

L'organisation de ce colloque ainsi que la rédaction de ces actes n'auraient pas été possibles sans la contribution des personnes suivantes :

- Joël DUPONT, Maître-assistant Soins infirmiers, Sage-femme
- Jean-Yves DONNAY, Maître-assistant en sociologie et analyste quantitatif
- Nathalie VANMUYLDER, Maître-assistant en Sciences biomédicales (sections : biologie médicale, Soins infirmiers, Sage-femme)

Nous souhaitons également remercier Madame Régine CALLOENS, directrice de la Catégorie Paramédicale de la Haute École Francisco Ferrer, pour son soutien et son aide tout au long de ce projet ainsi que Christophe BRUCHANSKY, chargé de projets au sein de la Haute École Francisco Ferrer.

- **Introduction** 5
- **Ouverture du colloque** 7

Par Madame Faouzia HARICHE, Échevine de l'Instruction publique,
de la Jeunesse et de la Petite Enfance
- **Tous les soins médicaux sont-ils respectueux des convictions des patients ?** 11

Par Madame Anne MORELLI, Professeure de l'Université Libre de Bruxelles
- **Éthique et politique du soin face aux évolutions de nos horizons
du vivre-ensemble et de nos coordonnées anthropologiques**..... 15

Par Monsieur Jean-Louis GENARD, Professeur de l'Université Libre de Bruxelles.
- **Laïcité et résistance** 22

Par Monsieur Dominique LOSSIGNOL - Institut Jules Bordet -
Unité de Soins Supportifs et Palliatifs Bruxelles, Belgique
- **Adopter une posture professionnelle laïque**..... 28

Par Madame Andrée POQUET, Centre d'action Laïque ASBL
et par Monsieur Dan LECOCCQ, Maître de conférences ESP ULB et HE Prigogine.

La catégorie Paramédicale de la Haute École Francisco Ferrer a organisé le 20 avril 2017 un colloque ayant pour thème «Soins et laïcité» à l'hôtel de Ville de Bruxelles.

À destination du personnel infirmier comme des étudiants, cette manifestation entendait porter à la réflexion **le principe de laïcité au sein de l'hôpital public**. Renvoyant à la préséance absolue du civil sur le religieux, ce principe devait être rappelé alors qu'il a pu être foulé aux pieds.

Tout en pensant le principe de laïcité dans ses rapports historiques à la modernité thérapeutique, le colloque a questionné sa mise en pratique contemporaine au sein du monde public hospitalier : les professionnalités médicales et infirmières garantissent-elles ce principe ? À l'heure de la globalisation du monde et de la pluralisation des référentiels spirituels, le colloque a instruit le difficile équilibre entre particularisme et universalisme : dans la pratique des soins infirmiers, comment faire droit à l'Autre sans fragiliser le principe de laïcité ?

Ce document rassemble les interventions des différents interlocuteurs. Une publication ultérieure contiendra les interventions lors du débat ainsi qu'une mise en perspective analytique des interventions des conférenciers par la Catégorie Paramédicale.

- **Ouverture du colloque**

Par Madame Faouzia HARICHE, Échevine de l'Instruction publique, de la Jeunesse et de la Petite Enfance

- **Tous les soins médicaux sont-ils respectueux des convictions des patients ?**

Par Madame Anne MORELLI, Professeure à l'Université Libre de Bruxelles

- **Éthique et politique du soin face aux évolutions de nos horizons du vivre-ensemble et de nos coordonnées anthropologiques.**

Par Monsieur Jean-Louis GENARD, Professeur à l'Université Libre de Bruxelles

- **Laïcité et résistance**

Par Monsieur Dominique LOSSIGNOL - Institut Jules Bordet - Unité de Soins Supportifs et Palliatifs, Bruxelles

- **Adopter une posture professionnelle laïque**

Par Madame Andrée POQUET, Centre d'Action Laïque ASBL et par Monsieur Dan LECOCCQ, Maître de conférences ESP ULB et HELB Ilya Prigogine

Par Madame Faouzia HARCHÉ, Échevine de l'Instruction publique, de la Jeunesse et de la Petite Enfance.

Chers Etudiants,
Chers Enseignants,
Chers Collègues du monde hospitalier
Mesdames, Messieurs en vos titres et qualités,

C'est avec plaisir que nous vous accueillons pour ce colloque organisé par la catégorie paramédicale de la Haute École Francisco Ferrer dont le thème est

« Soins et Laïcité »

Cette manifestation entend porter à la réflexion le principe de laïcité au sein de l'hôpital public. En tant que Présidente du réseau IRIS, le caractère public de l'hôpital me tient particulièrement à cœur car comme tout hôpital, notre première responsabilité est de prendre en charge les patients. Ils sont au centre de toute notre démarche et de toutes nos attentions, ils justifient les efforts, les investissements, les recrutements et les choix que nous faisons chaque jour. Enfin, ils motivent notre souci permanent d'amélioration du savoir, des méthodes, des techniques et des technologies du diagnostic et des soins pour le panel le plus large de pathologies.

Comme tout service public, nous avons un devoir absolu d'accessibilité pour nos concitoyens. Dans ce cadre, notre première responsabilité est d'accueillir tous les patients sans aucune discrimination sociale, économique, philosophique ou religieuse.

Les réflexions du jour portent sur les liens entre les soins et la laïcité. Ce n'est pas nouveau... et pourtant, cette question est régulièrement d'actualité, suivant les évolutions de la société.

Renvoyant à la préséance absolue du civil sur le religieux, le principe de **laïcité** doit être rappelé alors qu'il est fréquemment mis en danger.

« Tout avortement est un mal qu'aucune circonstance ne justifie jamais », « Le viol est immoral, et heureusement il est aussi illégal. L'avortement qui est encore plus immoral ne devrait-il pas à plus forte raison être illégal ? », « Car le vrai scandale est de voir que le meurtre est permis chez nous : avec l'avortement, le meurtre est même remboursé par la mutuelle alors que le simple vol à la tire est condamné. »

Non, ces phrases n'ont pas été prononcées dans une église intégriste d'un État américain évangéliste au 19e siècle, mais lors d'un cours dispensé début mars à des étudiants de première BAC à l'UCL par un professeur de philosophie ! Une note anti-avortement qui ne laisse aucunement place au débat.

Ce professeur, heureusement suspendu par les autorités académiques, a par ailleurs été ovationné lors du rassemblement anti-IVG qui s'est tenu ce dimanche 26 mars dernier à Bruxelles. Dans la foulée, des dizaines de milliers de téléspectateurs ont assisté à la répétition, sur les plateaux télé, de ces déclarations extrémistes qui, non seulement assimilent les centres de planning familial à des complices d'assassinat, mais les accusent de ne pas aider les femmes et de les pousser à avorter.

Au lendemain du 27^e anniversaire de la loi, votée le 29 mars 1990, l'IVG est donc à nouveau combattue par des factions ultra conservatrices sans scrupules, qui bafouent publiquement les droits fondamentaux des femmes, pratiquent la désinformation et refusent ainsi qu'elles puissent décider librement d'avoir ou non des enfants, quand et combien...

Tout en le pensant dans ses rapports historiques à la modernité thérapeutique, ce colloque questionnera la mise en pratique contemporaine de la laïcité au sein du monde public hospitalier :

- Le premier point porte sur la question de savoir si les professionnalités médicales et infirmières garantissent ce principe
- La deuxième c'est « Comment faire droit à l'Autre sans fragiliser le principe de laïcité dans la pratique des soins infirmiers ? »

Ainsi, nos écoles et nos hôpitaux publics accueillent des élèves, des étudiants et du personnel émanant de milieux socio-culturels très diversifiés.

A l'heure d'une crainte de replis identitaires, de résurgence du fait religieux, une clarification de ces notions est nécessaire tant pour ceux qui ont eu la chance d'avoir des cours de philosophie, de citoyenneté, de morale laïque, que pour ceux qui ont grandi dans des familles ou des écoles où une pensée unique prévalait.

Comment porte-t-on, comment comprend-on les notions d'universalité, de laïcité, de neutralité, de neutralité engagée ?

Ce ne sont donc jamais les opinions religieuses d'un agent de la fonction publique qui sont incompatibles avec la neutralité de la profession, mais leur manifestation.

Dans le cadre de l'hôpital public, le principe de laïcité conduit le personnel à prohiber l'expression de ses convictions philosophiques et ou religieuses ; **Mais** celui-ci doit permettre aux bénéficiaires de ces mêmes services publics de disposer d'un droit à l'expression et à la prise en compte de leurs opinions religieuses dans le respect de la loi.

Dans ce cadre-là, la compréhension peut-être floue. Comment réagir face à des demandes de bénéficiaires de soins, lors de dilemmes éthiques, pour des cas aussi divers et variés mais ô combien complexes comme : le droit à l'IVG, le diagnostic prénatal, la contraception médicalisée, la Procréation Médicalement Assistée, les soins palliatifs, la stérilisation masculine ou féminine, le don d'organes, les soins post-mortem et toilettes mortuaires, le jeûne religieux en milieu hospitalier, l'euthanasie, etc.

Dans ces questions éthiques éminemment sensibles, gardons-nous d'imposer à d'autres ce que notre conception des choses ne nous permet pas d'envisager. La liberté individuelle, de conscience et d'agir, doit rester intacte, dans le chef de chacun.

Les différents intervenants que nous aurons le plaisir d'accueillir ce matin se proposent d'éclaircir ces notions.

Nous écouterons

- Madame **Anne MORELLI**, Professeure à l'Université libre de Bruxelles
- Monsieur **Jean-Louis GENARD**, Professeur à l'Université libre de Bruxelles
- Monsieur **Dominique LOSSIGNOL**, Institut Jules Bordet - Unité de Soins Supportifs et Palliatifs
- Madame **Andrée POQUET**, Centre d'Action Laïque ASBL et Monsieur **Dan LECOCQ**, Maître de conférences ESP ULB et HELB Ilya Prigogine

La matinée sera clôturée par une séance de Questions-Réponses.

Les différents orateurs donneront sans doute leur définition de la laïcité.

Entre la laïcité républicaine à la française, « l'athéologie » ou athéisme militant, la neutralité engagée à la belge, la définition qui sera la nôtre à la fin de la journée sera vraisemblablement plurielle, complexe, nuancée.

Néanmoins, nous pouvons démarrer sur celle, basique, mais on ne peut plus claire du Petit Robert :

La laïcité est le « *principe de séparation de la société civile et de la société religieuse, l'État n'exerçant aucun pouvoir religieux et les Églises aucun pouvoir civil* ».

En séparant clairement le pouvoir civil du pouvoir religieux, la laïcité permet l'égalité de tous devant la loi, cette égalité garantissant la liberté de chacun d'adhérer aux idées, aux convictions ou aux croyances de son choix.

Cela peut se traduire par le fait que **la laïcité n'est pas une opinion, c'est la liberté d'en avoir une.**

Ainsi, les débats portant sur la place de la religion dans l'enseignement, ou les hôpitaux publics conduisent également le législateur à se questionner sur un « vivre ensemble » adapté aux situations multiculturelles actuelles.

Tâche ardue que de trouver les voies qui nous permettent de **partager le commun qui nous lie...** on ne pourra faire l'économie de passer par la laïcité pour arriver à ce que **l'autonomie et la liberté des plus faibles soient garanties.**

Il nous faudra nous souvenir de l'histoire de la laïcité pour ne pas en dévier, et comprendre que c'est un vrai **acte d'égalité**. La devise de la Belgique « L'union fait la force » fut adoptée il y a 189 ans, en 1828 déjà, dans cet esprit d'ouverture, de pluralisme et de séparation du civil et du religieux.

A l'heure de la globalisation du monde et de la pluralisation des référentiels spirituels, le colloque tentera d'instruire le difficile équilibre entre particularisme et universalisme.

Car dans les troubles de notre époque, nous devons garder un esprit lucide en liant constamment la pensée à l'action, et l'action à la pensée. C'est cela aussi que nous devons apprendre à nos étudiants : ne subissez pas le monde qui nous entoure, mais devenez-en des actrices et des acteurs engagés. Devenez des femmes et des hommes capables de savoir quand ils croient, et quand ils croient savoir. Soyez capables de ne pas être soumis à la fascination des discours simplistes, mais distinguez-en les méandres, et démontez-en les rouages.

La simplicité ne se décrète pas, elle se travaille.

Enfin, il me reste à remercier Madame CALLOENS, Directrice de la Catégorie Paramédicale de la Haute École Francisco Ferrer, pour l'organisation de cette matinée que je vous souhaite enrichissante en réflexions.

Tous les soins médicaux sont-ils respectueux des convictions des patients ?

Par Madame Anne MORELLI, Professeure de l'Université Libre de Bruxelles.

Je commencerai par définir les termes du colloque, dans mon cas « les soins » et « la laïcité ».

Les soins, pour moi, comprennent non seulement, les actes médicaux, les actes infirmiers, les actes chirurgicaux mais aussi l'aide aux personnes malades, vieilles, infirmes, opérées ou parturientes : la toilette, l'apport de nourriture, les conseils qui leur sont prodigués et même l'ensemble des mots qui sont prononcés en leur présence, ainsi que l'ensemble des attitudes à leur égard.

Quant à la laïcité, elle est l'objet d'innombrables définitions. Dans son livre sur la laïcité¹, Jean BAUBÉROT cite non moins de sept laïcités pour se limiter aux laïcités à la française.

J'emprunterai celle qui voit dans la laïcité une organisation de la société qui permet aux personnes de différentes opinions et religions de partager l'espace public. Evidemment, cela veut dire évidemment qu'une conviction ne peut pas s'imposer à ceux qui ne la partagent pas. En Belgique, si tout le monde, ou presque, convient en Belgique que la tolérance est une vertu essentielle pour vivre dans cet espace public pacifié, en fait beaucoup de personnes restreignent, en fait, cette tolérance aux idées qui LEUR semblent justes : on doit respecter MES idées. Quand il faut être tolérant vis-à-vis de personnes qui portent des idées qui nous semblent fausses ou absurdes, c'est bien plus difficile et c'est pourtant là que commence la tolérance. La tolérance est par ailleurs due aux personnes et non aux idées : les personnes ont droit à notre tolérance, à notre respect mais les convictions, les idées, elles, sont faites pour être confrontées, pour être discutées, pour être remises en question.

Ces deux termes étant précisés, entrons dans le vif du sujet. J'ai intitulé mon exposé « **Tous les soins médicaux sont-ils respectueux des convictions des patients ?** ». Je voudrais vous présenter des cas tout à fait concrets auxquels une ou un soignant peut être confronté et qui portent à réflexion.

Mon premier exemple concerne un malade Témoin de Jéhovah qui doit être opéré, il veut s'assurer qu'il ne lui sera pas pratiqué de transfusion sanguine. Vous me direz que c'est idiot, qu'il risque de perdre la vie si, lors de l'opération, cette transfusion s'avère indispensable. Mais en fait, avant d'avoir cet avis tranché, il faut peut-être se demander pourquoi il a cette position et quelle est l'origine de son refus des transfusions sanguines.

Les Témoins de Jéhovah reprennent des textes de l'Ancien Testament, la Bible juive (Genèse, Lévitique) et des textes du Nouveau Testament, les livres chrétiens (Actes des Apôtres, Lettres aux Colossiens...), et les interprètent comme une interdiction faite par Dieu aux juifs et aux chrétiens de consommer du sang, siège de l'âme. Si le sang est sacré, on ne peut pas le manger, comme par exemple sous forme de boudin. Mais lors de la transfusion d'une personne à une autre, on risque d'insérer par le sang une âme impure – la mienne, par exemple ! – dans le corps pur d'un Témoin de Jéhovah qui s'efforce de ne jamais pécher. Et donc cette transfusion peut, de son point de vue, être plus grave que la mort parce que la transfusion peut le mener à la damnation éternelle, c'est-à-dire à l'enfer. Les Témoins de Jéhovah considèrent donc que la mort est peu de chose à côté de l'envoi en enfer pour le reste de l'éternité. Et, ils ont eu beau jeu ces derniers temps,

1 BAUBÉROT, J., 2015, Les 7 laïcités françaises. Le modèle français de laïcité n'existe pas, Paris, Maison des Sciences de l'Homme, coll. « Interventions ».

depuis les scandales du sang contaminé par le sida, de clamer qu'ils avaient eu bien raison de refuser les transfusions sanguines et que, eux, au moins, n'avaient pas risqué d'être contaminés par le sida. Ils ont permis de développer et encouragent la recherche sur les possibilités d'opérer sans transfusion ou, du moins, avec des réserves de sang quand on peut prévoir une opération bien à l'avance. On fait alors une autotransfusion, c'est-à-dire qu'on prélève son propre sang, on le conserve, et, éventuellement, on en fait une transfusion au moment de l'opération. Dans ce cas-là, si vous étiez pécheur, vous recevez de nouveau votre sang de pécheur, et si vous étiez un homme honnête, vous recevez votre sang d'homme honnête. Bien sûr, le médecin qui décide de l'opération doit les informer du risque que leur décision comporte. Mais il s'agit d'adultes, et nous pourrions peut-être revenir tout à l'heure peut-être dans la discussion sur la question des mineurs d'âge, question, qui est tout à fait différente. S'il s'agit d'adultes, le médecin, peut-il leur faire cette transfusion sanguine en profitant de l'anesthésie qui les rend inconscients ? Même si cette attitude paraît suicidaire au personnel médical, ce personnel médical ne doit-il pas l'accepter puisque le suicide n'est pas un délit en Belgique ? La décision d'une personne majeure doit être respectée même si c'est contraire à ce que nous appelons le bon sens.

Mon deuxième exemple concerne une femme qui demande à un stade peut être avancé de sa grossesse un avortement thérapeutique. Une amniocentèse a détecté qu'elle était enceinte d'un enfant porteur de trisomie 21, un enfant « mongol », comme on dit. Ou encore, l'enfant est anencéphale, c'est-à-dire sans cerveau. Ou bien, encore, on a détecté qu'il va naître avec ce qui s'appelle le spina-bifida : un développement incomplet de la colonne vertébrale qui entraîne la paralysie et l'insensibilité des membres inférieurs, des problèmes de vue, d'ouïe, de vessie, de coordination des mains. Les soignants peuvent être personnellement opposés à l'avortement, qu'il soit thérapeutique ou demandé pour des motifs qui ne regardent que la femme qui le demande. Certains croyants pensent même que les enfants handicapés sont des « cadeaux de Dieu ». Mais sous aucun prétexte, ils n'ont à imposer leur vision des choses, ne serait-ce que par un regard désapprobateur. Le même sourire, la même serviabilité doit être offerte à celle dont le soignant partage le choix et à celle dont il ne le partage pas. Autrefois, des monstruosité ont été imposées à des patientes au nom de la foi : des médecins choisissaient lors d'accouchements difficiles de sauver le fœtus plutôt que la mère. Et en choisissant de tuer la mère, ils faisaient parfois un grand nombre d'orphelins parce qu'il s'agissait parfois déjà de mères de famille. Et pourquoi choisir systématiquement le fœtus plutôt que la mère ? L'urgence était de baptiser le fœtus pour sauver son âme.

A l'époque où les avortements ne pouvaient être que clandestins, les femmes qui s'étaient fait avorter dans des conditions horribles venaient ensuite en clinique demander un curetage pour stopper leurs hémorragies. Il arrivait fréquemment que des praticiens « bien-pensants », entourés d'infirmières « bien-pensantes », leur refusaient toute anesthésie pour leur faire expier leur péché. N'oublions pas que les institutions religieuses dans notre pays ont refusé jusque 1956 de pratiquer l'accouchement sans douleur estimant qu'il était contraire à l'injonction de Dieu à Ève dans la Bible : « Tu enfanteras dans la douleur ».

Un autre exemple concret concerne le remplacement d'une valve cardiaque qui peut aussi donner lieu à des décisions qui, selon nos convictions, peuvent sembler raisonnables ou folles. Lors de l'opération de remplacement valvulaire, le chirurgien remplace la valve cardiaque déficiente par une valve cardiaque d'origine animale ou par une valve artificielle dite mécanique, elle peut être en titane ou en carbone. La prothèse biologique semble avoir des avantages par rapport à la valve mécanique, mais il s'agit de valves prélevées le plus souvent sur des porcs et retravaillées afin de correspondre aux caractéristiques de la valve cardiaque humaine. Je connais personnellement le cas d'un couple juif à qui le cardiologue conseillait la valve biologique, mais qui a « choisi » la valve artificielle, moins efficace, car avec une valve cardiaque de porc l'épouse serait devenue impure et n'aurait plus pu être touchée par son mari. La valve mécanique s'est révélée inadaptée à son cas et elle est morte dans son sommeil peu après l'opération. S'agissant

d'une adulte, je respecte son choix. Mon seul problème ici est de savoir si l'épouse a vraiment et personnellement fait ce choix ou s'est soumise à la volonté de son mari.

De nombreuses questions mineures peuvent se poser entre soignant et patient qui ne partagent pas les mêmes convictions ou traditions. Quelle nourriture convient au malade ? La femme enceinte doit-elle être examinée par un homme ou par une femme ? Est-il acceptable de procéder à une reconstruction de l'hymen chez une jeune femme qui va se marier ? Bien souvent, dans ces cas que j'appelle mineurs, parce qu'ils sont moins tragiques que les précédents, des accommodements raisonnables peuvent être trouvés. Certains hôpitaux proposent chaque matin le passage d'une diététicienne qui choisit avec le malade ce qu'il va manger, mais il faut d'abord que le malade puisse comprendre ce que dit la diététicienne. Là, je dois dire que j'ai des expériences contradictoires. Mon pauvre père, italien, était hospitalisé en Flandre et un jour je vais le voir et je lui dis « Qu'est-ce que tu as mangé papa ? ». « Des brocolis ! ». Le lendemain : « Qu'est-ce que tu as mangé papa ? ». « Des brocolis ! ». Troisième jour : « Des brocolis ! ». Je lui dis « Tu es pris d'une passion pour les brocolis ! » Il dit « Non, mais il y a une femme qui vient le matin, elle dit selder, wortels... », moi je ne comprends rien du tout de tout ça et à un certain moment elle dit « brocolis », alors là je lève la main et je dis « brocolis, oui ! ». Donc, évidemment, il faut qu'il y ait intercompréhension entre la diététicienne et son patient, moyennant quoi, il y a sans doute moyen de trouver quelque chose qui correspond à la fois aux convictions du malade, mais aussi, à ses traditions alimentaires : la tartine de fromage proposée le soir à l'hôpital peut sembler un non-repas pour beaucoup de malades, comme par exemple, les méditerranéens. Et donc, le four à micro-ondes à disposition des familles des malades va permettre de réchauffer un petit plat maison qui va être extrêmement bienvenu et redonner, peut-être, au malade l'envie de manger.

Un autre exemple concerne les femmes gynécologues qui sont prisées par certaines patientes venant de certaines cultures, mais, par contre, d'autres patientes préfèrent se confier à des hommes en pensant par tradition qu'une femme qui les ausculte pourrait, par jalousie, jeter un sort maléfique sur elle et sur son enfant. Donc, je pense que, là aussi, il y a moyen de trouver un juste milieu par rapport au fait que certaines préfèrent le gynécologue masculin ou féminin.

Lorsqu'une reconstruction de l'hymen est demandée par une femme majeure, la seule question qui se pose à moi est de savoir si la sécurité sociale doit assumer cette opération ou si elle doit être considérée comme une opération esthétique payée entièrement par la patiente qui la demande.

Je terminerai par une question plus sérieuse qui touche la fin de vie. Certains pensent que c'est Dieu qui donne la vie et qui la reprend. Il faut donc attendre la mort naturelle même si elle est précédée de douleurs impossibles à calmer. La douleur a même dans certaines religions une valeur rédemptrice : les souffrances envoyées par Dieu et acceptées par le malade le mènent plus directement à la vie éternelle, c'est-à-dire au paradis. Tout récemment (6 février 2017), le Vatican a encore précisé sa doctrine à ce sujet : « L'euthanasie est un acte d'homicide que personne ne peut légitimer. Aucun professionnel de la santé ne peut se faire le tuteur de ce soi-disant droit. Les gémissements des malades gravement atteints qui parfois invoquent la mort ne doivent pas être perçus comme l'expression d'une volonté d'euthanasie ». Ce texte ne vise pas seulement les médecins, les infirmiers, mais aussi les pharmaciens, les chercheurs, les législateurs en matière de santé. Il est donc d'un point de vue catholique illégal de se prêter à une euthanasie. Mais, il y a là évidemment un problème en Belgique, puisque l'euthanasie est depuis quinze ans inscrite dans la loi² et pratiquée légalement, alors que la charte du Vatican refuse d'anticiper la mort, et donc de pratiquer l'euthanasie : c'est le droit exclusif de Dieu de retirer la vie humaine.

2 Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

Quel problème cela pose-t-il ? Un récent rapport du Docteur Marc ENGLERT dit que certaines déclarations d'euthanasie mentionnent des difficultés et des obstacles à la pratique de celle-ci, particulièrement dans certaines maisons de repos et de soins. C'est-à-dire que des personnes demandent l'euthanasie, mais que la clinique ou le home, (généralement catholique, mais pas uniquement) dans lequel ils se trouvent, leur répond : « Nous on ne fait pas ce genre de choses ».

Il y a là évidemment un conflit entre l'intérêt du malade, dont la demande concerne son propre corps, et celui du personnel médical ou soignant, qui estime que ce n'est pas bon pour lui, et qu'il ne doit pas le demander, sans quoi, il risque d'aller en enfer. Que se passe-t-il dans ce cas-là ? Malgré l'état qui peut être vraiment d'agonie d'une personne, on doit la transférer soit à son domicile, soit dans une autre institution qui pratique l'euthanasie. Or, lorsque l'on regarde les statistiques, l'euthanasie est en croissance continue chez nous : on est parti d'une situation en 2002 où il n'y avait qu'une dizaine de cas qui étaient demandés, 400 cas en 2005, 1100 cas en 2012 et nous sommes aujourd'hui à plus de 2000 euthanasies déclarées chaque année. Donc, si le corps médical et soignant qui entoure ces personnes décide que ça ne lui plaît pas, ou que ça ne convient pas, il va alors y avoir un véritable problème de liberté de la personne sur son propre corps. Je pense que, dans ce cas-là comme dans ceux que j'ai cités précédemment, la ligne générale doit être que le personnel soignant ne peut pas imposer ses choix à un patient, à un malade.

Je dirai pour conclure que, dans tous ces cas, on ne peut pas faire passer ses propres opinions, ses propres croyances avant la liberté de la personne sur son propre corps et que, dans tous ces cas il faut que le soignant soit attentif à ne pas imposer ses choix à une personne qui ne partage pas ses croyances ou ses convictions.

Éthique et politique du soin face aux évolutions de nos horizons du vivre-ensemble et de nos coordonnées anthropologiques

Par Monsieur Jean-Louis GENARD, Professeur de l'Université Libre de Bruxelles.

Je vais situer ma contribution dans la droite ligne de l'exposé introductif de Faouzia HARICHE qui invitait à réfléchir une laïcité qui ferait pleinement droit à l'autre, et cela, en prenant la laïcité sous l'angle – et là je rejoins le propos qu'Anne MORELLI vient de développer – des dilemmes éthiques auxquels elle se trouve confrontée aujourd'hui. Cela me conduira à proposer une conception de la laïcité qui rompt quelque peu avec sa conception dominante ou du moins invite à la questionner.

Pour cela, je vous invite à jeter un regard sur l'écran et sur certains des mots qui y figurent et qui ont été à plusieurs reprises prononcés ce matin : « laïcité », « libre arbitre », « liberté », « autonomie ». Ce sont ces mêmes mots qui se retrouvent d'ailleurs dans l'argumentaire de présentation du colloque : « laïcité », « liberté », « autonomie », mais aussi, en tout petit - et j'attire votre attention là-dessus, à la fois sur le mot et sur le « tout petit » - « vulnérabilité ».

La position que je vais tenter de défendre inviterait en fait à écrire « vulnérabilité » en grand, au même titre que les autres mots. Je vais donc tenter de vous convaincre de la nécessité de repenser la laïcité sous cet aspect dialectique, dans la tension entre l'exigence ou l'horizon de l'autonomie d'un côté, mais aussi sous l'horizon de la fragilité et de la vulnérabilité de l'autre. La vulnérabilité de chacun d'entre nous, et s'agissant de la thématique de ce colloque, des soignés bien sûr mais aussi des soignants. Cela veut dire qu'à mon sens, dans la tradition dominante de réflexion sur la laïcité, on a trop réfléchi celle-ci sous le seul horizon de l'émancipation et d'une émancipation pensée comme autonomie.

Je dois tout d'abord préciser que je ne suis pas un spécialiste de la laïcité comme Anne MORELLI. Cela dit, j'ai malgré tout une expérience de la laïcité en actes, et de la laïcité institutionnelle, puisque j'ai été professeur de morale laïque dans l'enseignement secondaire un court temps, et, plus longtemps, dans des écoles normales où j'ai enseigné la morale laïque à de futurs enseignants de cette « discipline ». Cela se passait toutefois il y a quelque temps, dans les années 1980. Si je précise cela c'est parce qu'il y a bien sûr une historicité de la laïcité : les questions qu'on se pose aujourd'hui à propos et au sein de la laïcité ne sont pas les mêmes dans les années 1980, où je participais par exemple aux réformes du programme de morale dans l'enseignement secondaire en cherchant à y introduire davantage de philosophie, par exemple, mais aussi de nouvelles manières d'enseigner, plus en phase avec ce qu'est la morale, c'est-à-dire une pratique, dans laquelle l'engagement constitue l'élément constitutif.

Dans son exposé, Faouzia HARICHE parlait d'universalisme et de particularisme. Au milieu des années 1980, je crois, dans la revue *Morale Laïque*, on m'avait demandé de faire un texte que j'avais intitulé – je le dis de mémoire – « *L'enseignement de la morale : universalisme ou particularisme*¹ ». C'était à l'époque – cela le reste aujourd'hui encore bien sûr – un des enjeux centraux auxquels se trouvait confrontée la laïcité, en particulier telle qu'elle était institutionnalisée en Belgique. L'idée générale était que l'idée même de laïcité portait une ambition universaliste alors que l'horizon des religions était à chaque fois particulariste, raison pour laquelle les engagements religieux devaient être renvoyés vers la sphère privée. Et cela dans un contexte où, institutionnellement, l'enseignement de la morale laïque, et donc l'engagement laïque, apparaissaient comme des choix particuliers, équivalents aux choix en faveur de telle

1 J.L. GENARD (1991), « L'enseignement de la morale: universalisme ou particularisme » dans la Revue *Morale laïque*, janvier 1991.

ou telle religion, le processus d'institutionnalisation de la « laïcité à la belge » ayant conféré à celle-ci un statut semblable, parallèle aux confessions religieuses reconnues. Au-delà d'enjeux philosophiques, quant à savoir si la laïcité assumait des ambitions universalistes là où les religions demeuraient enfermées dans leurs particularismes, ce type d'institutionnalisation montrait concrètement ses effets pervers puisque, à l'époque, des parents Témoins de Jéhovah avaient introduit des recours au Conseil d'État déplorant l'absence de cours où inscrire leurs enfants ; le Conseil d'État ayant accédé à leur demande en autorisant les élèves à ne suivre aucun cours. Dans l'article que j'évoquais, ma position était à la fois théorique mais aussi politique, cherchant à éviter que l'organisation de l'enseignement public aille encore plus loin dans le particularisme en multipliant les cours confessionnels et aller davantage vers une laïcité à la française. Comme d'autres, à l'époque – et les choses ont avancé depuis -, je plaçais pour que l'on envisage de remplacer les cours de morale laïque et de religion dans l'enseignement secondaire par un cours général de philosophie, de citoyenneté... qui apprendrait à être ensemble plutôt que d'apprendre aux jeunes, dès l'école primaire, à se séparer, à savoir que quelqu'un qui est catholique ce n'est pas la même chose que quelqu'un qui est protestant ou musulman, et que ce n'est pas non plus la même chose que quelqu'un qui est laïque.

Si je fais ces retours en arrière, c'est pour attirer l'attention sur l'historicité de la laïcité, sur les manières dont l'idée de laïcité se problématise, sur les enjeux institutionnels aussi que porte la laïcité.

Aujourd'hui si on écoute, par exemple, les débats à propos des élections présidentielles françaises – je suppose que certains d'entre vous le font –, la question de la laïcité se pose fort différemment. La question est toujours de savoir quelle doit être la place de la religion par rapport à la sphère publique, avec l'idée sous-jacente qu'il faut renvoyer la religion du côté de la sphère privée. Mais, il me semble qu'il y a deux interprétations opposées qui se manifestent dans les différentes prises de position des candidats à la présidence ou des intervenants dans le débat. Il y a une position, que je dirais exclusiviste, selon laquelle il faut exclure la religion et tout signe religieux de l'espace public, donc par exemple pas de foulard dans l'espace public... L'espace public est pensé comme un espace de coexistence où chacun apparaît comme un citoyen dépouillé de ses appartenances. A cette première conception s'oppose une conception que j'appellerais « protectionnelle », de la laïcité, selon laquelle, celle-ci, au contraire, doit permettre aux appartenances et aux convictions religieuses de s'exercer pour autant, effectivement, que cela n'entrave pas la possibilité pour les autres d'exercer leurs propres convictions. Dans ce cas, le port du foulard dans l'espace public devient parfaitement acceptable.

Ces deux exemples montrent que les enjeux liés à la laïcité se modifient en fonction des contextes, mais qu'il y a toujours au-delà de ces différences, de ces évolutions, des enjeux politiques relatifs aux conditions du vivre-ensemble : assurer en même temps à chacun la possibilité de pratiquer ses croyances, de pratiquer sa religion, mais assurer aussi les conditions du vivre-ensemble. Et ces deux points-là – assurer le vivre-ensemble et permettre à chacun de pratiquer ses convictions – ce n'est pas nécessairement facile à articuler.

Organiser la laïcité est donc quelque chose de compliqué parce que cela exige d'articuler le principe de publicité – qui pointe vers l'universalisme – avec des principes ou des exigences de vie bonne qui peuvent être des principes particuliers à des croyances – qui pointent vers le particularisme. Cela exige donc, pour reprendre la terminologie habermassienne², d'articuler morale – la sphère des devoirs universalisables – et éthique – les principes de la vie bonne qu'on ne peut imposer à tous, qui peuvent être légitimement différents, mais auxquels les acteurs tiennent parce qu'ils sont constitutifs de leurs identités, de leurs appartenances... Où se situe la frontière ? Comment organise-t-on cela politiquement, socialement ? Cela n'est pas simple. Les

2 HABERMAS, J. (1986), *Morale et communication* (1983), trad. C. Bouchindhomme, Paris : Cerf.

exemples que donnait Anne MORELLI le confirment. Et c'est d'autant plus compliqué que la religion a souvent tendance à absolutiser ses propres principes et à prétendre les imposer aux autres.

Avant d'aller plus avant, je voudrais faire une remarque à propos de cette conception partagée de la laïcité exigeant une séparation du public et du privé. Je vais vous épargner un long détour historique par rapport à l'émergence, aux 17^e et 18^e siècles, de cette séparation entre privé et public, sur la naissance de l'espace public et sur le principe du libéralisme politique³. Un libéralisme politique qui, rappelons-le, s'est imposé pour mettre fin, bien sûr, à l'absolutisme en ouvrant le jeu politique à la critique et au pluralisme, mais aussi, pour mettre fin aux guerres de religion. Cela dit, si nous avons tendance à envisager ce changement politique au niveau des modifications institutionnelles, il ne faut pas négliger ses implications au niveau individuel et, du coup, sous-estimer le poids de ce que ce principe de laïcité exige – Paul RICOEUR⁴ a travaillé là-dessus – de quelqu'un qui croit, qui croit profondément à sa religion, lorsqu'on lui demande de mettre ses convictions à l'égal des autres convictions dans l'espace public, qu'on lui demande de relativiser ce à quoi il prête un statut absolu. Quelqu'un qui croit profondément doit bien sûr faire un effort considérable pour arriver à admettre que ce qu'il croit, qu'il considère, par exemple, comme une vérité révélée, n'a pas plus de valeur – somme toute, puisqu'on peut en discuter – que ce que d'autres croient. Donc, l'adhésion au principe de laïcité est quelque chose qui demande un effort considérable aux gens qui sont croyants, un effort de relativisation de leurs croyances qui, dans le cadre de leur religion, peuvent être des croyances auxquelles est prêté un statut absolu. Un effort d'autant plus grand, que les obédiences religieuses auxquelles ils adhèrent n'ont pas historiquement réalisé cet « effort », n'ont pas participé au processus de sécularisation qui a marqué nos sociétés depuis les 17^e et 18^e siècles.

Si je parle de cet effort qu'on demande aux gens de faire sur eux-mêmes, sur le rapport qu'ils entretiennent avec leurs croyances, et finalement sur celles-ci, c'est pour m'approcher progressivement de ce qui était promis dans le titre de mon exposé, à savoir des questions anthropologiques qui peuvent éclairer les enjeux de la laïcité.

Historiquement, l'émergence du principe de laïcité est liée à une transformation anthropologique, à une transformation de la manière dont on considère ce que c'est que d'être un humain, ce que c'est que d'être un homme⁵. Si on jette un regard rétrospectif sur notre culture, ou si on observe les autres cultures, on se convainc très rapidement qu'il y a mille manières d'interpréter, de concevoir ce que c'est que d'être un humain. Si vous prenez les tragédies de l'Antiquité, Œdipe, par exemple, n'est pas un acteur autonome et responsable, ce qui le guide et qui est au cœur de toutes les tragédies grecques, c'est le destin. Si vous prenez la religion chrétienne, ce que c'est que d'être un humain renvoie à la grâce, à la providence, au péché originel... Et, à analyser cette histoire, on constaterait rapidement à quel point le modèle de l'acteur autonome et responsable a eu du mal à trouver sa place parmi ces conceptions de l'humain. À étudier les sociétés archaïques, on se trouverait confronté à bien d'autres conceptions de l'humain, la souillure, le mana... On peut se reporter là à l'ouvrage de Philippe Descola, *Par-delà nature et culture*, qui nous montre à quel point le modèle occidental de l'homme autonome et responsable constitue une exception, notamment au travers de la césure qu'il impose entre les humains et les non humains, entre la nature et la culture⁶.

La spécificité de la modernité ce serait donc que l'humain en vient à se considérer, dans la tension entre autonomie et hétéronomie : l'humain est par définition quelqu'un qui doit s'arracher à

3 HABERMAS, J. (1988), *L'Espace public : archéologie de la publicité comme dimension constitutive de la société bourgeoise*, Paris : Payot.

4 RICOEUR, P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Paris : Seuil.

5 J.L. GENARD (1999), *La grammaire de la responsabilité*, Paris: Humanités, Cerf.

6 Ph. DESCOLA (2005), *Par-delà nature et Culture*, Paris: Gallimard.

l'hétéronomie, aux contraintes qui pèsent sur lui et devenir autonome. Et, je suis convaincu qu'il existe un lien substantiel entre nos conceptions de la laïcité et, cette conception de ce que c'est que d'être un humain. Et c'est bien pour cette raison que dans l'argumentaire du colloque, et sur le tableau qui est derrière moi, figurent en grandes lettres « autonomie », « libre arbitre »... Nous pensons, et c'est un acquis de la laïcité, que l'humain doit se saisir, doit se réaliser dans cette tension entre autonomie et hétéronomie. Il doit s'arracher à l'hétéronomie. Et croire à la religion a été potentiellement considéré comme une marque d'hétéronomie, comme une mise en quelque sorte sous contrainte.

Toutefois, en jetant à nouveau un regard en arrière, dans la tradition occidentale, les religions dominantes, les religions chrétiennes, se sont progressivement ajustées aux principes de la laïcité, avec bien sûr des résistances, parfois rudes, avec des résurgences aussi, comme on y assiste actuellement avec la remontée des fondamentalismes chrétiens, mais aussi avec certains papes... Ce que met à jour, de manière criante, les débats autour de l'élection présidentielle française, c'est à la fois la montée des fondamentalismes, mais aussi, par rapport à cela, le fait qu'il y a maintenant une autre religion, l'islam, qui nous oblige à rebattre les cartes, à repenser la laïcité, à réinterroger les compromis que nous avons instaurés avec nos religions jusqu'ici dominantes, les religions chrétiennes. A entendre les débats français, la montée de l'islam apparaît, est problématisée comme une menace pour la laïcité. A mon sens, le discours de la menace, l'adoption de stratégies exclusivement défensives, ne constitue sans doute pas la voie la plus pertinente. On pourrait aussi prendre cette présence de l'islam comme une opportunité pour peut-être repenser, et, repenser différemment la laïcité. Je ne plaide, bien entendu, pas ici en faveur de concessions à l'égard du fondamentalisme islamique ou des fondamentalismes en général, mais je pense qu'on est là dans un contexte où, au travers de questions qui peuvent paraître anodines, – le foulard... – on se trouve obligé de « re-réfléchir » à ce que c'est que cette laïcité.

Dans ce cadre, un retour vers les cadres anthropologiques de la laïcité, dont j'ai dessiné les contours rapidement, peut nous être de quelque utilité. En particulier, quant au statut privilégié donné à l'autonomie et à l'émancipation par l'autonomisation.

En réalité, l'interprétation de ces cadres anthropologiques a considérablement évolué depuis le 19e et les deux premiers tiers du 20e siècle. Si on prend, par exemple, l'interprétation dominante qui prévalait au 19e siècle, il y avait d'un côté des gens autonomes, des gens capables et de l'autre des gens incapables. Autrement dit, au 19e siècle, au début du 20e siècle, on opère une différence forte entre les individus autonomes et ceux qui ne le sont pas, entre les « capables » et les « incapables », entre les responsables et les irresponsables. Des « capables », il n'y en a pas beaucoup au début : les ouvriers, les domestiques... ne peuvent être considérés comme autonomes, les peuples archaïques sont des primitifs... les femmes ne sont pas capables, les fous ne sont pas capables.... Donc, ce qui prévaut dans ce contexte, c'est une séparation radicale des êtres, ceux qui sont considérés comme capables, ayant des droits que d'autres n'ont pas : les ouvriers, les femmes, les fous... n'ont pas le droit de vote par exemple. Il est toujours bon de rappeler que les femmes ne pourront participer chez nous au suffrage universel qu'après la seconde guerre mondiale, que les femmes mariées devront attendre les années 60 pour pouvoir ouvrir un compte en banque sans l'accord de leur mari...

Cette situation s'avérera évidemment rudement antinomique par rapport à l'idéal démocratique, proclamé par les droits de l'homme. On va, donc, assister à des luttes sociales, les ouvriers, les femmes vont se révolter... Et, ce sont ces luttes qui vont progressivement conduire à ce qu'on passe progressivement de cette conception, que j'ai appelée disjonctive de l'anthropologie (des capables d'un côté, des incapables de l'autre), vers une conception conjonctive ou vers, ce que j'ai appelé, un « continuum anthropologique ». Tout le monde, chacun d'entre nous se situerait toujours quelque part entre hétéronomie et autonomie, toujours appelé à aller plus

encore vers l'autonomie, à s'émanciper de ses hétéronomies, mais toujours aussi susceptibles de subir une crise, un aléa, un choc. Et, de reverser du côté de l'hétéronomie. A la fois, donc, toujours capable et incapable. Et, pour utiliser des termes dont le succès a accompagné la montée de ce continuum anthropologique⁷, toujours fragile, toujours vulnérable – c'est l'aspect « hétéronomie » – toujours aussi potentiellement capable, responsable, résilient. Tout le monde oscille toujours sur ce continuum : il suffit d'un choc, d'un traumatisme et c'est la régression, mais chacun a toujours des ressources pour se ressaisir et activer sa résilience. Voilà donc l'anthropologie actuellement dominante.

Si l'anthropologie disjonctive était bien sûr lourdement discriminante, cette anthropologie conjonctive porte aussi son lot d'oppression et d'effets pervers⁸. J'ai étudié, d'ailleurs, avec Jean-Yves DONNAY⁹, les transformations des politiques publiques en matière de santé mentale et, ce qu'on a observé, c'est que l'exigence d'être autonome pesait de plus en plus sur les gens qui étaient affectés de pathologies mentales. On a, par exemple, aussi constaté que les toxicomanes dont l'espérance de guérison est jugée plus faible, on ne les accepte plus, ou plus difficilement dans les centres de santé mentale, parce que l'objectif ou l'horizon c'est la guérison, c'est-à-dire la reconstruction d'une autonomie par rapport à l'addiction, et cela en six mois. Toujours dans le domaine de la santé mentale, ce qui s'est passé, c'est que, dans les années 60 particulièrement, s'est développé une critique des institutions qui favorisaient l'hétéronomie : les asiles, les prisons... Dans le domaine de la santé mentale, on a alors développé l'ambulatoire, avec pour effet – et c'est ce que disent les spécialistes de la santé mentale, à Bruxelles, en particulier – qu'il n'y a plus d'institutions qui s'occupent des cas les plus lourds et les plus chroniques. Ce que je veux montrer là, ce n'est évidemment pas qu'il faut réhabiliter les structures asilaires, c'est simplement donner des illustrations qui attestent non pas qu'il faut abandonner l'idéal d'autonomisation, d'émancipation par l'autonomie mais que cela peut avoir des effets pervers, et qu'il faut donc aussi réfléchir à la dimension potentiellement éprouvante, voire oppressive, de la pression à l'autonomie.

Au niveau des politiques sociales, on observe en réalité des choses très semblables. Plutôt que de développer l'État social traditionnel, « protectionnel », l'analyse des changements en cours montrent que ce modèle « protectionnel » cède de plus en plus la place à un modèle responsabilisant. On ne cesse d'entendre que le modèle « protectionnel » déresponsabilise, crée des assistés... Au contraire, même lorsqu'ils sont dans les pires difficultés, il faut que les gens se prennent en mains, qu'ils se responsabilisent ou qu'on les responsabilise... Du coup, les politiques sociales sont devenues de plus en plus conditionnelles, avec pour effet, qu'il y a de plus en plus d'exclus parce que, bien sûr, il y a des gens qui n'y arrivent pas, qui n'en peuvent plus, qui ne savent pas... D'un côté, ceux qui « en veulent », de l'autre, ceux qui « n'en peuvent plus ». Ce à quoi on assiste maintenant, c'est de plus en plus d'exclusions de l'État social classique vers les revenus d'insertion, et puis des revenus d'insertion vers l'humanitaire. Il y avait très peu d'interventions qui se revendiquaient « humanitaires » dans nos pays, il y a trente ans ou quarante ans. L'humanitaire renvoyait à ce qu'on appelait les pays en voie de développement. Aujourd'hui l'humanitaire occupe des positions de plus en plus larges dans le

7 J.L. GENARD (2009) « Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance » dans Th. Périlleux et J. Cultiaux (dir.), Destins politiques de la souffrance, Intervention sociale, justice, travail, Paris : Eres, p. 27-46.

8 J.L. GENARD (2015), « La question de la responsabilité sous l'horizon du référentiel humanitaire » dans J.Y. THERIAULT (éd), L'humanitaire. De l'idée d'humanité aux crises humanitaires, Outremont (Québec) : Athéna éditions, p.187-216 ; et J.L. GENARD (2015), « L'humain sous l'horizon de l'incapacité » dans la revue Recherches sociologiques et anthropologiques 46-1 2015, p. 129-146, accessible sur <http://rsa.revues.org/1433>.

9 J.L. GENARD et J.Y. DONNAY (2003), « Les exigences et antinomies éthiques des nouvelles politiques publiques en matière de santé mentale », Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale, vol. 5, n° 1, pp. 34-42.

champ de l'intervention sociale. Et, cette exigence d'être autonome, d'être responsable, de se prendre en charge soi-même, entraîne des exclusions, mais aussi des pathologies. Au regard du public, je suppose que beaucoup d'entre vous connaissent les ouvrages d'Alain EHREMBERG, notamment *La fatigue d'être soi*¹⁰ qui montre à quel point cette exigence d'être responsable conduit à des troubles pathologiques, à des dépressions, à des Burn out... Donc l'exigence de se prendre en charge, d'être autonome, d'être responsable, c'est aussi une épreuve. J'étais membre d'un comité d'accompagnement de thèse à l'UCL qui analysait cela récemment, qui montrait à quel point, par exemple, les dispositifs basés sur la participation, sur la responsabilisation pouvaient devenir éprouvants pour ceux qui y étaient soumis¹¹.

Ces quelques illustrations, auxquelles j'aurais pu en ajouter de nombreuses autres, montrent à quel point existe aujourd'hui une pression à la responsabilité, à l'autonomie, et à quel point ces pressions génèrent des effets pervers.

Dans ce contexte, il est indispensable que les gens trouvent des ressources, et surtout des appuis pour endurer, résister... à cette pression à la responsabilité. Bien sûr, l'État social se présente comme offrant de telles ressources : il propose des dispositifs de capacitation, d'activation, d'« empowerment »... Il s'est, en effet, reconfiguré sur le modèle de la responsabilisation et de la capacitation, mais en devenant un vecteur de pression autant que de soulagement de la pression. D'ailleurs, cette même pression existe aussi du côté de ceux qui sont déjà « très capables » : ceux-là sont invités à en faire encore plus, à être encore plus capables qu'ils ne le sont déjà. C'est cela qui est au fondement du transhumanisme, de cette idée qu'il est possible de recourir à des appuis pharmacologiques, des appuis technologiques, des implants dans le cerveau, des prothèses... pour être encore plus capables qu'ils ne sont déjà capables.

Je pense que cette pression à la responsabilité, à la capacité, à l'autonomie est non seulement extrêmement lourde, mais aussi qu'elle génère la recherche d'appuis, d'autres voies, d'autres ressources. Je ne vais pas les détailler ici, je n'en ai pas le temps. Mais par rapport à la religion, je me demande si le refuge dans la spiritualité n'est pas une de ces réponses... On voit des quêtes spirituelles se développer tous azimuts aujourd'hui. Les individus sont de plus en plus renvoyés à eux-mêmes, à leurs capacités... Les pratiques de développement personnel, de développement des potentiels, que l'on recèle sans qu'ils soient exploités..., connaissent un succès gigantesque, notamment, parce qu'ils attestent de la vulnérabilité, de la fragilité (ce que reconnaît évidemment le fait de se lancer dans ces processus), tout en promettant une reconquête de soi, une émancipation, une avancée dans l'autonomie....

Une part des adhésions religieuses auxquelles on assiste actuellement, notamment chez les jeunes, peuvent à mon sens s'expliquer également de cette façon. Il y a quelque chose de très paradoxal, par exemple, à ce que les adhésions religieuses, ou le port du foulard soient revendiquées au nom de l'autonomie, au nom du droit à être différent, c'est-à-dire au nom des valeurs de la modernité, au nom des valeurs que j'ai rappelées en commençant et qui figurent en grand derrière moi. C'est un autre paradoxe de l'autonomie. C'est au nom de l'autonomie que l'on s'engage dans des pratiques qui, vues de l'extérieur du moins, vont instaurer des dépendances.

Ce que je suis en train d'essayer de montrer, c'est que, peut-être, on gagne à réfléchir la situation actuelle, mais aussi la laïcité, par rapport à cette transformation anthropologique, cette pression énorme à la responsabilité, à la capacité, à l'autonomie, à comprendre un certain nombre de mécanismes sociaux qui se diffusent beaucoup aujourd'hui par rapport à cette situation-là.

10 Paris, Odile Jacob, 1998.

11 Charles, J. (2012) « Les charges de la participation », SociologieS [En ligne], Premiers textes, mis en ligne le 15 novembre 2012, URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/4151>.

Par rapport au religieux, ce que j'ai voulu mettre en évidence, est que, peut-être, le recours au religieux est une réponse aussi par rapport à ce contexte nouveau. Sans doute que beaucoup de sociologues ne l'ont pas vu suffisamment tôt, et n'ont pas admis l'importance de ce que FOUCAULT avait appelé la puissance du spirituel ou la « force du religieux »¹², c'est-à-dire, qu'ils n'ont pas accepté suffisamment tôt que la religion, que la référence au religieux pouvait avoir une capacité explicative par rapport à ce qui était en train de se passer, et de n'accorder cette puissance explicative qu'à la question sociale. Les défenseurs de la laïcité s'enfermant dans une antinomie entre ceux qui, à propos du voile, par exemple, plaidaient pour une acceptation conditionnelle au nom de l'interprétation « tolérance » de la laïcité, et ceux qui plaidaient pour son interdiction au nom de son interprétation « neutralité »¹³.

Et, dans le cas des radicalismes religieux, c'est-à-dire du refus d'entrer dans les logiques de publicité, de discussions publiques, ne serait-ce pas, pour ceux qui y adhèrent, une manière de sortir en quelque sorte de cette anthropologie constitutive de la modernité, de s'en remettre à quelque chose comme un destin, comme une prédestination... Bref, à des modèles anthropologiques que, précisément, l'instauration de la laïcité et des coordonnées anthropologiques de la modernité avaient tenté et permis de dépasser.

Pour conclure rapidement – j'ai dépassé mon temps – et je terminerai par cela, je dirais que notre tâche consiste certainement aujourd'hui à défendre les principes de la laïcité, mais aussi à les réfléchir et à les discuter. A les défendre, bien sûr, contre ceux qui cherchent à se positionner ailleurs, dans les fondamentalismes, notamment, mais aussi à réfléchir par rapport aux bougés de ces coordonnées anthropologiques, à ce continuum anthropologique, qui aujourd'hui, s'appuie sur une surreprésentation du pôle « capacitation, responsabilisation, autonomisation... ». Du coup, l'autre pôle dont j'ai parlé, celui de la vulnérabilité, celui de la fragilité... a été oublié. Et, donc, ce que j'aurais tendance à suggérer, c'est, peut-être, d'ouvrir une réflexion sur la laïcité qui conduise à mettre en question le monopole ou l'exclusivité des termes « émancipation », « autonomie »... et, à les dialectiser bien davantage avec l'autre pôle, c'est-à-dire – et on en vient à la thématique du colloque – celui du soin, celui de la sollicitude, celui du « care ». Oui à l'émancipation, oui à l'autonomie, mais pensons aussi à l'autre pôle, à celui du « care », à celui de l'autre, de la vulnérabilité de l'autre, il ne faut pas que la revendication d'autonomie, la pression à l'autonomie se fasse contre la vulnérabilité de l'autre. Je m'arrête là. Merci beaucoup.

12 Voir par exemple M. Foucault (2001), *Dits et Écrits II, 1976-1988*, Paris : Gallimard ; et M. Foucault (2001) *L'Herméneutique du sujet, Cours au Collège de France, 1981-1982*, Paris : Gallimard/Seuil.

13 Pour une discussion des antinomies de la laïcité française face à la montée de l'islam, voir en particulier J. Birnbaum (2016), *Un silence religieux. La gauche face au djihadisme*, Paris: Seuil.

Par Monsieur Dominique LOSSIGNOL - Institut Jules Bordet - Unité de Soins Supportifs et Palliatifs Bruxelles, Belgique.

Introduction

Les deux exposés précédents, que nous avons entendus, ont été particulièrement riches. En tant que soignant, nous sommes tous potentiellement des personnes qui seront un jour malade et dont il va falloir s'occuper. Vivre dans l'illusion que nous ne serons jamais malade et qu'en même temps, nous allons parler de personnes, d'une entité humaine, à laquelle nous n'appartiendrions pas est une erreur majeure. Aussi, à partir du moment où nous nous pensons autrement, nous devons nous poser les questions de savoir ce que, d'une part, je voudrais pour moi, ce que je souhaite comme soins, et d'autre part, ce que j'attends de l'autre si un jour je suis comme patient dans un lit. Ce sont des questions qu'il faut se poser en permanence, on ne peut pas faire l'économie de cette pensée, il s'agit là d'un point essentiel dans le cadre des soins de santé.

Je ne m'étendrai donc par trop sur le sujet et la question de la laïcité, n'étant ni un représentant de la laïcité, ni un prosélyte de la laïcité. Ces deux derniers mots me semblent par ailleurs incompatibles, il s'agit quasiment d'un oxymore de dire que l'on est un prosélyte de la laïcité. Cela n'a pas de sens ! Effectivement, il y a plusieurs définitions possibles du mot laïcité et je pense que la définition la plus simple a été exposée tout à l'heure par Madame MORELLI. C'est pourquoi nous n'allons pas revenir sur ce point. Cependant, dans le contexte des soins, il est essentiel de penser en termes de laïcité la façon avec laquelle nous allons nous occuper d'autrui, des malades. Il est évident qu'imposer des idées, des valeurs religieuses ou philosophiques ou encore politiques à la personne malade, ne va faire que creuser davantage ce qu'il convient d'appeler une dissymétrie de fait (une personne « vulnérable » et une personne qui « a le savoir ») et aggraver encore la vulnérabilité de la personne malade. Il a déjà été question de cette vulnérabilité. Mais, je pense qu'il est important de la garder à l'esprit.

Chacun peut avoir ses convictions et peu importe les miennes. En l'espèce, il n'est pas nécessaire de savoir si je suis croyant ou non croyant, si je suis athée, agnostique, polythéiste, animiste ou paganiste. Je pourrais très bien, puisqu'en d'autres temps, j'ai prêté serment au Serment d'Hippocrate, croire aux Dieux de l'Olympe. Mais pourquoi les Dieux de l'Olympe seraient-ils moins importants que le Dieu des Juifs, que le Dieu des Catholiques ou que le Dieu des Musulmans ? Les Grecs avaient-ils tort ? Les Romains se sont-ils trompés en remplaçant Zeus par Jupiter ? Avaient-ils tort ? Les bouddhistes se trompent-ils en n'ayant pas réellement de dieux ? Il ne m'est pas possible de répondre. Mais je ne voudrais en aucun cas que parmi toutes ces religions l'une ou l'autre m'impose une croyance.

Il est logique de dire que la croyance n'est pas de l'ordre de la raison et que si nous nous mettons à croire plutôt qu'à penser, nous finirons par ne plus soigner, mais à appliquer des préceptes péremptoirs, sans recul ni remise en question. De nombreuses choses ont déjà été dites par rapport aux religions et, une fois encore, je ne rentrerai pas dans un débat qui pourrait devenir difficile parce qu'il s'agit d'un sujet toujours sensible. Entre nous soit dit, le sujet est sensible parce qu'on veut bien qu'il le soit ! C'est une question d'acceptation, ou non, du débat d'idées et de la remise en question des valeurs.

A l'Institut Bordet, où je travaille, je côtoie des patients qui viennent de tous les horizons, de toutes religions et de tous les niveaux sociaux. Il en va de même pour les infirmières et les autres médecins. Nous avons des discussions et, bien évidemment, des sujets de tension peuvent surgir.

Questions de fin de vie

A la fin de l'exposé de Madame MORELLI, l'euthanasie a été évoquée. Il est inévitable que les questions de fin de vie se présentent à nous. Le soignant qui pense s'occuper de malades qui ne vont jamais mourir est dans l'erreur et il faut qu'il repense les enjeux de son métier, ou alors nous sommes dans le post-humanisme, les gens ne meurent plus, et c'est extraordinaire, nous ne devons même plus nous en occuper.

Permettez-moi peut-être avant d'aborder la question de l'euthanasie, de revenir sur ce qui a déjà été dit notamment en ce qui concerne le principe d'autonomie et la vulnérabilité. Je suis entièrement d'accord avec Monsieur GENARD sur le fait qu'il s'agit de conceptions extrêmement compliquées qui peuvent être manipulées voire distordues au gré des envies ou des besoins. De même, le concept de dignité voit son terme galvaudé dans tous les sens, tout comme le mot laïcité l'est aussi d'ailleurs un peu trop souvent. A ce sujet, et en référence au débat qui a lieu actuellement en France, quand on entend comment chacun s'attribue le droit de défendre la mixité, il y a de quoi avoir peur, c'est un petit peu interpellant. En ce qui concerne l'autonomie, il ne faut pas oublier que dans le concept des soins, le respect de cette dernière a été l'un des éléments majeurs du développement du respect du patient. Il n'a été question d'autonomie des malades que très tard dans l'histoire de l'humanité puisque le terme n'apparaîtra que bien après la Seconde Guerre mondiale. Cela veut bien dire qu'avant 1945 les patients ne sont pas autonomes, on ne les respecte pas dans leurs droits et leurs choix. Le Code de Nuremberg ne les protège en fait pas du tout, quand on se réfère aux expérimentations humaines qui seront menées durant les années 1960-1970.

J'apporterai, peut-être, une petite nuance par rapport à l'exposé de Monsieur GENARD en disant que c'est grâce à l'autonomie que l'on reconnaît la vulnérabilité des personnes. C'est grâce à ce concept que l'on peut reconnaître que le patient est quelqu'un qui a des droits, mais qu'il est aussi dans une position de vulnérabilité. Et, lorsque je parlais de dissymétrie, c'est bien de cela dont il s'agit.

Quand un malade va voir son médecin, il existe une égalité en termes d'êtres humains, de droits, mais il y a une différence fondamentale entre la situation de l'un par rapport à l'autre. Le médecin est en principe moins malade que son patient mais c'est surtout en termes de savoirs et de compétences que la différence se construit. Cependant, je comprends que lorsqu'on extrapole le concept d'autonomie, celle considérée du point de vue des soignants, nous puissions parfois en arriver à vivre des moments difficiles. Nous pouvons être confrontés à une individualisation telle que nous nous sentions obligés d'être performant, que nous soyons obligés de nous débrouiller tout seul, que nous devions arriver à être le meilleur possible... finissant par nous amener à des situations de détresse, de « burn-out », terme surutilisé de nos jours, ou d'incapacité à assumer la vie que nous devrions mener. Pour autant, cela ne veut pas dire qu'il faille remettre l'autonomie en question.

D'autre part, il ne faut jamais oublier que l'autonomie est intimement liée, dans les principes de la bioéthique, au droit à l'information. Le patient doit être dûment informé, doit savoir ce qu'on va lui faire et quels sont les résultats des examens pratiqués. Il a le droit de recevoir une information complète. Parfois, sous couvert du fait que l'autonomie ne serait pas tout à fait idéale ou que le patient éprouvé par sa maladie n'aurait pas vraiment toute son autonomie, nous pourrions être tentés de la remettre en question et, de la sorte, décider qu'il n'est pas nécessaire d'informer complètement le patient puisqu'il n'est pas capable de comprendre toute la complexité de la

situation, ou encore, que de par sa « vulnérabilité », il ne peut pas réfléchir suffisamment sur les éléments essentiels qui pourtant le concernent. « Welcome back paternalism ! » (Bonjour le retour du paternalisme !).

Il faut toujours rester très attentif afin d'éviter de retomber dans ces travers, d'autant plus qu'il s'agit là d'une tendance qui semble s'inviter à nouveau au débat.

Laïcité

Une autre chose qui m'a interpellé concerne la remise en question des valeurs de la laïcité de notre société démocratique. Je suis conscient que l'avènement de nouvelles opinions, de religions qui s'installent davantage posent question. Mais cela ne doit jamais remettre en question nos valeurs. Cela doit simplement nous rappeler qu'il ne faut jamais s'endormir sur celles-ci et que les libertés acquises ne le sont jamais à l'infini. Aujourd'hui encore des gens remettent en question l'avortement de façon extrêmement brutale, aussi bien dans notre pays que dans d'autres pays.

Ne parlons même pas de l'euthanasie qui reste interdite et criminalisée dans la grande majorité des nations, démocratiques. Bien entendu, si les religions évoluent dans leur façon d'appréhender le monde, le dogme reste inchangé. Et, donc, le jour où l'on nous dira que le Pape a dit que l'avortement est une liberté pour les femmes, soit, nous sommes en train de rêver, soit, nous visionnons un film de politique-fiction, ou alors, il s'est produit un événement historique dans la conception des valeurs chrétiennes.

Les évêques canadiens au Québec se sont prononcés par rapport à l'euthanasie en disant que le patient qui parle de ses souhaits d'être aidé à mourir est déjà, j'insiste, dans le péché. Il ne peut pas à la fois trouver la rédemption et penser à l'euthanasie. En conséquence, l'obtenir est une faute impardonnable. Cela est l'équivalent de l'ex-communication. Mais, en vertu de quoi ces évêques peuvent-ils refuser d'assurer le rituel post-mortem et ne vont donc pas célébrer les funérailles d'un patient qui a demandé l'euthanasie. La personne est donc punie deux fois. Pourtant, lorsque quelqu'un demande l'euthanasie, il ne la demande jamais pour le plaisir, sans réflexion, il la demande parce que sa situation devient insupportable, en dépit des soins ou du soutien philosophique, moral ou religieux. L'« insupportabilité », l'incurabilité, le caractère inapaisable des souffrances est là. La personne doit affronter une maladie ou une affection grave et incurable. Elle demande qu'on l'aide à mourir et on le lui refuserait sous prétexte qu'elle est dans le péché. De plus si elle obtient l'euthanasie, elle ne pourrait même pas bénéficier du respect du rituel même si elle est croyante. On voit donc à travers cette situation particulière que la pression dogmatique est toujours présente. Nous sommes tous les jours confrontés à ces questions, à des questions éthiques, à des questions qui interpellent la liberté de penser.

Résistance

Le présent exposé s'intitule « Laïcité et résistance » et nous allons aborder le concept de résistance. Je ne vais évidemment pas vous parler de la résistance politique ni de la résistance que l'on a connu dans nos pays, ni même de la résistance à la tyrannie, quoi que nous n'en soyons pas si loin. Ce concept, je vais l'aborder sous l'angle de la résistance du sujet par rapport à ce qu'on lui impose. Il s'agit d'un concept particulier qui concerne la position du sujet face à une maladie, ou à une situation médicale qu'on lui impose, ou à un souhait qu'on lui refuse. Un patient malade peut s'opposer à la situation et donc résister à la maladie en tant que telle, et s'adapter à cette situation en adoptant d'autres normes de vie, ou, il peut aussi se mettre en résistance par rapport à un système qui lui imposerait une façon d'être malade. Des patients psychiatriques peuvent se mettre en résistance parce qu'on leur impose un mode de comportement, un mode d'internement, un mode de soins qu'ils peuvent refuser. Un patient atteint d'une affection cancéreuse, à qui l'on dit que « la souffrance fait partie de la maladie », peut dire « non » au nom

de ses valeurs. Il a le droit de ne plus devoir supporter davantage de souffrances et de refuser, de la sorte, une agonie qu'il redoute ou qu'on lui imposerait au nom d'une évolution naturelle des choses.

La mort naturelle, si on prend la première acception du mot naturel, serait une mort qui survient naturellement sans aucune intervention d'aucune sorte. Or, la première chose que la médecine a réalisé, c'est de retarder l'échéance de la mort. L'humanité s'est rendu compte qu'avec des soins, de l'attention, des remèdes « empiriques » et ce, bien avant que l'on s'appelle médecin d'ailleurs, l'issue de la mort pouvait être retardée. Les souffrances pouvaient être soulagées. Jamais, dans quelque culture que ce soit dans l'histoire de l'humanité, n'ont été inventées des substances qui aggravent intentionnellement la maladie. L'échéance de la mort a été retardée mais elle ne peut pas être empêchée. La médecine « est responsable » des soins qu'elle prodigue, elle « est responsable » de l'évolution de la maladie dans la mesure du possible. Il y a obligation de moyens mais pas de résultat, bien entendu. Mais elle « n'est pas responsable », en tant que telle, de la mort de la personne, mort qui va de toute façon survenir. Accepter la mort est une chose, en refuser les conditions en est une autre. C'est une forme de résistance face à une situation que l'on n'a pas choisie. La médecine se place également dans une position de résistance face à une nature qui est, peut-être, bonne en général mais qui impose aussi ses lois, et, qui de surcroît, n'est pas morale. La nature n'a aucun dessin moral ou téléologique. Ce qui compte, c'est que la vie continue mais peu importe pour qui et pourquoi. Si l'Homme disparaît de la surface de la terre, la nature, concept tout à fait abstrait, n'en a que faire. Peut-être serait-elle « heureuse » que l'être humain disparaisse et ne puisse plus la détruire. Il s'agit là aussi d'un élément intéressant dans la notion de résistance.

Hippocrate

Les grandes questions en médecine et les grandes questions éthiques touchent principalement, mais pas seulement, le début de la vie et la fin de la vie. Intéressons-nous aux textes d'Hippocrate. Beaucoup de personnes considèrent Hippocrate avec condescendance, mais il faudrait, avant toute chose, prendre la peine de lire ses écrits. Hippocrate n'a probablement pas tout écrit dans le « Corpus Hippocratique » parce qu'il n'aurait probablement pas eu assez d'une seule vie pour le faire. Cette somme de connaissances a été la base de la pratique médicale durant des siècles. Son Serment a d'ailleurs été le premier texte de référence en matière d'éthique médicale. Hippocrate n'a jamais condamné l'avortement. D'ailleurs, Il ne le condamne nulle part. Tout au plus dit-il dans son Serment qu'il ne faut pas prescrire à une femme qui le demande un pessaire abortif. Il dit cela parce qu'il estime que la femme elle-même ne pourra pas utiliser l'instrument à bon escient (notons au passage que la misogynie prégnante dans la pratique médicale l'est déjà dans l'Antiquité). Le pessaire est un instrument qui permet l'avortement, ce qui peut, à l'époque, correspondre à l'introduction de matériel dangereux. Or, Hippocrate savait très bien que lorsqu'on introduit un corps étranger dans le corps d'une femme enceinte, le risque majeur, ce n'est pas tellement pour l'enfant à naître mais bien pour la femme. Le risque qu'elle meure de complications rapides et infectieuses est grand. Il est donc fondamental de préserver la vie de la femme. Dans les écrits hippocratiques deux choses sont précisées. Premièrement, si le mari est d'accord, alors l'abortif peut être prescrit et certaines techniques sont expliquées dans les maladies de la femme. Deuxièmement, il explique comment une femme peut avorter si elle s'y prend à temps. Il a bien compris qu'à partir du moment où la patiente ressent des mouvements dans le ventre, l'avortement devient difficile. Mais avant cela, à l'époque, il n'y a pas de problème. Il n'est pas question d'un statut de l'embryon : 14 semaines, 16 semaines ou 8 cellules, peu importe, tant qu'il ne bouge pas, l'avortement reste possible. Autrement dit, Hippocrate n'est pas contre le principe de l'avortement.

Hippocrate ne condamne pas l'euthanasie, et, d'ailleurs le mot n'apparaît nulle part dans les écrits hippocratiques, jamais. Il ne parle même pas du suicide. Il dit dans son serment : « Je ne prescrirai

pas à quiconque le demande » – et les mots sont lourds – « un poison ou un remède » (puisque le mot « pharmakon » veut dire indifféremment poison ou remède) « à quiconque » – il ne dit pas à un malade – « me le demande ». Il sous-entend que le médecin qui connaît les médicaments ne va pas donner un poison à quelqu'un qui le lui demande. Par contre, il cautionne dans ses écrits l'aide médicale des mourants. On ne laisse pas souffrir quelqu'un inutilement. Evidemment, le concept d'euthanasie n'est pas encore tel qu'on l'entend en Belgique depuis 2002, mais il ne condamne pas l'aide médicale des patients en fin de vie. D'ailleurs on parle déjà de « euthanatos » (la bonne mort) en deux mots dans les textes anciens grecs ou de « kalos thanatos » qui veut dire la belle mort. Mais, un malade ne souhaite pas une mort violente accompagnée de souffrances. Et, ce sont les patients qui nous demandent d'abrèger leurs souffrances. Donc, il y a là quelque chose d'assez interpellant dans la façon d'appréhender le problème et quand on voit que la religion catholique condamne l'euthanasie, c'est ignorer d'où vient la demande, quel est le processus qui amène le patient à se positionner dans un souhait d'arrêter des soins qui l'ont mené si loin dans son affliction. Parce que ce n'est pas quelqu'un qui en a assez de la vie, il s'agit d'une personne qui a un vécu très difficile, pénible, entrecoupé d'éléments plus gratifiants mais également de mauvaises nouvelles, c'est souvent une succession de mauvaises nouvelles, une maladie grave et incurable. L'aide médicale était donc une pratique acceptée à l'époque. Ce n'est que plus tard qu'on leur a refusé, cette aide aux personnes souffrantes, puisque la souffrance devenait rédemptrice et garantissait un au-delà meilleur. Il est singulier de promettre ce que l'on ne possède pas. C'est interpellant de promettre l'éternité quand on ne sait pas soi-même ce que cela représente. Il aura fallu attendre le début de l'ère chrétienne à partir du 4e, 5e, 6e siècle pour voir apparaître cette notion de douleur considérée comme rédemptrice.

Bioéthique

Je vais faire un résumé parce qu'on pourrait aussi y passer des heures. Le mot bioéthique n'existe pas dans la pratique médicale jusqu'après la guerre 45. On va me dire : « oui mais il y a eu un texte en allemand ou quelqu'un parle de bioéthique » ; ce n'est pas tellement la question. Le concept même de développer une éthique médicale qui soit réellement orientée sur la pratique médicale n'apparaîtra qu'après 1945. Il aura fallu attendre la « découverte » des exactions par les nazis sur des prisonniers, sur des handicapés, sur des enfants et sur des prisonniers, en fonction de leur histoire ethnique. Il aura fallu attendre « la découverte » de tout cela, même si cela avait commencé dans les années 30 pour que l'on se pose des questions sur le rôle des médecins dans l'expérimentation humaine. Parce que des médecins, qui avaient aussi prêté serment d'Hippocrate, qui avaient aussi revendiqué leur chrétienté, leur catholicisme, etc., avaient, quand même, commis des actes épouvantables. Sans le code de Nuremberg, peut-être que l'on n'aurait pas pu avancer. Mais malgré le code de Nuremberg, des expérimentations humaines ont encore été menées à l'insu des patients.

Pour citer un exemple parmi d'autres, mais il vaut la peine d'être rappelé, c'est le fameux scandale de Tuskegee en Alabama où l'on inocule à des métayers afro-américains le bacille de la syphilis, à leur insu, pour « étudier » l'évolution naturelle de la maladie. Et on s'est dit, il faut quand même réfléchir à la question, d'où la réflexion éthique qui commence à voir le jour et apparaît alors le rapport Belmont qui va préciser trois grands principes de bioéthique. Ce ne sont pas les seuls. Mais le premier : c'est l'« autonomie », la personne a le droit d'être informée et on a le devoir de le faire. On ne peut rien faire à l'insu de la personne. C'est fondamental, et, ce pas seulement pour les malades, mais évidemment aussi pour les volontaires sains évidemment, le « principe de bienfaisance » et celui de « non malfaisance ». Et puis cela va se développer ; il y aura la déclaration d'Helsinki, qui va permettre de penser la pratique médicale et mener au « principlisme » de Beauchamps et Chlidress en ajoutant à ces trois grands principes, la « justice distributive », c'est-à-dire, l'équité pour tout le monde, les mêmes soins pour tout le monde. Le problème de ce « principlisme » est qu'on le veut universel alors qu'il ne l'est pas tout à fait parce que tout le monde ne conçoit pas l'autonomie de la même façon, la bienfaisance de la même

façon, la justice de la même façon. Cela étant, on voit se développer tout un courant de réflexion et la médecine va devenir beaucoup plus attentive à ces enjeux, ces prérogatives, dans le respect de la personne.

Jeux de langage

Dans les débats éthiques, les jeux de langage sont constamment sur le devant de la scène. Sans faire de linguistique ou de philosophie du langage, il faut savoir que quand on emploie des termes en éthique, ils sont déjà chargés de sens. Si je vous dis « gestation pour autrui » cela évoque une pratique qui se comprend par elle-même, et si on dit « mère porteuse », cela donne déjà une orientation morale. Lorsqu'il est question de gestation pour autrui, on comprend qu'il y aura une grossesse dont l'issue apportera un enfant pour quelqu'un ou un couple qui n'avait pas la possibilité d'en avoir. Si on dit « mère porteuse » cela transforme la femme en un véhicule, en un véhicule logistique, réduite à utérus que l'on va féconder. Il est important de se rendre compte que l'on détourne systématiquement et à dessein le langage ce qui est en soi une démarche malhonnête sur le plan intellectuel. J'ai eu l'occasion de débattre avec un théologien qui affirmait que l'euthanasie était une transgression des valeurs qui fondent notre société, équivalente à un permis de tuer. Il est vrai que si on place la pratique de l'euthanasie au même niveau qu'un meurtre, cela relève effectivement de la transgression mais en apparence seulement puisque sur le fond, l'euthanasie est la volonté de garantir une bonne mort. En rabattant la pratique sur celle du meurtre, il y a une double volonté de condamner à priori l'acte en lui-même et surtout de clore le débat avant qu'il n'ait eu lieu. J'ai répondu, que si effectivement l'euthanasie est une transgression, c'est envers une règle, un ordre qui imposerait une mort survenant dans des conditions que la personne redoute.

Un autre argument en philosophie que vous allez souvent entendre est celui de la pente glissante. L'argument de la pente glissante ou la pente savonneuse – « slippery slope » en anglais – sous-entend que, quand on prend une décision, les conséquences vont être catastrophiques de façon irréversible. De la sorte, dépénaliser l'euthanasie sous conditions serait la porte ouverte à de plus en plus de dérives, de moins en moins contrôlables. Nous pouvons constater que dans les faits, cela ne se produit pas. L'euthanasie représente moins de 2% des décès en Belgique. Cela signifie que plus de 98% des gens meurent autrement que par euthanasie. Si, pour la pratique de l'euthanasie, on dispose de chiffres et d'informations précises, ce n'est pas le cas pour les autres décès, du moins pour la grande majorité d'entre eux. Que sait-on de ceux-ci ? Cela s'est-il bien passé ? Les proches ont-ils pu faire leurs adieux ? Quelles sont les circonstances exactes du décès ?

Conclusion

Il ne faut pas confondre le concept de spiritualité et celui de religion, ni rabattre l'un des concepts sur l'autre, surtout parce que celui de spiritualité contient celui de religion et non le contraire. On peut très bien être spirituel et athée. On peut très bien avoir une vie pleine et remplie, extrêmement heureuse et enrichissante sans devoir croire en quelque chose d'immatériel ou à l'au-delà. Je ne mets pas le concept de croyance en question, il fait partie de notre vie intérieure et de la part d'irrationalité qui est en nous, mais je ne pense pas qu'être croyant garanti une meilleure vie que de ne pas être croyant. Mais penser que, parce que l'on est croyant, on a une vie spirituelle plus riche : c'est une erreur. Dans le cadre de la pratique des soins, chacun a le droit de penser ou de croire ce qu'il veut, mais ne doit jamais imposer ses valeurs spirituelles et religieuses à autrui. Quant à la notion de résistance, elle est tant dans la personnalité des patients qui vont faire des choix que dans notre façon de vivre qui est de refuser qu'on nous impose une façon de travailler qui va à l'encontre des valeurs de liberté.

Adopter une posture professionnelle laïque

Par Madame Andrée POQUET, Centre d'action Laïque ASBL.

Et

Par Monsieur Dan LECOQ, Maître de conférences ESP ULB et HE Prigogine.

Andrée POQUET : Bureau du Centre d'Action laïque et Présidente du SLP (service laïque aide aux personnes) enseignante pensionnée à la Haute École Ilya Prigogine.

Bonjour. Je suis contente d'être ici, devant des étudiants. Je reviens quelques années en arrière : je me suis posée pendant toute ma carrière d'enseignante la question de la posture professionnelle laïque : « **être professeur dans une école d'infirmières qui porte les valeurs laïques est-ce différent que d'être professeur dans une école à connotation religieuse ?** »

J'ai beaucoup réfléchi et je pense pouvoir tirer une conclusion : si on adopte une posture professionnelle de soignant, celle-ci ne peut être que laïque !

Dans quel cadre, allons-nous nous positionner, cela est un autre point. Représentant ici le Centre d'Action Laïque, mandatée pour cerner ce concept de laïcité, je constate que, depuis deux à trois ans, nous sommes régulièrement interpellés par les problèmes éthiques, cela va de soi, mais aussi par l'impact du concept de laïcité sur la politique de santé au sens large.

Au niveau du CAL, nous venons de re-baliser clairement le concept et je suis contente de voir que nous rencontrons ici un accord.

La laïcité est un choix sociétal, c'est la séparation entre la société civile et la société religieuse. Si l'État n'exerce aucun pouvoir sur le monde religieux, alors, il y a le corollaire, qui n'est pas des moindres, les religions n'exercent aucun pouvoir sur l'État. Je pense que si nous sommes à l'aise avec ce constat, cela nous offre le cadre pour avancer.

Quels sont les effets de cette affirmation ? De vivre, d'évoluer, de travailler dans une société organisée sur le concept de laïcité ?

Cela signifie que l'on sépare le religieux de l'État. Il reste étonnant, lorsque l'on réalise un radio-trottoir, en demandant « être laïque c'est quoi ? », on entend tout et son contraire. On va vous dire qu'être un laïque c'est être un athée, c'est être un agnostique ! Mais pas du tout, en fait !

Etre laïque sous-tend qu'on peut être athée, être agnostique, mais que nous sommes surtout libres de penser et de croire. Ce cadre de laïcité va nous offrir un « comment vivre ensemble en toute égalité ».

En démocratie, cette séparation du pouvoir et du religieux permet l'égalité de chacun de nous devant la loi, quelles que soient nos convictions. Avec ce cadre, qui n'est pas le moindre évidemment, si nous sommes tous considérés comme égaux, nous pouvons alors favoriser la liberté de chacun : la liberté d'adhérer à des idées, à des convictions. Et cela ne va pas nous empêcher de faire un bout de chemin ensemble.

Quelles sont les valeurs sous-tendues dans le fait de se dire laïque ?

Cela veut dire que l'on s'ouvre à l'autre et s'ouvrir à l'autre ce n'est pas se diluer dans l'autre. J'insiste beaucoup sur ce fait !

J'aime développer le concept d'altérité : « Tu es en face de moi, tu es humain comme moi. Quelle est ma spécificité ? Quelle est ton identité ? » On se retrouve sur le chemin que l'on fait tout le temps entre moi et l'autre. En clinique, on parlera d'ailleurs d'empathie, de sympathie, d'antipathie.

Nous sommes tous égaux dans nos différences. C'est à partir de nos différences que nous allons enrichir le projet commun. Nous allons donc nous ouvrir à l'autre dans cette « altérité » – il y a parfois une confusion avec le terme de « tolérance » – je préfère le terme d'altérité qui est la compréhension de l'autre. Cela ne veut pas dire que l'on accepte tout.

Quand on tend vers une société plus juste, en tant que laïque, on travaille au vivre ensemble dans une société progressiste, égalitaire et solidaire.

Comment travailler ensemble ? Quels sont les chantiers qui doivent être priorités ?

Dans une société, il y a des facteurs de vulnérabilité. Une des spécificités des soignants, comme disait Dominique LOSSIGNOL, c'est d'être face à des gens fragilisés. Le patient fragilisé n'en perd pas pour autant la parole ni sa liberté. De là, l'importance du concept d'« autodétermination ». Nous allons faire avec lui un bout de chemin, avec sa grille de lecture, en fonction de ses priorités, en fonction d'un cadre juridique sur lequel nous allons chacun nous appuyer.

Je parle ici à des soignants qui travaillent dans les hôpitaux publics de Bruxelles. Comme dans toutes les grandes villes, la population y est cosmopolite et se caractérise par sa multiculturalité.

Comment garantir dans un hôpital public un service de qualité à l'ensemble de sa population en toute égalité, en intégrant cette diversité qui vient d'être abordée ?

Dans le cadre du « vivre ensemble », l'hôpital va clarifier sa politique et se positionner dans une approche globalisée de politique de santé publique. Quand on pense une politique de santé publique, la pense-t-on avec un filtre laïque ? Rien n'est moins sûr ! En Belgique et dans les pays occidentaux, nous pourrions considérer que c'est le fil rouge qui va déterminer cette politique.

Le regard sur l'hôpital évolue de plus en plus, avec ses choix philosophiques. Les patients y restent de moins en moins longtemps, des patients qui, tous, ont vécu une histoire en amont et vont en vivre une autre en aval. La problématique d'une politique de santé laïque va se rencontrer encore plus en première ligne avec la précarité, la fragilité, la vulnérabilité : les usagers risquent d'être la proie de toutes les chapelles. C'est en première ligne que l'on retrouve la paroisse, l'Imam, mais vous avez aussi la mutuelle connotée socialiste...

Nous devons donc veiller au respect des représentations et ne pas imposer notre propre identité philosophique ou religieuse.

Pour qu'une politique de santé soit cohérente, il ne suffit pas d'énoncer que les gens doivent être autonomes. Ceux-ci doivent être éduqués, informés. Il faut veiller à la transparence de l'information tout en étant vigilants car il n'y a rien de plus risqué au niveau de la manipulation que le fait d'informer et d'enseigner !

Etre honnête dans la transmission du savoir, ce n'est pas faire vite passer son idée, son « dada », mais se baser sur une écoute de l'autre en toute horizontalité. C'est une démarche active qui demande une réflexion éthique.

L'hôpital, en tant que maillon de la chaîne de santé publique, est là pour valider la laïcité. Celui-ci, entité un peu floue, ne devient réalité que grâce à nous, grâce aux agents de santé, grâce aux infirmiers, grâce à l'accueillant, etc... C'est eux qui vont porter les valeurs.

Nous devons donc exiger des soignants et de tous les membres actifs de la cellule professionnelle de respecter et de faire vivre la laïcité et ses valeurs.

Quelques directions d'hôpitaux m'interpellent. Le chemin n'est évidemment pas simple pour pallier la pénurie de personnel : elles se demandent comment sélectionner le personnel par rapport à ces critères : proposer un examen sur la laïcité ? Par rapport au souci d'équité, Ils vont également assurer à tous l'accès à l'ensemble des traitements.

Il y a de nombreuses cliniques privées qui se disent laïques au niveau du respect des points avortement, euthanasie... Mais un service privé peut-il être laïque au niveau sociétal ?

Je répondrais malheureusement non, parce que, pour moi, la laïcité demande l'égalité, l'équité. Si malgré la sécurité sociale, le concept de solidarité, on n'arrive pas à répondre aux demandes et que nous adressons des consultants à la clinique d'à côté, je considère qu'il y a un biais important : ceci est une petite parenthèse à la gloire du service public !

Alors, laïcité, bien sûr, c'est évidemment la liberté de penser du patient, mais c'est aussi l'aider dans son cheminement en respectant le sens qu'il y donne.

Mais derrière la liberté de penser, il y a la liberté d'agir et laisser l'autre agir c'est aussi une fameuse réflexion sur le pouvoir : toute une journée de travail pourrait être consacrée à ce thème.

Comment considérons-nous, en tant que soignants, le processus dans lequel le patient s'inscrit et va décider pour lui, parfois tout simplement dire « stop au traitement » ou nous annoncer « maintenant, stop, je rentre chez moi » ?

Que représente cette fameuse décharge que nous lui faisons signer en lui disant : « vous faites ce que vous voulez, mais moi je ne vous accompagne pas » !

Nous allons maintenant « zoomer » sur la relation duale soignant-soigné et je vais laisser la parole à Dan LECOCQ.

Pour cheminer dans notre réflexion, nous allons nous baser sur des éléments qui vont peut-être vous paraître des évidences, à vous soignants et futurs soignants.

La première évidence est que, finalement, à chaque soin qui va être entrepris, il va y avoir une rencontre entre deux personnes : vous en tant que soignant et le patient, vous et votre propre vécu, avec vos propres valeurs, vos propres convictions, vos propres expériences professionnelles et de vie, et d'autre part, le patient qui, de son côté aussi, n'est pas quelqu'un qui vient de nulle part : il est une personne qui a son vécu, son propre construit de valeurs, ses convictions, ses expériences.

La relation soignant-soigné va s'inscrire dans un espace-temps qu'on va partager avec le patient, en tant que soignant.

Cet espace-temps partagé ne va pas effacer le fait que vous ayez vos convictions et vos valeurs, ni que le patient soit porteur de ses propres convictions et de ses propres valeurs ; et il va devoir y avoir discussion, négociation dans cet espace-temps partagé, dans la relation qui va se créer entre le patient et le professionnel, où chacun va venir avec son propre bagage d'expériences et de croyances.

Il est donc tout à fait légitime que certains d'entre nous puissent penser « mais moi aussi, j'ai mes propres croyances, mes propres valeurs, et il convient de les respecter ». Et donc de penser que ce principe de laïcité qui s'applique au patient, devrait s'appliquer à eux aussi en tant que soignant. Pour être cohérent avec moi-même, ce principe de laïcité devrait donc s'appliquer aussi bien au patient qu'à moi-même. D'accord, absolument et sans réserve !

Donc, il pourrait fort bien, qu'entre le patient et moi, il y ait des tensions qui puissent exister dans la relation qui va se créer entre nous. Les orateurs de la matinée ont déjà donné de nombreux exemples de situations de soins qui pourraient générer des conflits potentiels entre le patient et moi.

Avons-nous la même attitude, les mêmes croyances, les mêmes valeurs en ce qui concerne la gestation pour autrui, le soulagement de la souffrance, les questions liées à la contraception, au traitement de la douleur, à la toxicomanie et au traitement des assuétudes ? On pourrait multiplier les exemples : don d'organes, acharnement thérapeutique, avec les questions de respect « de la vie », d'avortement ou d'euthanasie.

Des tensions peuvent exister puisqu'on part du principe que, et le soignant et le patient, ont le droit d'avoir leurs convictions et leurs valeurs, et vont se rencontrer dans cette relation duale.

Mais nous allons entrer en relation avec le patient dans un contexte qui est particulier, Monsieur GENARD l'a rappelé, qui est un contexte où le patient est dans une situation de vulnérabilité et nous avons un **rôle professionnel** à avoir par rapport à ce patient qui est là et avec lequel on entre en relation.

Et donc notre rôle **professionnel** va être effectivement de dépasser le fait que le patient et moi ayons nos convictions pour suivre ensemble un chemin dans lequel c'est le choix du patient qui prime : la décision lui appartient.

La liberté de penser du patient, comme le disait Andrée POQUET, doit se traduire en une liberté d'agir, d'adhérer ou non, à des soins que nous allons lui proposer et non pas lui imposer.

C'est le fait de reconnaître la liberté d'action du patient qui est le signe d'une posture professionnelle laïque.

Parce que, comme Andrée POQUET le disait aussi, dans nos sociétés démocratiques, ce sont nos représentants élus qui fixent les lois, des lois qui nous garantissent des espaces de liberté.

Et nous devons permettre, en tant que professionnels, au patient de jouir de tous les espaces de liberté que lui offre la loi dans nos sociétés démocratiques.

La loi des droits des patients en 2002 prévoit le droit à des soins de qualité, le droit de bénéficier d'informations claires, le droit d'avoir accès à son dossier médical, le droit à choisir librement son soignant, le droit de donner un consentement éclairé à tout traitement.

Nous devons donc offrir la possibilité au patient d'accéder à tous ses droits.

Mais il y a d'autres espaces de liberté qui sont garantis par la loi, la loi qui porte sur les soins continus, les soins palliatifs, la loi qui prévoit l'euthanasie et sa dépénalisation partielle sous conditions, la loi qui prévoit l'avortement et sa dépénalisation partielle sous conditions également.

En tant que professionnels, nous devons donc permettre au patient de bénéficier, je le répète, de ces espaces de liberté que lui offre la loi.

Nous devons donc, quelque part, garantir l'accès à tous et tous les soins.

Adopter une posture professionnelle, c'est faire en sorte qu'il n'y ait pas, ou en tout cas, minimiser au maximum les interférences de nos propres convictions, en tant que soignants, avec les soins qui sont proposés.

Et, là aussi, c'est plus facile à dire qu'à faire, parce qu'effectivement, nous pouvons revenir sur ce que disait Monsieur GENARD, c'est quelque part nous faire violence en permanence. Oui, c'est dur ! *« Je ne partage pas les convictions du patient ! », « Je ne ferais pas la même chose que lui pour moi-même ! »*. C'est respectable ! C'est notre conception de la vie, notre conception de la situation, mais c'est la nôtre ! Or, c'est le patient qui vit cette expérience-là ! Et le patient vit cette expérience dans un cadre qui lui offre des libertés.

Donc en tant que soignant, c'est quelque part à moi de me faire violence et de laisser cette liberté à l'autre, puisqu'il en a le droit, et de faire en sorte que l'exercice de ce droit lui soit garanti.

La loi prévoit, dans certaines situations, que si nous ne sommes absolument pas confortables par rapport à certaines décisions que prend le patient, nous avons la possibilité de ne pas l'accompagner dans le geste qu'il souhaite poser. Donc, concrètement si un patient demandait, par exemple, une euthanasie et que la décision qui soit prise est effectivement d'accéder à sa demande pour lui garantir cet espace de liberté que lui propose la loi, nous pourrions invoquer la clause de conscience en disant *« mes convictions et mes valeurs ne me permettent pas d'aller dans ce sens-là »*. Pour moi, **adopter une posture professionnelle, c'est faire en sorte que le droit des patients à l'autodétermination prime sur la clause de conscience.**

D'accord ! Encore une fois, la loi prévoit cette clause de conscience et nous sommes respectueux des lois, **mais il en va aussi de notre devoir professionnel.**

Le code de déontologie infirmier belge prévoit certains articles qui explicitement nous obligent, dans notre exercice, à œuvrer au respect des droits, des valeurs, des us et coutumes et des convictions de l'individu. On ne peut être difficilement plus clair et plus explicite ! Un article du

code nous impose aussi explicitement de veiller à la continuité des soins. Donc, si on pouvait encore douter, ce qui est inacceptable, de respecter l'espace de liberté que garantit la loi, notre code de déontologie est encore là pour nous le rappeler spécifiquement ; nous avons des obligations professionnelles par rapport au patient que nous accompagnons.

La loi et la déontologie professionnelle affirment que nous devons faire en sorte que la continuité des soins soit garantie et que le souhait du patient soit quand même exaucé. C'est, je le répète, un espace de liberté que nous devons lui garantir : il s'agit donc d'une obligation tant sur le plan légal que sur le plan déontologique.

Cela pose des questions d'organisation à l'échelle de l'institution, pour que la volonté du patient soit faite effectivement, tout en permettant aux professionnels d'exercer leur clause de conscience.

Exercice difficile, entre cette liberté individuelle du soignant, que d'invoquer sa clause de conscience et cette obligation, aussi en tant qu'institution, d'accéder et de garantir les espaces de liberté prévus par la loi pour les patients.

Cela s'inscrit bien sûr dans des courants internationaux qui vont, justement dans ce sens, adapter les soins proposés au projet de vie du patient et à ses convictions personnelles.

Dans nos sociétés démocratiques, on observe, depuis les années 50, une évolution dans la façon d'accompagner les patients.

Actuellement, on utilise le terme « accompagner » et non plus le terme « prendre en charge » que j'essaie de bannir de mon vocabulaire. Je ne prends pas le patient sur mon dos et je ne fais pas pour lui, mais je l'accompagne, on est dans une autre relation. On dépasse un modèle paternaliste dans lequel finalement notre rôle, c'était tout au plus d'informer le patient, « *on va vous vous faire ça et c'est bon pour vous* », pour progressivement, et c'est la tendance, aller vers une forme de partenariat qu'on va essayer d'établir avec le patient, pour essayer de corriger au maximum cette relation asymétrique qu'on peut avoir avec lui. Bien sûr nos situations sont différentes, Dominique LOSSIGNOL le rappelait, lui il est malade, moi je ne le suis pas, en tout cas si je le suis je l'ignore... pour le moment, mais c'est un être humain et moi aussi, et, c'est ça corriger cette asymétrie et arriver à avoir une relation. Il a ses convictions et ses valeurs et moi j'ai les miennes, on va travailler ensemble. On va construire ensemble un projet.

Sans entrer dans les détails, la discipline infirmière a beaucoup travaillé sur cette question depuis 50 ans et on a une évolution où on va d'un « faire pour » le patient à un « faire avec » puis, finalement, « être avec » dans la compréhension avec lui, et maintenant on va « cheminer ensemble » et on va l'« accompagner » vers quelque chose. On change l'état d'esprit dans lequel on va travailler ensemble... avec les patients.

On fait encore souvent référence à des modèles de soins infirmiers, comme à celui de Virginia Henderson et ses fameux 14 besoins de l'être humain.

Il y a plus de 20 différents modèles de soins infirmiers qui ont succédé au modèle de Virginia Henderson, et vos enseignants vous ont certainement ouvert des portes sur ceux-ci !

Aujourd'hui, les modèles du 21^e siècle vont donner des définitions différentes de la personne, de comment on considère la personne. Les modèles qui s'écrivent et qui se construisent aujourd'hui, le sont dans une logique de partenariat avec le patient, dans lequel le patient et les professionnels vont être considérés comme des partenaires qui vont interagir de façon égalitaire, et où on va reconnaître le patient comme un être libre, autonome, capable de faire des choix libres et

éclairés, donc capable de s'autodéterminer et de faire preuve de créativité, faire des propositions lui aussi, afin qu'il soit accompagné au mieux dans son expérience de santé.

On en vient donc à une définition de la santé proche de celle qu'évoquait Monsieur GENARD, comme étant un état d'équilibre avec des ruptures à certains moments et des transitions qu'on va accompagner ; mais dans lequel il a un projet de vie avant et il aura un projet de vie après.

On va donc s'inscrire dans une démarche de soins dans laquelle on va tendre vers une relation égalitaire, dans laquelle on recherche une compréhension de ce que le patient veut, pour être au plus proche de sa réalité et de son propre projet, en fonction de ses convictions et de ses valeurs ; et arriver à co-planifier les soins et à co-agir avec le patient, qui va nous dire si les soins sont de qualité et cadrent avec ce qu'il souhaite.

On retrouve donc ces notions d'ouverture à l'autre, qu'on évoquait tout à l'heure, cette notion d'autonomie et de respect de l'autodétermination de l'autre.

Si on s'inscrit dans une logique de laïcité, il nous semble par exemple que rien ne peut justifier de la part d'un professionnel la rétention d'informations, qui nous replace dans une logique paternaliste, où on sait « *ce qui est bon* », « *ce qu'il faut dire et ne pas dire* » pour la personne.

Rien ne pourrait justifier, et ce sont des situations rapportées, des sous-dosages d'antidouleurs, pour des raisons invoquant « *la souffrance rédemptrice* », voire une approche punitive : « *Vous avez choisi de vous faire avorter, vous allez voir !* » ou parfois l'abandon de soins : « *Puisque vous avez choisi ça, moi je ne m'occupe plus de vous !* ». Ce sont des comportements anti-déontologiques et tout à fait non professionnels.

Rien ne pourrait justifier, non plus, l'imposition au patient ou à ses proches de pratiques religieuses : comme par exemple, un soignant qui commence à prier ou allumer un cierge, ou pratique à son chevet un culte qui est le sien, c'est-à-dire, celui du soignant, que l'on respecte, mais qui n'est pas celui du patient ; ce n'est pas ce qu'attend le patient à ce moment-là.

De tels comportements mériteraient d'être sanctionnés dans une logique de respect de ce principe de laïcité.

Chaque hôpital public ne devrait-il pas élaborer sa Charte des valeurs en faisant apparaître la laïcité comme fil rouge de sa démarche ? Et cela, en toute transparence, par rapport, à la fois, aux patients qui vont faire appel aux services de l'hôpital, comme par rapport aux professionnels qui vont y être engagés et qui vont y travailler.

Pour clôturer l'intervention et alimenter le débat, chaque institution de formation en santé, chaque école aussi, ne devrait-elle pas élaborer une Charte des valeurs en faisant apparaître la laïcité comme fil rouge de sa démarche, en toute transparence, pour chaque enseignant, chaque étudiant qui fréquenteraient les écoles dans lesquelles ils s'engagent ?

En conclusion, mais qui était déjà notre introduction d'emblée : adopter une posture professionnelle laïque, c'est presque une lapalissade, adopter une posture professionnelle suffirait sans doute, en tout cas, à nos yeux, puisque la laïcité est une composante qui fait partie de la posture professionnelle, avec ses vertus, ses valeurs d'ouverture à l'autre et de respect de l'autodétermination, valeurs, qui devraient être au cœur de nos métiers en santé. Je vous remercie !

Haute École Francisco Ferrer

4, rue de la Fontaine
1000 BRUXELLES
02 / 279.58.10

infocom@he-ferrer.eu
www.he-ferrer.eu