382</sup>. Cet acte est prévu par la nomenclature de la Sécurité Sociale avec un prix moyen de 129 euros pour l'acte sans compter les consultations avec l'urologue et les anesthésistes. Le remboursement par la Sécurité Sociale se fait à hauteur de 75, 15 euros et de 43, 80 euros par la mutuelle. Certains praticiens font donc passer des circoncisions rituelles pour des posthectomie afin de se faire rembourser. Ce délit est qualifié de faux en écriture et puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende<sup>383</sup>. Cette pratique est une véritable fraude à l'Assurance Maladie, d'autant plus que cet « *organisme est public et laïc* »<sup>384</sup>, et ne doit en aucun cas financer des actes religieux. Il est recommandé que la circoncision soit réalisée dans un établissement de santé afin de minimiser le risque infectieux, mais c'est la famille qui doit en supporter le coût et non les contribuables.

Pour autant ces situations perdurent car tout le monde ferme les yeux de peur des représailles des familles envers les médecins.

En ce qui concerne les réfections d'hymen, ces chirurgies sont uniquement pratiquées par certains gynécologues. Pour le Professeur Israël Nisand, les chirurgiens qui reconstruisent les hymens doivent appliquer la gratuité car les prix pratiqués sont « *honteux* »<sup>385</sup>. Là aussi, il existe une véritable fraude à l'Assurance Maladie car dans les établissements publics de santé, les « *équipes s'arrangent pour inscrire l'intervention en soins obstétricaux, facturée 50 euros environs, remboursée à 65 %* »<sup>386</sup>. Il y a encore trop de praticiens qui facturent cette intervention à l'Assurance Maladie.

Il n'est pas du rôle de la Sécurité Sociale de prendre en charge ce type d'opération car il n'existe aucun motif médical et ces opérations ne sont pas vitales. Alors, « *pourquoi la société doit*

---

<sup>381</sup> « Rétrécissement de l'extrémité du prépuce qui empêche de décalotter complètement et facilement le gland ». URL : [https://www.ameli.fr/gironde/assure/sante/themes/phimosis/definition-causes-complications-possibles#text\\_3755](https://www.ameli.fr/gironde/assure/sante/themes/phimosis/definition-causes-complications-possibles#text_3755).

<sup>382</sup> « Blocage du prépuce lorsqu'il est ramené vers l'arrière sur le pénis. Le prépuce ne peut alors pas revenir à sa position normale et se trouve bloqué derrière le gland lui-même étranglé ». URL: <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=paraphimosis>.

<sup>383</sup> C.pén., art.441-1§1 : « Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques ».

<sup>384</sup> LEVY (I.), *op.cit.*, p.157.

<sup>385</sup> LEGROS (C.), *art.cit.*

<sup>386</sup> *Id.*

*payer cela ? Si la jeune femme veut avoir accès à cette pratique, elle doit assumer financièrement les frais »<sup>387</sup>.*

Il est important de noter, qu'en France, l'hyménoplastie n'est remboursée que à la suite d'une agression sexuelle<sup>388</sup>.

La situation est un peu différente pour la pratique de l'excision. En 2004, les membres de l'Académie française de médecine se sont mobilisés contre les mutilations sexuelles féminines. Ils réclamaient, notamment, le remboursement par la Sécurité Sociale des opérations de réparation du clitoris. A la suite de cette demande, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a ajouté la reconstitution du clitoris dans la nomenclature des actes médicaux. *De facto*, l'acte est remboursé. La situation est différente car il apparaît légitime pour beaucoup que la reconstruction soit remboursée dès lors que ces filles/femmes ont été mutilées de force. Elles ne l'ont pas choisi contrairement aux réfections d'hymen<sup>389</sup>.

D'autres diront que les circoncisions sont aussi pratiquées de force sans le consentement du nouveau-né. Certes, mais elles sont moins apparentées à des mutilations et sont beaucoup moins dangereuses et traumatisantes que les excisions<sup>390</sup>.

Enfin, il est important d'évoquer les pratiques de Procréation Médicalement Assistée (PMA) qui sont réalisées pour des raisons de pureté conjugale. Le judaïsme proscrit 14 jours d'abstinence pour tous les couples mariés. Ces couples se retrouvent le 14<sup>e</sup> jour pour concevoir. Il y a certaines situations dans lesquelles l'horloge biologique en décide autrement, et les femmes ovulent le 11<sup>e</sup> ou 12<sup>e</sup> jour, et ne peuvent donc pas concevoir car elles sont en période d'abstinence<sup>391</sup>. Si certains rabbins autorisent ces couples à se retrouver pour procréer le jour de l'ovulation de la femme, d'autres s'y refusent. Dans ce dernier cas, les couples ont recours à des PMA qui sont financées par l'Assurance Maladie. En ayant recours à cette technique de conception artificielle, les couples ne font pas d'entorse à la pratique halakhique. La solidarité

---

<sup>387</sup>Interview LEVY (I.), « Religion, communautarisme, hôpital et Sécurité Sociale », 2011. URL : <https://www.dailymotion.com/video/xh4z1p>.

<sup>388</sup>HABERFELD (I), « Hyménoplastie : comment reconstruire l'hymen », *Le journal des femmes*, 2020.

<sup>389</sup>BENACHI (A.), « La réponse des médecins face à la demande d'actes médicaux pour motifs religieux », Journée d'étude du M2 droit de la santé de l'université de Tours, *Droit, santé et religion : Hippocrate à l'épreuve de la foi*, 4 février 2021.

<sup>390</sup>*Id.*

<sup>391</sup>Cette situation est plus connue sous le nom de « stérilité halakhique » ; « halakhique » qui est « relatif à la halakha, interprétation juridique de la bible qui fonde une règle de conduite pratique ». URL : <https://www.universalis.fr/dictionnaire/halakhique/>.

nationale finance donc une infertilité provoquée par les lois rabbiniques, infertilité religieuse qui creuse le déficit de la Sécurité Sociale.

Il est important de rappeler les prix : une insémination artificielle *in utero*<sup>392</sup>, remboursée à 100% par la Sécurité Sociale jusqu'au 43<sup>e</sup> anniversaires de la femme, coûte en moyenne 1180 euros par tentative. Il faut savoir que la PMA nécessite souvent de multiples tentatives. Le coût total peut donc atteindre entre 4000 et 8000 euros pour concevoir un enfant<sup>393</sup>.

Pour les Fécondation In Vitro (FIV)<sup>394</sup>, remboursée à 100% par la Sécurité Sociale jusqu'au 43<sup>e</sup> anniversaires de la femme et pour 4 tentatives, cela représente un coût de 4800 euros la tentative, soit un budget de presque 20000 euros pour 4 tentatives<sup>395</sup>.

---

<sup>392</sup>Dictionnaire médical numérique de l'Académie de Médecine : « *traitement de la stérilité conjugale par introduction intracervicale ou intra-utérine de spermatozoïdes dans les voies génitales par tout autre moyen que le rapprochement sexuel normal* ». URL : <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=ins%C3%A9mination%20artificielle>.

<sup>393</sup>DESJOBERT (Q), « Combien ça coûte : une PMA », *Economie Matin*, 2020.

<sup>394</sup>Dictionnaire médical numérique de l'Académie de Médecine : « *fécondation d'ovocytes par des spermatozoïdes en dehors de l'organisme féminin, suivie de l'implantation d'un ou de plusieurs embryons dans l'utérus de la femme* ». URL : <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=F%C3%A9condation+in+vitro+>.

<sup>395</sup>DESJOBERT (Q), art.cit.

## Conclusion

Aujourd'hui, le fait religieux à l'hôpital est encadré et régulé par un corpus législatif important. Pourtant, cet encadrement reste imparfait, notamment face à un fait religieux qui ne cesse de prendre de l'ampleur à l'hôpital et qui fait face à l'inertie des pouvoirs publics.

Certains évoqueront la liberté de culte des usagers et justifieront cette augmentation des demandes à caractère religieux par cette liberté. Certes, les usagers du service public hospitalier sont titulaires de la liberté de culte au sein de l'établissement mais pas à n'importe quel prix. Depuis 1995 et la Charte de la personne hospitalisée, le patient jouit de la liberté d'exercer librement son culte lorsqu'il est admis dans un établissement public de santé. Pourtant, cette liberté n'est pas absolue dès lors que le bon fonctionnement du service, la santé des patients priment sur cette liberté. Ainsi, toutes les demandes religieuses ne peuvent pas être acceptées par le personnel hospitalier au nom de la liberté de culte des patients.

Cette Charte de 1995 a été remodelée et complétée par divers textes législatifs et réglementaires consacrant toujours cette liberté de culte mais aussi les exceptions auxquelles elle fait face. Ce corpus législatif n'empêche pas les patients d'exiger certains actes médicaux ou encore une adaptation du service afin qu'il puisse pratiquer librement leur foi.

Bien que passées sous silence, ces exigences ont été mises en lumière par le « rapport Stasi » en 2003 et le « rapport Rossinot » en 2006. Par la suite, un vent de colère s'est levé chez les praticiens qui se disent dépasser par ces demandes et qui déplorent une inertie des pouvoirs publics. Mettre en danger la santé de leurs patients au nom d'une foi religieuse bien souvent dictée par des proches ? Ils disent non. Ces patients se trouvent en danger et il faut les sauver. Mais comment ? Légiférer ? Il existe déjà un corpus législatif très important à ce sujet et diverses réponses apportées par la jurisprudence. De plus, des textes ne permettraient pas d'expliquer à ces patients que la religion ne peut pas être placée au-dessus de tout et notamment au-dessus de l'organisation hospitalière, de leur sécurité, de leur santé ou encore celle des autres patients. Pour cela, il est important de restaurer le dialogue qui est bien souvent rompu entre le corps médical, administratif et les patients. Aussi, dans certaines situations complexes les aumôniers sont appelés à l'aide. Cette fonction de ministre du culte est primordiale dans un établissement de santé car elle permet de renouer un dialogue entre deux entités qui ne se comprennent pas voire plus. Le ministre du culte va essayer d'expliquer à chacun les positions de l'autre, accompagner le patient en essayant de rationaliser sa décision notamment en lui

expliquant que toutes les exigences religieuses ne peuvent être prises en compte pour différents motifs notamment pour un motif médical. Plusieurs conflits ont été résolus par l'intervention de ce dernier.

De plus, la formation religieuse des agents est importante. En effet, former et informer permettrait aux agents de tenter de comprendre les demandes religieuses car bien souvent le conflit naît entre ces deux parties du fait d'une incompréhension des positions de chacun. Informer l'agent lui permettrait de tenter de comprendre la demande religieuse du patient, comprendre pourquoi cette demande est importante à ses yeux et si elle n'est pas réalisable, l'agent tenterai d'apporter une réponse réconfortante au patient.

A l'inverse, les usagers doivent aussi être informés des règles hospitalières et des contraintes qui y sont attachées. Dès son admission, une information doit être délivrée au patient et à son entourage. Cette information doit préciser que le culte peut y être librement pratiquée à certaines conditions et que si le patient ne respecte pas ses conditions, son séjour pourra prendre fin par une exclusion de ce dernier. Avant l'exclusion, il faut bien sur dialoguer. Si l'agent voit que le dialogue n'est pas possible, alors le Chef de l'établissement prendra les mesures nécessaires.

La menace religieuse qui pèse sur l'hôpital n'est pas dû aux seuls agissements des usagers. Les rapports de 2003 et 2006 et l'enquête menée par Isabelle Lévy font aussi état de comportements à caractère religieux de la part des agents. Une question survient directement : comment ces comportements peuvent-ils exister alors que le fait religieux pour les agents est encadré à travers le principe de neutralité consacré par la jurisprudence puis par le législateur en 1983. Ainsi, tous les agents des différents services publics sont soumis au même régime : ils doivent revêtir une stricte neutralité durant leur service. Autrement dit, le fonctionnaire doit s'abstenir de manifester ses opinions religieuses quel que soit le service public dans lequel il exerce ses fonctions. Pour autant, il existe des comportements religieux mettant en péril l'organisation hospitalière et ces agissements sont, dans la majorité des cas, gardés sous silence.

Là aussi, la formation et l'information peuvent être les clés de réussite. Bien informer l'agent de ses devoirs permettrait une meilleure compréhension de sa part, et peut-être un comportement exemplaire. Cette information doit passer par la mise en place de formation comme des journées de formation à la laïcité. Les établissements ne doivent plus fermer les yeux sur ces comportements qui sont intolérables au regard de leur devoir et de la santé des patients qui, parfois, peut être mise en danger. Ces agents doivent être sanctionnés au même titre que les usagers.

Aujourd'hui, beaucoup de services publics connaissent une montée des dérives religieuses au sein de leur service, et personne ne connaît la solution miracle pour faire à cette problématique. En l'absence d'une solution qui permettrait d'éradiquer ces menaces, les pouvoirs publics doivent réagir et ne pas laisser l'hôpital public s'en sortir tout seul, sinon il tombera sous le diktat de la religion et de ses menaces.

Il ne faut pas terminer la lecture de cette analyse en pensant que la solution serait d'évincer le fait religieux de l'hôpital. Bien au contraire, les deux entités que sont la santé et la religion peuvent former un beau duo à la seule condition qu'elles apprennent à coopérer, tout en évitant les dérives lorsqu'elles mettent en danger l'institution hospitalière et la santé des patients.

## Table des matières

### **PARTIE 1 : LA PROTECTION DU FAIT RELIGIEUX PAR LE CONCEPT DE LAÏCITE : LIBERTE DE CONSCIENCE ET LIBERTE DE CULTE PLEINEMENT GARANTIES AUX USAGERS ET AGENTS DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE ..... 12**

#### **Chapitre 1 : La liberté de conscience à destination des agents et des usagers : entre complexité et protection ..... 13**

Section 1 : Une notion complexe protégée à l'échelle nationale, européenne et internationale.....	13
§1 : La liberté de conscience et la difficulté de sa définition .....	13
§2 : Une notion consacrée et protégée par les plus grands textes.....	15
Section 2 : Les usagers et les agents du service public hospitalier jouissant d'une pleine liberté de conscience .....	19
§1 : L'interdiction du prosélytisme à l'hôpital, garant de la liberté de conscience .....	20
I. Le prosélytisme passif .....	20
II. Le prosélytisme actif .....	21
§2 : L'interdiction des discriminations en raison des opinions et des croyances religieuses, garant de la liberté de conscience .....	23
I. L'interdiction des discriminations envers les agents publics .....	24
A. L'interdiction des discriminations dans la carrière.....	24
B. L'interdiction des discriminations lors de la dispensation des soins .....	26
II. L'interdiction des discriminations envers les usagers .....	28

#### **Chapitre 2 : La liberté de culte : un droit protégé et accordé aux usagers des établissements publics de santé..... 29**

Section 1 : Une législation en faveur des patients permettant la liberté d'exercice du culte dans l'enceinte de l'hôpital.....	29
§1 : La définition du « culte » .....	30
§2 : Le contenu de cette liberté.....	32
I. La liberté de culte : un exercice individuel et collectif.....	32
II. L'information relative à la liberté d'exercice d'un culte : une information encore insuffisante et des patients très peu informés .....	34
Section 2 : La prise en compte du fait religieux dans l'organisation hospitalière .....	36
§1 : Les aumôneries garant du lien entre le spirituel et le patient .....	37
I. Le statut des aumôniers .....	37
A. Le recrutement.....	38
B. L'acquisition du statut d'aumônier : les formations religieuses, civiles et civiques .....	39
II. Les missions et champs d'interventions des aumôniers .....	40
III. L'accès au service d'aumônerie .....	43
§2 : Le respect des prescriptions alimentaires religieuses dans le cadre de la restauration collective hospitalière .....	45
I. Les aliments consommables et interdits selon les religions .....	46
A. Les différentes prescriptions religieuses.....	46
B. L'adaptation des établissements publics de santé au respect des prescriptions religieuses des patients .....	48
II. Le jeûne alimentaire guidé par la religion .....	52
A. Le jeûne dans le judaïsme.....	52
B. Le jeûne dans l'islam.....	53
C. Le jeûne dans le christianisme.....	54
D. Les problèmes posés par l'abstinence alimentaire.....	54

**PARTIE 2 : LA REGULATION DU FAIT RELIGIEUX PAR LE CONCEPT DE LAÏCITE : ENTRE NEUTRALITE RELIGIEUSE, BON FONCTIONNEMENT DU SERVICE PUBLIC ET ETAT DE SANTE DU PATIENT, LA DIFFICILE CONCILIATION ENTRE RELIGION, SANTE ET DROIT. .... 57**

**Chapitre 1 : Les agents hospitaliers : une régulation stricte répondant au principe de neutralité du service public et aux règles sanitaires ..... 58**

Section 1 : Le principe de neutralité dans le service public hospitalier : la pratique à contre-courant de la théorie ..... 58

§1 : La neutralité des agents : une conséquence du principe de laïcité dans la fonction publique hospitalière ..... 59

I. Une consécration jurisprudentielle confirmée par le législateur ..... 59

II. Les sanctions prononcées en cas de manquement des agents..... 61

§2 : Les élèves en formation dans un établissement public de santé concernés par le principe de neutralité..... 64

§3 : L'omerta des dérives religieuses dans les établissements publics de santé..... 66

I. Les dérives religieuses du fait des agents hospitaliers..... 66

II. Les solutions palliatives ..... 69

Section 2 : L'objection de conscience, une antinomie au principe de neutralité ?..... 69

**Chapitre 2 : Les usagers : le fait religieux dictateur de l'organisation hospitalière et des soins médicaux ? ..... 73**

Section 1 : La récusation des praticiens pour motifs religieux mettant en péril l'organisation hospitalière ..... 74

§1 : La récusation du personnel : entre libre choix du praticien et bon fonctionnement du service ..... 75

I. Le libre choix du praticien par le patient : fondement du droit des patients et de la réglementation sanitaire..... 75

II. L'exercice de ce droit ne devant pas entraver le bon fonctionnement du service ..... 76

§2 : La récusation dictée par des proches au nom de considérations religieuses ..... 77

§3 : Les solutions partielles ..... 80

Section 2 : La problématique du refus de traitement : entre la vie et la mort du patient, dilemme douloureux des soignants ..... 82

§1 : La fin du paternalisme médical et la consécration du droit au refus d'un traitement par le patient ..... 82

§2 : Transfusions sanguines et Témoins de Jéhovah : l'éthique médicale bouleversée par le refus de traitement..... 84

I. La communauté des Témoins de Jéhovah ..... 84

II. La protection jurisprudentielle du corps médical ..... 86

III. Le consentement du patient à l'atteinte de son intégrité physique : toujours d'actualité ? 90

IV. Les solutions partielles ..... 91

Section 3 : La réalisation d'actes médicaux pour motifs religieux : à quel prix ?..... 93

§1 : Hyménoplastie, circoncision, excision : des actes éthiquement controversés et dénués de nécessité médicale ..... 93

I. L'excision..... 94

II. Circoncision..... 96

III. Hyménoplastie..... 98

§2 : L'organisme de sécurité sociale : principal financeur des pratiques religieuses et de ses dérives ..... 99

## Bibliographie

### Ouvrages

DIF (M.), *La maladie et la mort en Islam*, Tawhid, 2004, 288 p.

LEVY (I.), *Menaces religieuses sur l'hôpital*, Presses de la Renaissance, 2011, 273 p.

MOQUET (M-L.), *Droit hospitalier*, LGDJ, 2010, 606 p.

PENA-RUIZ (H.), *Qu'est-ce que la laïcité ?* Gallimard, « Folio actuel », 2003, 352 p.

RENNUCI (J-F.), *L'article 9 de la Convention européenne des droits de l'homme : la liberté de pensée, de conscience et de religion*, Ed. Conseil de l'Europe, 2005, 116 p.

ROLLAND (L.), *Répétitions écrites de droit administratif*, Les Cours de droit, 1935-1936, 402 p.

### Articles

BALDUZZI (R.), Santé, religion, laïcité : la difficile expérience italienne, in LECA (A.), dir., *Santé, religion et laïcité : actes du Xe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p.297-304.

BARTHELEMY (J.), La liberté de religion et le service public, *RFDA*, 2003, p.1066-1079.

BENACHI (A.), La réponse des médecins face à la demande d'actes médicaux pour motifs religieux, in Colloque organisé par le M2 droit de la santé de l'Université de Tours intitulé *Droit, santé et religion : Hippocrate à l'épreuve de la foi*, 4 février 2021.

BOUET (J-B.), La Charte de la laïcité dans les services publics et les établissements publics de santé : une occasion manquée, *RDSS*, 2007, p. 1023-1041.

BOUYSSIERES (P.), Le développement de la liberté de conscience, pour une formation à l'esprit laïque, *EMPAN*, n°90, 2013, p. 17-23.

BYK (C.), La laïcité : garantie d'un lien apaisé entre santé et religion à l'hôpital, in LECA (A.), dir., *Santé, religion et laïcité : actes du Xe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p.147-163.

CASTAING (C.), Laïcité et liberté religieuse du patient à l'hôpital, *AJDA*, 2017, p.2505-2513.

CHEYNET DE BEAUPRE (A.), Refus de soins : sens et interdits, *RDS*, n°46, p.175-187.

DESJOBERT (Q.), Combien ça coûte : une PMA, *Economie Matin*, 2020.

FORTIER (V.), Circoncision/excision : des atteintes à l'intégrité du corps humain, in VIALLA (F.) et FORTIER (V.), dir., *La religion dans les établissements de santé*, Montpellier, Les études hospitalières, 2013, p.235-269.

FROGER (C.), L'autorisation d'absence pour motifs religieux dans la fonction publique, *AJFP*, 2021, p.62-71.

GABORIT (F.), Le refus de soins pour motifs religieux, in Colloque organisé par le M2 droit de la santé de l'Université de Tours intitulé *Droit, santé et religion : Hippocrate à l'épreuve de la foi*, 4 février 2021.

GARRAUD (O.), La symbolique du sang et la transfusion sanguine chez les Témoins de Jéhovah, vol.15, n°6, 2009.

HABERFELD (I.), Hyménoplastie : comment reconstruire l'hymen, *Le journal des femmes*, 2020.

KRKAC (M.), Troublante barbe...ou quand le juge s'emmêle les pinces, *RDS*, n°82, 2018, p.282-284.

LECA (A.), Préface du Xe colloque du CDSA, in LECA (A.), dir., *Santé, religion et laïcité : actes du Xe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p. 5-7.

LEGROS (C.), L'hymen de la discorde, *La Vie*, n°3105, 2005.

LOPEZ DE LA OSA ESCRIBANO (A.), Liberté idéologique, religieuse et de culte : l'exemple de la clause de conscience et de la loi 2/2010 sur l'IVG, in LECA (A.), dir., *Santé, religion et laïcité : actes du Xe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p. 305-320.

MARTINENT (E.), Le directeur d'un établissement de santé n'est pas un directeur de conscience, *RDS*, n°21, 2008, p.99-105.

MARTINENT (E.), Les aumôneries et la présence spirituelle dans les hôpitaux et les établissements publics de santé, in VIALLA (F.) et FORTIER (V.), dir., *La religion dans les établissements de santé*, Montpellier, Les études hospitalières, 2013, p.117-177.

MOREAU (L.), Le fonctionnaire et le fait religieux, *AJ Collectivités Territoriales*, 2012, p.295-301.

NGAMPIO-OBELE-BELE (U.), Laïcité, religion et santé dans les établissements publics de santé : une conciliation parfois difficile, in LECA (A.), dir., *Santé, religion et laïcité : actes du Xe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p.165-189.

OTTAN (M.), La liberté confessionnelle dans les établissements de santé, *RDS*, n°24, 2008, p.441-456.

POIROT-MAZERES (I.), L'hôpital, le médecin et le croyant. Le regard du juriste, in LECA (A.) dir., *Santé, religion et laïcité : actes du Xe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p. 189-209.

RAMBERT (H.), Patients musulmans : des textes à la pratique, *Porphyre*, n°467.

RENARD (S.), Neutralité des élèves en formation paramédicale : une clarification subtile et bienvenue, *RDS*, n°80, 2017, p.843-838.

ROUSSET (G.), Du début de la vie à la fin de la vie, la clause de conscience au cœur des débats, *RDS*, n°65, 2015, p.371-373.

ROUX (J.), La liberté de conscience emmurée dans le for intérieur, *Constitutions*, 2014, p.196.

VANBELLINGEN (L.), Le refus de soins du praticien pour motifs religieux, in Colloque organisé par le M2 droit de la santé de l'Université de Tours intitulé *Droit, santé et religion : Hippocrate à l'épreuve de la foi*, 4 février 2021.

TRUCHET (D.), Services publics de santé et neutralité religieuse, in LECA (A.), dir., *Santé, religion et laïcité : actes du Xe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p.137-147.

VIALLA (F.), Objection de conscience, *RDS*, n°37, 2010, p.454-457.

VIALLA (F.), La parole du croyant dans la relation de soins, in LECA (A.), dir., *Santé, religion et laïcité : actes du IXe Colloque Droit, Histoire, Médecin et Pharmacie*, Aix, Les études hospitalières, novembre 2010, p.43-73.

VIALLA (F.), Le refus de soins, in VIALLA (F.) et FORTIER (V.), dir., *La religion dans les établissements de santé*, Montpellier, Les études hospitalières, 2013, p.319-389.

ZACHARIE (C.), Le principe de laïcité à l'hôpital, Journée d'étude du M2 droit de la santé de l'université de Tours, *Droit, santé et religion : Hippocrate à l'épreuve de la foi*, 4 février 2021.

ZADIG (J-J.), La loi et l'objection de conscience, *RFDA*, n°5, 2013, p.957.

### **Textes constitutionnels**

Constitution du 3 septembre 1791.

Charte Constitutionnelle du 4 juin 1814.

Charte Constitutionnelle du 14 août 1830.

### **Textes législatifs**

Loi du 7 août 1851 sur les hôpitaux et les hospices.

Loi 1905 relative à la séparation des Eglises et de l'Etat.

Loi du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés.

Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

### **Textes réglementaires**

- Décrets

Décret du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (NOR : SANH9002461D).

Décret du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements sociaux et médico-sociaux (NOR : AGRG1201077D).

Décret du 3 mai 2017 relatif aux aumôniers militaires, hospitaliers et pénitentiaires et à leur formation civile et civique (NOR : INTD1707222D).

- Arrêtés

Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (NOR : SANPO752685A).

- Circulaires

Circulaire DGS/DH du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé abrogé et remplacée par la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

Circulaire DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé (NOR : SANH0530037C).

Circulaire DHOS/P1 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (NOR : SANH0630579C).

Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SDA4 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée (NOR : SANH0630111C).

Circulaire 5209/DG du 13 avril 2007 relative à la charte de laïcité dans les services publics.

Circulaire DGOS/RH4 du 5 septembre 2011 relative à la charte des aumôneries dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (NOR : ETSH1124811C).

Circulaire du 15 mars 2017 relative au respect du principe de laïcité dans la fonction publique (NOR : RDFF1708728C).

## **Textes européens**

Conclusion du Conseil de l'Union Européenne, *La liberté de religion ou de conviction*, 2973<sup>e</sup> session, 16 novembre 2009.

Projet de résolution de la Commission des questions sociales, de la santé et de la famille du Conseil de l'Europe, *Accès des femmes à des soins médicaux légaux : problème du recours non réglementé à l'objection de conscience*, 2010.

Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe, Résolution 1763, *Le droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux*, 2010.

## **Chartes**

Charte du patient hospitalisée, 1995.

Charte de la laïcité dans les services publics, 2007.

Charte nationale des aumôneries des établissements relevant de la fonction publique hospitalière, 2011.

## Jurisprudence

- Laïcité

Cons. Const, 21 février 2013, *Association pour la promotion et l'expansion de la laïcité*, n°2012-297 QPC.

- Liberté de conscience

Commission. EDH, 15 mai 1980, *T.Mac Feeley c. Royaume-Uni*, DR 20/44.

Commission. EDH, 1<sup>er</sup> décembre 1981, *X c. RFA*, DR 24/141.

CEDH, 25 mai 1993, *Kokkinakis c. Grèce*, 14307/88.

Commission. EDH, 12 octobre 1998, *Kontakt-Information Therapie Hagen c. Autriche*, DR 57/81.

CEDH, 12 mars 2020, *Grimmark c. Suède*, n°43726/17.

Cons. Const, 23 décembre 1977, n°77-87 DC ; *Rec*, p.42 ; note L. Favoreu et L. Philip.

Cons. Const, 18 octobre 2013, *M. Franck et M. et autres*, n°2013-353 QPC ; *N3C.*, 2014, p.159 ; note. T. Piazzon.

- Interdiction des discriminations

Cons. Const, 18 septembre 1986, *Loi relative à la liberté de communication*, n°86-217 DC.

CE, 25 juillet 1939, *Demoiselle Beis* ; *Rec*.p.524.

CE, 8 décembre 1948, *Demoiselle Pasteau* ; *Rec*. p. 464.

CE, 3 mai 1950, *Demoiselle Jamet*, n°98284 ; *Rec*. p. 247.

CE, 16 juin 1982, *Epoux Z*, n°23277.

CE, 2 novembre 1992, *Kherouaa et autres*, n°130394 ; *Rec*.p.389.

CE, 18 février 1998, *Section locale du Pacifique Sud de l'ordre des médecins*, n°171851 ; *RFDA.*, 1999. P.47, note M. JOYAU.

CE, avis, 30 mai 2000, *Demoiselle Marteaux*, n°217017 ; *AJDA*, 2000, p.602, note M. GUYOMAR et P. COLLIN.

CE, 28 juillet 2017, *Mme Boutaleb et autres*, n°390740 ; *AJDA*, 2017, p.1583, note P. JUSTON et J. GUILBERT.

TA Melun, 15 février 2005, n°01-350-5.

- Libre exercice du culte

CEDH, 4 décembre 2008, *Dogru c. France*, n°27058/05.

CEDH, 4 décembre 2008, *Kervanci c. France*, n°31645/04.

CEDH, 10 novembre 2015, *Sahin c. Turquie*, n°44774/98.

CE, Ass, 1<sup>er</sup> février 1985, *Association chrétienne « Les témoins de Jéhovah de France »*, n°46488 ; *Rec*. p. 22.

CE, avis, 24 octobre 1997, *Association locale pour le culte des témoins de Jéhovah de Riom*, n°187122 ; *RFDA*, n°61, 1998, note J. ARRIGHI DE CASANOVA.

CE, 23 juin 2000, *Ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie c. Association locale pour le culte des témoins de Jéhovah de Clamecy*, n°215109 ; *Rec.p.*242.

CA Paris, 11<sup>e</sup> ch.corr., 17 mars 1986, *Chantal Nobel* ; *Gaz.Pal*, 1986, 2, *jurisp*, p.249.

- Aumôneries

CEDH, 29 avril 2003, *Poltoratski c. Ukraine*, n°18812/97.

TA Caen., Ord., 26 avril 2005, *Association locale pour le culte des témoins de Jéhovah de Lisieux et M. François D c. Hôpital local d'Orbec-en-Auge*, n°0500914.

TA Caen, 7 octobre 2007, *Association locale pour le culte des témoins de Jéhovah de Lisieux et M. François Duviard*, n°0500913.

- Prescriptions alimentaires

CE, 15 janvier 1995, *Delignières*, n°150066.

CE, 25 octobre 2002, *Mme Renault*, n°251161.

CE, 10 février 2016, n°385926 ; *AJDA*, 2016. 1127, note X. BIOY.

- Neutralité des agents publics hospitaliers

CEDH, 26 novembre 2015, *Ebrahimian c. France*, n°5484/11 ; *AJCT*, 2016, 227, obs. F. DE LA MORENA.

Cons. Const, 18 septembre 1989, n°86-217 DC.

CE, 8 décembre 1948, *Demoiselle Pasteau* ; *Rec.p.*464.

CE, 3 mai 1950, *Demoiselle Jamet*, n°98284 ; *Rec. p.* 247.

CE, avis, 3 mai 2000, *Demoiselle Marteaux*, n°217017 ; *AJDA*, 2000, 602, *chron M. GUYOMAR et P. COLLIN*.

CE, 15 octobre 2003, n°244428.

CE, 19 février 2009, n°311633.

Cass.soc, 19 mars 2013, *Mme X c. CPAM*, n°12-11690.

CAA Versailles, 14 avril 2008, *Jacqueline H c. centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre*, n°2008-366119.

CAA Versailles, 6<sup>e</sup> chambre, 30 juin 2016, n°15V300140.

TA Versailles, 7 mars 2007, n°0504207 ; *AJFP*, 2007, p.208, note O. GUILLAUMOT.

- Neutralité des élèves en formation

CE, 28 juillet 2017, *Mme Boutaleb et autres*, n°390740, n°390741, n°390742.

CE, 12 février 2020, n°418299 ; *JCP G.* 2020, obs. F. VIALLA ; note G. GONZALEZ.

CAA Versailles, 19 décembre 2017, n°15VE03592.

- Liberté de choix du praticien par le patient

CE, 18 février 1998, n°171851, *Section locale du Pacifique Sud de l'ordre des médecins* ; RFDA, 1999, 47, note M. JOYAU.

Cass. Civ 1<sup>ère</sup>, 6 mai 2003, n°01-03.259.

CAA Paris, 27 mai 2013, n°12PA01842.

- Refus de traitement

CE, avis, 24 octobre 1997, *Association locale pour le culte de Témoins de Jéhovah de Riom*, n°187122 ; RFDA, 1998, p.61, note : J. ARRIGHI DE CASANOVA.

CE, 23 juin 2000, *Association locale pour le culte de Témoins de Jéhovah de Clamecy*, n°215109.

CE, 23 juin 2000, *Association locale pour le culte de Témoins de Jéhovah de Riom*, n°215152 ; AJDA, 2000, p.597, obs. M. GUYOMAR et P. COLLIN.

CE. Ref, 16 août 2002, *Mme Feuillatey*, n°259552.

CE, Ass, 26 octobre 2011, *Mme Senanayaké*, n°198546 ; RFDA, 2001, p.146, concl. D. CHAUAUX, note. D. DE BECHILLON.

Cass, 1<sup>ère</sup> civ, 11 octobre 1988, n°86-12.832.

CAA Paris, 9 juin 1998, n°95PA03104.

CAA Lyon, 6 octobre 1999, n°98LY00201.

CAA Nantes, 20 avril 2006, n°04NT00534.

CA d'Aix-en-Provence, 21 décembre 2006, n°2006/195.

TGI d'Aix-en-Provence, 13 mai 2004.

- Actes dénués de nécessité médicale

CE, Sect, 3 novembre 1997, n°153686, *Hôpital Joseph-Imbert d'Arles*.

CE, 22 février 2008, n°303709.

CE, Ass, 21 décembre 2012, *Mme Fofana*, n°332491.

## **Rapports, études, dossiers, fiches, guides**

ASSEMBLEE NATIONALE :

- Rapport d'enquête parlementaire, *Commission d'enquête sur les sectes en France*, 1995.
- Rapport d'enquête parlementaire, *Commission d'enquête relative à l'influence des mouvements à caractère sectaire et aux conséquences de leurs pratiques sur la santé physique et mentale des mineurs*, 2006.

ASSOCIATION FRANCAISE D'UROLOGIE :

- Fiches info-patient, *Posthectomie de l'adulte*, 2012.
- Fiches d'information-professionnel, *Ethique et circoncision rituelle*, 2014.

CONSEIL D'ETAT, dossier thématique, *Le juge administratif et l'expression des convictions religieuses*, 2014, 19 p.

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE LA HAUTE GARONNE, dossier, *Soins et laïcité au quotidien*, 2015, 68 p.

CONSEIL D'ETAT, rapport public, *Réflexions sur la laïcité : un siècle de laïcité*, 2003, 478 p.

GYNECOLOGUES SANS FRONTIERES, guide, *Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines*, 2010, 115 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, recommandations de bonnes pratiques, *Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours*, 2020, 217 p.

HAUT CONSEIL A L'INTEGRATION, *Projet de charte de la laïcité dans les services publics*, 2007, 51 p.

MASTER 2 DROIT DE LA SANTE -UNIVERSITE DE BORDEAUX, *La pratique de la religion durant le séjour du patient dans un établissement de santé*, 2019, 74 p.

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE, *guide de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique*, 2017.

OBSERVATOIRE DE LA LAICITE :

- *Guide laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé*, 2016, 18p ;
- Rapport annuel, 2013-2014, 281 p.
- Rapport annuel, 2019-2020, 636 p.

ROSSINOT (A.), groupe de travail, *La laïcité dans les services publics*, 2006, 51 p.

STASI (B.), rapport de la commission, *L'application du principe de laïcité dans la République*, 2003, 78 p.

VIVIEN (A.), rapport au Premier Ministre, *Les sectes en France- expression de la liberté morale ou facteur de manipulations*, 1983.

### **Délibérations, Avis**

CCNE, avis, n°87, *Refus de traitement et autonomie de la personne*, 2005.

HALDE, délibération n°2007-210 du 3 septembre 2007 relative au port du niqab au sein d'un établissement public de santé.

CNCDH, Ass.plèn, avis sur la laïcité, n°0235, 9 octobre 2013.

### **Communiqués, Déclarations**

CNGOF, *Les gynécologues-obstétriciens défendent les femmes contre l'intégrisme musulman* », 2006.

CNOM, *Menace sur la clause de conscience des médecins : alerte du CNOM*, 2010.

CNOM, *Clause de conscience spécifique à l'IVG* », 2010.

CONSISTOIRE NATIONAL DES TEMOINS DE JEHOVAH, déclaration solennelle de l'Assemblée Plénière, *Les Témoins de Jéhovah, la vie, le sang*, 2017.

## **Journées d'étude/Congrès**

Congrès à l'initiative de la Fondation Hassan II pour la recherche scientifique et médicale sur le ramadan avec l'Organisation Mondiale de la Santé, Casablanca, juin 1997.

Congrès français d'urologie, Table ronde *Ethique professionnelle et circoncision rituelle*, 106<sup>e</sup>, 2012.

## **Sources internet**

ACADEMIE FRANCAISE :

- <https://www.dictionnaire-academie.fr/>.
- <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A3158>.
- <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9R2719>.
- <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9F1883>.
- <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9J0209>.
- <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A2972>.
- <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9H0921>.
- <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9H0921>.
- <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9H0921>.

ACADEMIE DE MEDECINE :

- <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=F%C3%A9condation+in+vitro+>.
- <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=ins%C3%A9mination%20artificielle>.

ALIMENTARIUM : <https://www.alimentarium.org/fr/savoir/interdits-alimentaires-judaisme-melanges-carnes-lactes>.

AMELI : [https://www.ameli.fr/gironde/assure/sante/themes/phimosi/definition-causes-complications-possibles#text\\_3755](https://www.ameli.fr/gironde/assure/sante/themes/phimosi/definition-causes-complications-possibles#text_3755).

BAUER (P-Y.), Memento à l'attention du personnel hospitalier, *respect des pratiques du judaïsme à l'hôpital*, 2011 : <https://drive.google.com/file/d/0B9zh1NUMYII-PTY2NDE4MDctODM1NC00OWRiLTk0YzctOGMyZTk1NjVjMDkz/view>.

BARCLAY (E.), *Le jeûne de Yom Kippour*, 2013 : [https://www.aish.fr/h/yom\\_kippour/guide/Le-jeune-de-Yom-Kippour.html](https://www.aish.fr/h/yom_kippour/guide/Le-jeune-de-Yom-Kippour.html).

CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES :

- <https://www.cnrtl.fr/definition/libert%C3%A9>.
- <https://www.cnrtl.fr/definition/pros%C3%A9lytisme>.
- <https://www.cnrtl.fr/definition/g%C3%A9rontologie>.

COJEAN (A.), Hôpital : laïcité et intégrisme s'affrontent, *Le Monde*, 2007 : [https://www.lemonde.fr/a-la-une/article/2007/01/27/hopital-laicite-et-integrisme-s-affrontent\\_860536\\_3208.html](https://www.lemonde.fr/a-la-une/article/2007/01/27/hopital-laicite-et-integrisme-s-affrontent_860536_3208.html).

CONSEIL FRANÇAIS DU CULTE MUSULMAN, *Jeûne du mois de Ramadan*, 2020 : <https://www.cfcu-officiel.fr/jeune-du-mois-de-ramadan/>.

DICTIONNAIRE MEDICAL : <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/916-hysterectomie-dhemostase>.

DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES (AP-HP), Convictions religieuses et refus de soins, 2003 : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/convictions-religieuses-et-refus-de-soins/>.

FOGEL (M.), *Yom Kippour : comprendre la fête juive en quatre points*, Le Monde, 2020 : [https://www.lemonde.fr/le-monde-des-religions/article/2020/09/28/yom-kippour-comprendre-la-fete-juive-en-quatre-points\\_6053852\\_6038514.html](https://www.lemonde.fr/le-monde-des-religions/article/2020/09/28/yom-kippour-comprendre-la-fete-juive-en-quatre-points_6053852_6038514.html).

GARRE (C.), *IVG : l'Ordre des médecins refuse toute suppression de la clause de conscience*, Le quotidien du médecin, 2015 : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/ivg-lordre-des-medecins-refuse-toute-suppression-de-la-clause-de-conscience>.

LAROUSSE :

- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9cusation/67274#:~:text=D%C3%A9finitions%20de%20r%C3%A9cusation.%20Fait%20de%20refuser%2C%20par%20soup%C3%A7on,rejeter%2C%20de%20ne%20pas%20admettre%20quelqu%27un%2C%20quelque%20chose>.
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/usager/80761>.
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/forceps/34562>.
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/agnosticisme/1704>.
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/libre-penseur/47020>.
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/la%c3%afcit%c3%a9/45938>.

LEVY (I.), *Religion, communautarisme, hôpital et Sécurité Sociale*, 2011 : <https://www.dailymotion.com/video/xh4z1p>.

LUTAUD (B.), *C'est quoi la viande casher*, Ça m'intéresse, 2012 : <https://www.caminteresse.fr/economie-societe/cest-quoi-la-viande-casher-1128429/>.

MACSF :

- DIMA (M.), *La clause de conscience des médecins en 5 questions*, 2018 : <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/clause-de-conscience-medecins#0>.
- TAMBURINI (S.), *Alimentation et pratique religieuse en établissements de soins*, 2020 : <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/ethique-et-societe/jeune-religieux-patient-hopital>.

MARGINA (F.), *Le sapin de Noël et la crèche sont-ils de symboles religieux*, France Inter, 2015 : <https://www.franceinter.fr/emissions/le-vrai-faux-de-l-europe/le-vrai-faux-de-l-europe-25-decembre-2015>.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Les infections nosocomiales : définition et circonstances de survenue : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_181104.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_181104.pdf).

PASSEPORTSANTE :

- <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=paraphimosis>.
- <https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=decollement-placenta>.

PHILIBERT (J.-M.), Les gynécologues s'alarment des pressions islamistes, *Le Figaro*, 2007 : [https://www.lefigaro.fr/actualite/2006/10/23/01001-20061023ARTFIG90040-les\\_gynecologues\\_s\\_alarment\\_des\\_pressions\\_islamistes.php](https://www.lefigaro.fr/actualite/2006/10/23/01001-20061023ARTFIG90040-les_gynecologues_s_alarment_des_pressions_islamistes.php).

UNIVERSALIS : <https://www.universalis.fr/dictionnaire/halakhique/>.

ZAFIMEHY (M.), *IVG : que changerait la suppression de la double clause de conscience des médecins*, RTL, 2020 : <https://www.rtl.fr/actu/debats-societe/ivg-que-changerait-la-suppression-de-la-double-clause-de-conscience-des-medecins-7800904607>.

ZUBER (V.), *Liberté de conscience*, Encyclopédie Universalis, 2013 : <https://www.universalis.fr/auteurs/valentine-zuber/>

