

Liste des fiches

"Soins et Laïcité au quotidien"

1/2

1. Concilier soins et laïcité au quotidien : pourquoi ces fiches ?
2. Le principe de laïcité en droit français
3. Charte de la laïcité dans les services publics
4. Charte de la laïcité en clinique et hôpitaux privés
5. Clause de conscience des médecins
6. Aumôniers en établissements de soins
7. Certificat de virginité ou de « défloration »
8. Demande de circoncision pour motif non médical
9. Excision et obligation de signalement
10. Hyménéoplastie
11. IVG
12. Diagnostic prénatal
13. Contraceptions médicalisées
14. Procréation médicalement assistée
15. Interruption Médicale de Grossesse, Soins palliatifs prénataux et Deuil périnatal
16. Stérilisation masculine ou féminine
17. Don d'organe entre vivants
18. Don d'organes post-mortem et convictions religieuses
19. Demande d'autopsie
20. Suppléances vitales et accompagnement de fin de vie
21. Soins post-mortem et toilettes mortuaires
22. Pratique religieuse dans les lieux de soins

Liste des fiches

"Soins et Laïcité au quotidien"

2/2

SOINS ET LAÏCITÉ AU QUOTIDIEN

Octobre 2015

23. Jeûne religieux et alimentation en milieu hospitalier
24. Médicaments (conditionnement)
25. Port de vêtements religieux ou traditionnels pendant les soins
26. Refus de soignant pour motif religieux (patient majeur)
27. Refus de soignant pour motif religieux par les parents (patient mineur)
28. Refus de transfusion ou de produits d'origine sanguine
29. Vaccinations et recommandations de santé avant pèlerinages ou voyages à l'étranger
30. Pratique religieuse ou sectaire ?
31. Traçabilité des refus de soins (pour tout motif)
32. Liste des participants au groupe de travail et des relecteurs
33. Bibliographie et liens utiles

*Fiches rédigées sous la direction du Dr Jean Thévenot,
Président du conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute-Garonne*

*Pour toutes questions ou suggestions, vous pouvez nous contacter à l'adresse
suivante :
haute-garonne@31.medecin.fr*

*Retrouvez toutes les fiches réactualisées sur le site
du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
de la Haute-Garonne :
<http://www.ordmed31.org>*

Concilier soins et religions : pourquoi ces fiches ?

1/2

À la suite de sollicitations de professionnels, le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de la Haute Garonne (CDOM 31) a décidé de constituer un groupe de réflexion sur cette problématique autour des représentants des principaux cultes et des usagers, de l'ARS (réfèrent Laïcité) et de l'Espace de Réflexion Ethique Midi Pyrénées (EREMIP). D'autres institutions se sont jointes à la démarche pour la réalisation ou la diffusion (CROM, FHP, FHF, CSDU-CRSA...).

L'**objectif général** est, avec l'aide des représentants des cultes, de **lever les incompréhensions** existant entre les patients et les soignants, et d'améliorer de ce fait la **communication** pour prévenir ou mieux gérer les difficultés ou les conflits éventuels dans la réalisation des soins.

Une bonne compréhension mutuelle des enjeux permet au soignant de délivrer une information adaptée et au patient de faire un choix réellement éclairé, dans le respect du cadre légal et réglementaire.

Des patients bien informés appréhendent mieux les impératifs des soins et l'organisation des établissements de santé.

Des professionnels de santé bien formés aux spécificités liées à la culture et à la religion des patients savent mieux prendre en compte les besoins de santé individuelle des patients.

Les fiches jointes, se référant à des situations réelles rencontrées par des soignants et des usagers de santé, ont été discutées collégalement pour trouver ensemble des formulations compréhensibles par les patients autant que par les soignants. Chacun pouvant avoir une autre compréhension des religions que celle exprimée dans ces fiches, elles ont simplement pour but d'ouvrir un dialogue et non d'édicter des règles absolues.

Concilier soins et religions : pourquoi ces fiches ?

2/2

- ... Ces documents ont pour vocation d'être diffusés autant aux soignants qu'aux patients.

Leur rédaction repose sur des valeurs communes, dont celle de ne pas mettre en danger sa vie propre ou celle de ses patients, mais aussi sur le fait que chaque personne hospitalisée et chaque soignant doit s'engager à reconnaître et respecter certaines idées fortes:

- la personne dans sa globalité, sa dignité et son intégrité;
- les valeurs de l'autre;
- la diversité des choix de vie de l'autre, tant au niveau de sa religion que de sa spiritualité ou son origine culturelle et ethnique;
- les particularités propres à chaque être humain et à sa vie intérieure,
- les décisions et préférences de chacun;
- l'intimité physique et psychologique de chacun;
- la vie affective, amoureuse et sexuelle de chacun;
- ses pairs dans leur expertise, leur expérience et leur complémentarité.

Ces documents sont volontairement synthétiques et donc non exhaustifs, et tous susceptibles d'être améliorés ; tous commentaires, demandes de précision ou corrections pourront être adressés au CDOM 31 (*haute-garonne@31.medecin.fr*), ainsi que toute interrogation pouvant générer la rédaction d'un nouveau document sur une situation non encore évoquée; ces fiches ont pour vocation d'être régulièrement réactualisées et consultables dans leur dernière version sur le site du CDOM 31 (*www.ordmed31.org/*).

Le principe de laïcité en droit français

1/2

Comme le soulignait déjà le Rapport STASI de 2003, consacré au principe de laïcité dans la République, *...derrière le même mot, existent pourtant des différences d'approche qui en voilent la signification et la portée.*

Le droit français n'offre pas une définition précise de la laïcité, qu'il a cependant érigée au rang de principe à valeur constitutionnelle. L'analyse des textes sur lesquels repose cette notion permet néanmoins d'en dessiner les contours et d'en dégager le sens.

La laïcité repose sur trois piliers juridiques : la liberté de conscience, l'égalité des citoyens et la neutralité de l'Etat à l'égard des religions.

L'article 1er de la Constitution du 4 octobre 1958, reprenant l'article 1er de la Constitution de 1946, affirme solennellement : *La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale.* La laïcité est ainsi clairement énoncée comme l'une des valeurs fondatrices de la République. Le texte se poursuit ainsi : *Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances.* Les liens indissolubles entre ces trois piliers sont ici manifestes.

Ce texte n'est cependant pas la première manifestation, en droit français, de la laïcité. L'autonomie de la conscience, y compris sur le plan spirituel et religieux, est inscrite dès 1789 à l'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen : *Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la Loi.* La même Déclaration énonce, en son article 4 : *La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi.*

Un peu plus tard, la citoyenneté est dissociée de l'appartenance religieuse, avec la laïcisation de l'état civil et du mariage, le 20 septembre 1792. Puis vient la loi du 9 décembre 1905 concernant la *séparation des Eglises et de l'Etat* : *La République assure la liberté de conscience. Elle garantit le libre exercice des cultes, sous les seules restrictions édictées ci-après dans l'intérêt de l'ordre public* (art. 1er) ; *La République ne reconnaît, ne salarie ni ne subventionne aucun culte* [...] (art. 2). La liberté de conscience et la neutralité de l'Etat sont ainsi étroitement associées.

L'article 9 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, adoptée à Rome le 4 novembre 1950 par le Conseil de l'Europe et directement applicable en droit interne, préserve la *Liberté de pensée, de conscience et de religion* :

1. Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ; ce droit implique la liberté de changer de religion ou de conviction, ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction individuellement ou collectivement, en public ou en privé, par le culte, l'enseignement, les pratiques et l'accomplissement des rites.

2. La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles qui, prévues par la loi, constituent des mesures nécessaires, dans une société démocratique, à la sécurité publique, à la protection de l'ordre, de la santé ou de la morale publiques, ou à la protection des droits et libertés d'autrui.

Le principe de laïcité en droit français

2/2

...

De même, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, adopté par l'ONU le 16 décembre 1966 et ratifié par la France, garantit en son article 18 la liberté de conscience et de religion, en des termes proches de ceux de la Convention européenne des droits de l'homme.

La liberté de conscience et de religion implique ainsi, au regard des textes précités, la liberté de choisir sa religion mais aussi celle de la manifester, sous réserve toutefois de restrictions légitimes.

L'ensemble de ces textes impose également aux Etats d'assurer l'égalité entre les citoyens, sans distinction fondée notamment sur la religion.

La laïcité ne saurait par conséquent être réduite ni à la séparation des Eglises et de l'Etat, ni à l'absence de religion ou de manifestation d'une religion. Elle constitue un ensemble de droits et de devoirs pour l'Etat comme pour les citoyens. Elle est la recherche d'un équilibre permanent, tendant à concilier les principes fondamentaux ci-dessus énoncés.

Appliquée au système de santé, la laïcité met en jeu des règles de droit qui ne lui sont pas inhérentes, mais qui contribuent à la garantir.

Ainsi en est-il en particulier :

- du principe d'égalité de traitement entre les patients et de la non-discrimination, inscrits à diverses reprises dans le code de la santé publique (CSP art. L. 1110-3, L. 6112-2, R. 4127-7, R. 4127-211, R. 4127-305, R. 4312-25, R. 4321-58, R. 4322-52) ;
- du droit reconnu aux patients hospitalisés dans les établissements publics de participer à l'exercice de leur culte (CSP art. R. 1112-46) ;
- du libre choix du médecin et de l'Etablissement par le patient (CSP art. L. 1110-8, R. 4127-6) ;
- de l'obligation d'assurer la continuité et la qualité des soins (CSP art. L. 1110-1, L. 1110-3, R. 4127-47, L. 6112-2) ;
- des conditions dans lesquelles un soignant peut refuser de délivrer des soins (CSP art. L. 1110-3, R. 4127-47) ;
- du devoir de neutralité s'imposant aux agents du service public (CE, 8 décembre 1948, Dlle. Pasteau ; CE, 3 mai 1950, Dlle. Jamet ; CE, 23 juin 2000, Mlle Marteaux) ;
- des pouvoirs de police administrative conférés au directeur de l'établissement public de santé (CSP art. L. 6143-7).

L'ensemble de ces principes est rappelé par la circulaire n° DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 *relative à la laïcité dans les établissements de santé*. Cette circulaire, contrairement à ce que laisse entendre son intitulé, ne s'adresse toutefois qu'aux établissements publics. Certaines des règles qu'elle énonce ne s'appliquent d'ailleurs qu'au service public. Tel est le cas du devoir de neutralité imposé aux agents publics. La Fédération de l'Hospitalisation Privée a mis à disposition de ses membres une *Charte de la laïcité en cliniques et hôpitaux privés* ». *Par sa nature juridique, elle est toutefois dénuée de valeur contraignante*.

Il n'existe ainsi pas de texte d'ensemble, à portée générale et absolue, régissant et organisant la laïcité dans les rapports entre acteurs du système de santé. Le droit français impose cependant la laïcité comme un principe à valeur constitutionnelle, sous-tendu par diverses normes juridiques applicables au système de santé.

CHARTRE de la laïcité

DANS LES SERVICES PUBLICS

La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale.

Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle garantit des droits égaux aux hommes et aux femmes et respecte toutes les croyances. Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, notamment religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi. La liberté de religion ou de conviction ne rencontre que des limites nécessaires au respect du pluralisme religieux, à la protection des droits et libertés d'autrui, aux impératifs de l'ordre public et au maintien de la paix civile. La République assure la liberté de conscience et garantit le libre exercice des cultes dans les conditions fixées par la loi du 9 décembre 1905.

des agents du service public

Tout agent public a un **devoir de stricte neutralité**. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.

Le fait pour un agent public de **manifester ses convictions religieuses** dans l'exercice de ses fonctions **constitue un manquement à ses obligations**.

Il appartient aux responsables des services publics de **faire respecter l'application du principe de laïcité** dans l'enceinte de ces services.

La liberté de conscience est garantie aux agents publics. Ils bénéficient d'autorisations d'absence pour participer à une fête religieuse dès lors qu'elles sont compatibles avec les nécessités du fonctionnement normal du service.

des usagers du service public

Tous les usagers sont **égaux** devant le service public.

Les usagers des services publics ont le **droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect de la neutralité du service public**, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

Les usagers des services publics doivent **s'abstenir de toute forme de prosélytisme**.

Les usagers des services publics **ne peuvent récuser un agent public ou d'autres usagers**, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions de ses usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement

Lorsque la vérification de l'identité est nécessaire, les usagers doivent **se conformer aux obligations** qui en découlent.

Les usagers accueillis à temps complet dans un service public, notamment au sein d'établissements médico-sociaux, hospitaliers ou pénitentiaires ont **droit au respect de leurs croyances et de participer à l'exercice de leur culte**, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service.

↳ Tous les patients sont soignés et accompagnés de la même façon qu'elles que soient leurs croyances ou absence de croyances religieuses.

↳ L'établissement respecte les croyances et convictions des personnes accueillies. Les patients ont le droit d'exprimer leurs croyances et convictions religieuses. La liberté religieuse du patient s'exerce dans un cadre intime (chambre seule et/ou lieu adapté dans l'établissement).

↳ Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole.

↳ Une liste des représentants des différents cultes est tenue à disposition des patients qui demandent à entrer en contact avec l'un ou plusieurs d'entre eux.

↳ Toute personne peut choisir son praticien sous réserve que les modalités d'organisation de l'établissement ne s'y opposent pas et qu'il ne s'agit pas d'une situation d'urgence. L'établissement explique les contraintes de services aux patients qui expriment des préoccupations d'ordre religieux.

↳ Les patients ne peuvent récuser le personnel soignant ou d'autres usagers à raison de la religion effective ou supposée de ceux-ci, ni exiger une adaptation du fonctionnement de l'établissement ou d'un équipement. Cependant, l'établissement s'efforce de prendre en considération les convictions de ses usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement.



Clause de conscience des médecins

1/2

La clause de conscience est inhérente à la fonction hippocratique : tout médecin a le droit de refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi, mais qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques.

Sauf urgence, le médecin n'est pas tenu de pratiquer un acte médical. Mais, conformément aux dispositions de l'article 47 du code de déontologie médicale, s'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir clairement le patient, dès la première consultation, et lui donner tous moyens et conseils pour qu'il puisse obtenir une prise en charge adaptée.

De plus, le médecin doit s'assurer que sa décision ne contrevient pas aux dispositions de l'article 7 du code de déontologie médicale : *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances...* L'invocation de la clause de conscience ne doit pas pouvoir être interprétée comme une supposée discrimination.

Commentaires du CNOM (2011)

On exclura de la discussion les cas où le médecin peut, et doit, refuser ses soins pour des raisons évidentes de non compétence (art. L.1110-5 du CSP), de risques encourus injustifiés, d'atteinte à l'intégrité du corps humain (art. 16-3 du code civil)...

Pour le médecin, la clause de conscience, c'est le droit de dire « non » dans certaines circonstances, à condition d'apporter au patient une réponse pertinente sans pour autant être obligé d'exposer ses convictions intimes, sans prosélytisme, et en l'informant « sans délai » des possibilités qui s'offrent à lui. Si la clause de conscience peut être évoquée systématiquement lorsqu'il s'agit de situations identiques, elle peut être aussi « modulée » selon les circonstances par ceux qui entendraient l'invoquer (par exemple, on peut être hostile à l'exécution d'un acte d'une façon générale et accepter de le pratiquer dans des situations particulières).

Ce droit au refus de soins est assorti de devoirs complémentaires centrés sur « une information claire, loyale et appropriée » (art. R.4127-35 du CSP). Le médecin doit prendre toutes dispositions et précautions pour pouvoir apporter la preuve qu'il a bien rempli sa mission. Dossier, courrier, document daté et signé, consentement éclairé, attestation de consultation précisant les décisions adoptées...

Mais cette clause de conscience, au nom de son principe, ne doit pas pour autant conduire à des abus (art. 7, refus de vaccinations obligatoires...).

Clause de conscience des médecins

2/2

... Ce droit à dire « non » devrait donc être conforme à l'éthique de chacun et reste le « privilège » de celui qui l'invoque. Il peut concerner d'autres professionnels de santé.

Pour l'instant, dans les textes de la République, le principe n'est clairement exprimé que dans le cadre du refus de stérilisation (art. L.2123-1 du CSP), d'IVG (art. L.2212-8 du CSP), de recherche sur embryon (art. L.2151-7-1 du CSP).

Mais le CNOM assimile dans ses commentaires l'article 47 du Code de Déontologie à une véritable clause de conscience*.

Les textes:

La loi Veil du 17 janvier 1975 sur l'IVG (article L.2212-8 et L.2123-1 du CSP) : possibilité de se récuser au motif de ce principe déjà édicté dans l'article 18 du code de déontologie médicale.

Décision 2001-446 du 27 juin 2001 : le Conseil constitutionnel reconnaît la liberté de conscience comme un principe fondamental.

La loi du 4 juillet 2001 sur l'IVG et la contraception : sans parler de « clause de conscience », elle reconnaît le droit au refus de soins par le médecin.

La loi du 4 mars 2002 reconnaît au médecin le droit de se récuser à certaines conditions énoncées aux articles L.1110-3, 7° alinéa, tout comme l'article 47 du code de déontologie médicale

Enfin la loi du 7 juillet 2011 instaure une clause de conscience en vertu de laquelle *aucun chercheur, aucun ingénieur, aucun technicien ou auxiliaire de recherche quel qu'il soit, aucun médecin auxiliaire médical n'est tenu de participer à quelque titre que ce soit aux recherches sur des embryons humains ou des cellules souches embryonnaires* (art. L.2151-7-1 du CSP).

Néanmoins, le code pénal (art. 223-6, alinéa 2) ne saurait tolérer qu'il puisse y avoir « omission de porter secours ». La seule « clause de conscience » ne saurait donc être invoquée dans le cadre d'une urgence vitale.

Article R4127-47 du code de déontologie médicale :

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avvertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

*Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 16 décembre 2011

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/CLAUDE_DE_CONSCIENCE.pdf

Aumôniers en établissements de soins

1/2

Chaque établissement doit tenir à la disposition des praticiens une liste d'aumôniers et le moyen de les contacter dans des délais raisonnables.

Il est donc recommandé pour les soignants d'avoir recours aux aumôniers pour toute demande particulière ou toute difficulté dans la délivrance des soins en rapport avec des convictions religieuses supposées ou exprimées (refus de soins, décès...). L'aumônier n'est pas un soignant, mais il peut être amené à avoir connaissance d'informations couvertes par le secret médical ; il est donc nécessaire de formaliser un engagement de sa part à respecter ce secret.

Etablissements publics

Document basé sur la charte nationale des aumôneries relevant de la fonction publique hospitalière (Circulaire n° DGOS/RH4/2011/356 du 5 septembre 2011).

Cette charte s'inscrit dans le **cadre constitutionnel de la Loi du 9 Décembre 1905**, qui « assure le libre exercice des cultes dans les établissements publics ». Elle répond aux principes de la **charte du patient hospitalisé** (6 mai 1995) : « L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte, nourriture, liberté d'action et d'expression). Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres. »

« Les aumôniers sont désignés par les autorités cultuelles dont ils relèvent et recrutés par les établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. Ils ont la qualité d'agents contractuels. En l'absence d'autorité cultuelle clairement identifiée, il ne peut être donné droit à une demande de mise en place d'un service d'aumônerie. Les aumôniers exercent au sein d'une institution dans laquelle s'applique le principe de laïcité. Recrutés au nom et pour le culte qu'ils représentent, ils y assurent une fonction, qui, par essence, relève du religieux et du spirituel.

Aumôniers en établissements de soins

2/2

...

Ils ont la charge d'assurer dans les établissements, le service du culte auquel ils appartiennent et d'assister les patients qui en font la demande par eux-mêmes ou par l'intermédiaire de leur famille ou lors de leur admission. Ils accompagnent aussi les familles et proches qui le souhaitent. Les personnels soignants sont attentifs à repérer et à transmettre d'éventuelles demandes.

Au-delà du rôle de visite au patient qui le demande, ou le cas échéant, d'ordonnateur de rituels mortuaires, l'aumônier apporte son concours à l'équipe soignante. Sa présence, par la dimension éthique qu'il porte, est enrichissante pour tous. L'aumônier éclaire, le cas échéant, l'équipe médicale et soignante, sur les implications que peuvent avoir certaines de leurs décisions au regard des convictions et pratiques religieuses des patients. Sa démarche doit être cohérente avec la démarche de soins ». (Charte nationale des aumôneries du 5 Septembre 2011 -extraits-)

L'organisation du travail, le statut et le recrutement des aumôniers est fixé par une circulaire de 2006 : Circulaire DHOS/P1 no 2006-538 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-02/a0020043.htm>).

Etablissements privés

Pour ce qui concerne les établissements privés, il n'existe pas de textes réglementaires spécifiques.

Les textes évoqués restent la base pour la présence, l'implication ou les règles de présence d'aumôneries.

Toutefois, la FHP a publié une **Charte de la laïcité en cliniques et hôpitaux privés** où est précisé : *Une liste des représentants des différents cultes est tenue à disposition des patients qui demandent à entrer en contact avec l'un ou plusieurs d'entre eux.* (http://www.fhp.fr/fichiers/20120712180733_charte_laicite.pdf)

Certificat de virginité ou de « défloration »

1/2

Le CNOM considère que, *n'ayant aucune justification médicale et constituant une violation du respect de la personne et de l'intimité de la jeune femme (notamment mineure) contrainte par son entourage de s'y soumettre, un tel examen ne relève pas du rôle du médecin*. Celui-ci doit donc refuser l'examen et la rédaction d'un tel certificat, contraire à la dignité de la femme.

L'attitude qui consisterait à ne pas examiner la jeune femme et à certifier qu'elle est vierge, ou à certifier qu'elle est vierge alors qu'elle ne l'est pas, est une faute punie par le Code Pénal (articles 441-7 et 441-8) et le Code de déontologie (article 28) qui sanctionne les faux certificats et les certificats de complaisance.

La situation est toute autre lorsque l'examen est effectué à des **fins médico-légales**. Les demandes sont alors de deux types :

- La jeune femme désirant faire constater sa virginité en vue d'une éventuelle **annulation de son mariage** pour non consommation lors d'une procédure civile de divorce ou, pour l'église catholique, dans le cadre d'une procédure ultime devant la juridiction romaine de la Rote ; il est conseillé de demander que l'examen et le certificat viennent d'un collège de médecins, par exemple un gynécologue et un médecin légiste.
- Une jeune femme vierge victime ou se disant victime d'une **agression sexuelle** : il s'agit alors d'un certificat de constatations de violences sexuelles, qui doit être établi selon les normes médico-légales et s'accompagner des prélèvements et examens biologiques nécessaires.

Dans le cadre de suspicion de violences sexuelles à mineurs (ou majeurs protégés), le médecin est tenu de faire un signalement aux autorités judiciaires (<http://www.conseil-national.medecin.fr/signaler-la-maltraitance-1258>).

Demande de circoncision pour motif non médical

1/2

Il n'existe pas de texte de loi spécifique autorisant ou interdisant la circoncision, mais il existerait un risque pénal théorique de poursuites pour mutilation.

Le médecin doit informer la famille du non-remboursement de l'acte et des prescriptions afférentes par l'assurance maladie, une présentation non justifiable au remboursement l'exposant d'ailleurs à des sanctions disciplinaires ordinaires, financières et disciplinaires par la CPAM, voire judiciaires.

L'assurance maladie rembourse la prise en charge du phimosis réel, acte réalisé pour motif médical et non rituel (pas de présence sur place de religieux ou de prières récitées par les soignants).

En cas de demande de parents à un soignant pour leur enfant et pour motif religieux, il convient de leur recommander de s'adresser à l'autorité religieuse ou à l'aumônier de l'établissement.

Si une demande est faite à un chirurgien, elle se fait hors prise en charge par l'assurance maladie, dans le respect des règles professionnelles et de la sécurité des patients, avec protocolisation préalable entre chirurgien, anesthésiste et établissement. Le consentement conjoint des deux parents est requis. La pratique de cet acte par un professionnel de santé doit se faire dans des conditions de compétences conformes aux règles professionnelles et de réalisation basée sur des soins consciencieux et fondé sur les données acquises de la science.

En aucun cas, un médecin ne peut rédiger un certificat de «non contre-indication» à la circoncision rituelle ; dans tous les cas où il est interrogé sur la circoncision rituelle, le médecin traitant doit informer les parents sur **les risques médicaux propres** liés à la santé de l'enfant, tout en gardant **une attitude neutre sur la pratique** de la circoncision. En cas de complications d'une circoncision, même réalisée hors d'un cadre médical, le médecin traitant ou le chirurgien est tenu de réaliser les soins adaptés.

Excision et obligation de signalement

1/2

L'excision est une pratique essentiellement culturelle qui n'est pas imposée par la religion. Elle concerne les jeunes filles originaires de divers pays d'Afrique et de certains pays orientaux, et est cautionnée exceptionnellement par de rares religieux (rares imams ou animistes en Afrique, quelques Coptes en Egypte...), mais sans aucune base culturelle réelle. Dans certains de ces pays, des associations tentent de changer les mœurs et de persuader les parents de ne pas faire exciser leurs filles et des mesures (lois...) sont prises pour poursuivre les auteurs.

En France, la pratique est interdite. Il n'existe pas de qualification juridique spécifique pour ces faits qui peuvent tomber sous le coup de divers textes répressifs de Droit Commun*.

Des Conventions Internationales ont prévu une compétence *universelle* pour juger certains crimes et délits, dont fait partie l'excision. Ainsi, **ces infractions pourront être jugées en France selon la loi française, même si elles sont commises à l'étranger sur des jeunes filles étrangères**, dès lors qu'elles reviennent, elles ou les auteurs ou complices, sur le territoire français ensuite.

Un praticien constatant l'existence de mutilations sexuelles chez une mineure ou une majeure protégée, ou ayant connaissance d'un projet de réalisation lors d'un voyage (demande de vaccination...) est tenu à un signalement selon les règles professionnelles en vigueur.

Obligation de signalement par les médecins et les soignants :

L'article 226-13 (sanctionnant une violation du secret professionnel) n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

Code de déontologie médicale :

Article 43

Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage.

Article 44

Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience.

Excision et obligation de signalement

2/2

...

*Lois pénales applicables :

- Lorsqu'il s'agit de réprimer la pratique elle-même, en dehors de toute complication, les auteurs et complices peuvent être poursuivis pour « violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente », infraction punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (article 222-9 du code pénal), et de 15 ans de réclusion criminelle lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs jusqu'à quinze ans (article 222-10 du code pénal) ;
- Lorsqu'à la suite de complications, il y a décès de la jeune fille, les auteurs et complices peuvent être poursuivis pour « violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner », infraction punie de 15 ans de réclusion criminelle (article 222-7 du code pénal), et réprimée à hauteur de 20 ans de réclusion criminelle (article 222-8 du code pénal) lorsqu'elle concerne des mineurs jusqu'à quinze ans.
- Lorsque les complications n'ont pas entraîné la mort, mais ont eu des conséquences sur la santé de l'enfant, les auteurs et complices peuvent être poursuivis pour « violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à huit jours, conformément à l'article 222-12 du code pénal qui prévoit une sanction de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise contre un mineur de moins de 15 ans. »

Délai de prescription applicable :

De plus, il faut noter que des dispositions légales ont prévu l'allongement du délai de la prescription habituelle pour les infractions, afin de tenir compte, comme c'est déjà le cas pour l'inceste, des difficultés particulières que peuvent éprouver les victimes pour dénoncer ce type de faits. Ainsi, le délai de prescription en matière d'action publique, article 7 du code de procédure pénale s'agissant des crimes et article 8 concernant les délits, a été porté à 20 ans à compter de la majorité de la victime pour :

- les crimes de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente commis sur mineurs (article 222-10 du code pénal) ;
- les délits de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours, commis sur mineurs (222-12 du code pénal).

Lien utile :

<http://www.excisionparlonsen.org/>

Télécharger l'ouvrage.

« Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines » :

<http://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>

Hyménéoplastie

1/2

SOINS ET LAÏCITÉ AU QUOTIDIEN

Octobre 2015

La demande d'hyménéoplastie (réfection d'hymen) répond rarement à des raisons religieuses, mais plus souvent à des habitudes culturelles.

Cette intervention ne doit pas être réalisée chez une personne mineure ou majeure protégée, que ce soit à la demande de la patiente ou à celle de ses responsables légaux, constituant une atteinte à l'intégrité du corps humain et ne correspondant pas à une activité de chirurgie esthétique.

Chez l'adulte demandeuse, la demande doit être analysée dans ses motivations par un échange précis et répété entre patiente et médecin. Le médecin doit en expliquer les alternatives, les risques et les conséquences, incluant le caractère incertain de son bénéfice présumé et sa non prise en charge par l'Assurance Maladie.

Un refus non motivé de la demande n'est pas déontologique, mais une démarche éthique doit conduire à proposer à la patiente une prise en charge médico-sociale et pluridisciplinaire.

Le praticien qui accepte de réaliser cette intervention, considérée ni thérapeutique, ni esthétique, et au caractère éthique discutable, exceptionnellement liée à une démarche compassionnelle, met toutefois en jeu sa responsabilité et doit l'amener à vérifier sa couverture assurantielle spécifique.

La réglementation française

Basée essentiellement sur la loi Veil du 17 janvier 1975 et sur la loi du 4 juillet 2011

L'IVG est décidée par la femme enceinte concernée *suppression en 2014 de la notion de situation de détresse*. Le délai pendant lequel une femme peut demander une interruption de grossesse est fixé à 12 semaines de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhée.

L'acte est réalisé par un médecin en établissement (l'IVG médicamenteuse réalisée en pratique de ville ou en établissement peut être réalisée par un médecin ou une sage-femme depuis 2015).

Le médecin et le personnel concourant à l'intervention disposent d'une clause de conscience (sans nécessité de motivation). La loi impose toutefois au praticien qui refuse d'exécuter un tel acte d'informer sans délai la femme de sa décision et de lui communiquer immédiatement le nom des « praticiens susceptibles de réaliser cette intervention ».

Le médecin doit respecter un délai de réflexion d'une semaine entre la demande et la confirmation écrite de la patiente (modification législative probable avec la loi de santé 2015) ; ce délai peut être réduit à deux jours pour éviter de dépasser la limite légale des 12 semaines de grossesse. Mais mme proche du terme légal, il reste indispensable de permettre à la patiente un minimum de temps de réflexion, ce pour quoi on peut s'aider de la précision à +/- 5 jours de l'échographie au 1e trimestre.

Une femme mineure peut avoir recours à l'avortement sans l'accord de ses parents ou de son responsable légal, à condition qu'elle soit accompagnée d'une personne majeure, et après un entretien psychosocial.

...

Position des principales religions en France

Le respect de la vie dès la fécondation fait rejeter l'IVG par l'Eglise Catholique et le Judaïsme.

L'Islam, considérant que, de la fécondation au 40e jour de vie, l'embryon n'est pas doté de cognition, et que toute intervention peut alors être réalisée sur lui, accepte généralement l'IVG jusqu'au 40e jour de grossesse.

Considérant l'I.V.G comme un acte d'une extrême gravité, la Fédération Protestante de France recommande que les femmes enceintes et les couples en difficulté soient accompagnés par des services sociaux et un représentant de leur culte pour prendre une décision libre et éclairée.

Lien utile :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_IVG_2014.pdf

Diagnostic prénatal

1/2

Le diagnostic prénatal (DPN) intègre l'ensemble des techniques médicales ayant pour but de détecter in utero une affection grave (génétique, malformative, infectieuse...) de l'embryon ou du fœtus ; le DPN peut déboucher sur une prise en charge médicale prénatale ou périnatale précoce, ou donner aux futurs parents le choix d'interrompre ou non la grossesse en cas **d'anomalie de particulière gravité**.

Les techniques non invasives (Echographies prénatales, Marqueurs sériques de Trisomie, Etude de l'ADN fœtal dans le sang maternel...) peuvent déboucher sur d'autres **techniques invasives** (amniocentèses, biopsie du trophoblaste...) présentant notamment des risques de perte de l'enfant (fausse-couche, mort fœtale...) ou de séquelles (naissance très prématurée...).

La loi précise la nécessité de délivrer à *toute femme enceinte, lors d'une consultation médicale, une **information loyale, claire et adaptée** à sa situation, ainsi qu'une information portant notamment sur les objectifs, les modalités, les risques, les limites et le caractère non obligatoire de ces examens* (y compris l'échographie).

La pratique de tous ces examens (y compris non invasifs) nécessite donc la prise en compte préalable par les soignants des convictions personnelles, religieuses ou philosophiques des parents, notamment de ceux ne souhaitant pas prendre les risques liés à une technique invasive ou pratiquer une interruption de grossesse (cf fiche IMG).

En cas d'interrogation des parents vis-à-vis de ces examens, les soignants se doivent de conseiller aux parents de consulter un représentant de leur culte ou un référent de leur culture pour faire un choix le mieux adapté à leur situation et leurs convictions.

<http://www.agence-biomedecine.fr/DPN>

...

Diagnostic prénatal

2/2

...

Article L2131-1 du CSP (Modifié par LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 20)

I.-Le diagnostic prénatal s'entend des pratiques médicales, y compris l'échographie obstétricale et fœtale, ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité.

II.-Toute femme enceinte reçoit, lors d'une consultation médicale, une information loyale, claire et adaptée à sa situation sur la possibilité de recourir, à sa demande, à des examens de biologie médicale et d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de sa grossesse.

III.-Le prescripteur, médecin ou sage-femme, communique les résultats de ces examens à la femme enceinte et lui donne toute l'information nécessaire à leur compréhension.

En cas de risque avéré, la femme enceinte et, si elle le souhaite, l'autre membre du couple sont pris en charge par un médecin et, le cas échéant ou à sa demande, orientés vers un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Ils reçoivent, sauf opposition de leur part, des informations sur les caractéristiques de l'affection suspectée, les moyens de la détecter et les possibilités de prévention, de soin ou de prise en charge adaptée du fœtus ou de l'enfant né. Une liste des associations spécialisées et agréées dans l'accompagnement des patients atteints de l'affection suspectée et de leur famille leur est proposée.

IV.-En cas de risque avéré, de nouveaux examens de biologie médicale et d'imagerie à visée diagnostique peuvent être proposés par un médecin, le cas échéant membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, au cours d'une consultation adaptée à l'affection recherchée.

V.-Préalablement à certains examens mentionnés au II et aux examens mentionnés au IV du présent article, le consentement prévu au troisième alinéa de l'article L. 1111-4 est recueilli par écrit auprès de la femme enceinte par le médecin ou la sage-femme qui prescrit ou, le cas échéant, qui effectue les examens. La liste de ces examens est déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé au regard notamment de leurs risques pour la femme enceinte, l'embryon ou le fœtus et de la possibilité de détecter une affection d'une particulière gravité chez l'embryon ou le fœtus.

VI.-Préalablement au recueil du consentement mentionné au V et à la réalisation des examens mentionnés aux II et IV, la femme enceinte reçoit, sauf opposition de sa part dûment mentionnée par le médecin ou la sage-femme dans le dossier médical, une information portant notamment sur les objectifs, les modalités, les risques, les limites et le caractère non obligatoire de ces examens.

En cas d'échographie obstétricale et fœtale, il lui est précisé en particulier que l'absence d'anomalie détectée ne permet pas d'affirmer que le fœtus soit indemne de toute affection et qu'une suspicion d'anomalie peut ne pas être confirmée ultérieurement.

VII.-Les examens de biologie médicale destinés à établir un diagnostic prénatal sont pratiqués dans des laboratoires de biologie médicale faisant appel à des praticiens en mesure de prouver leur compétence, autorisés selon les modalités prévues au titre II du livre Ier de la sixième partie et accrédités selon les modalités prévues au chapitre Ier du titre II du livre II de la même partie. Lorsque le laboratoire dépend d'un établissement de santé, l'autorisation est délivrée à cet établissement.

VIII.-La création de centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal, mentionnés au III, dans des organismes et établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif est autorisée par l'Agence de la biomédecine.

Contraceptions médicalisées

1/2

SOINS ET LAÏCITÉ AU QUOTIDIEN

Octobre 2015

Il y a de multiples méthodes contraceptives « naturelles » ou médicalisées ; que le mécanisme d'action soit local ou général, l'effet des contraceptions médicalisées peut être pré ou post-conceptionnel. Quoiqu'avec des nuances, les religions qui considèrent que la fonction humaine est de donner la vie désapprouvent à des degrés divers la contraception pré-conceptionnelle, voire s'y opposent. Quant aux contraceptions post-conceptionnelles, les religions les assimilent souvent à un avortement ultra précoce et les considèrent donc de la même manière qu'une interruption volontaire de la grossesse. Il convient donc pour le soignant, au titre de son devoir d'information, **d'évoquer avec le patient le mode d'action de la contraception prescrite**, certains couples refusant les contraceptions présumées « abortives », mais acceptant les méthodes préconceptionnelles.

Les différents types de contraception

1/Mode d'action local vaginal

Préservatifs, cape cervicale ou diaphragme, utilisés seuls ou en association avec des crèmes spermicides, ovules ou tampons contraceptifs, agissent en préconceptionnel.

2/Mode d'action local utérin

Les dispositifs intra-utérins (DIU) ou stérilets sont de 2 types : cuivre ou progestérone.

Le DIU au cuivre empêche la nidation de l'œuf fécondé et a donc un mode d'action abortif précoce post-conceptionnel.

Le DIU progestatif agit par modification de la glaire cervicale en empêchant la migration des spermatozoïdes et dans la plupart des cas en bloquant l'ovulation, soit plutôt en préconceptionnel.

3/ Mode d'action général

- Les contraceptions œstroprogestatives agissent en préconceptionnel en bloquant l'ovulation, si elles sont prises régulièrement.

- Les contraceptions progestatives pures (Micropilules, Implant progestatif...) agissent comme le stérilet progestatif, par modification de la glaire cervicale en empêchant la migration des spermatozoïdes et dans la plupart des cas en bloquant l'ovulation, soit plutôt en préconceptionnel.

- La « pilule du lendemain » a un effet abortif précoce.

Avis des religions sur la contraception

Les protestants sont de fervents défenseurs de la contraception préconceptionnelle, pour une bonne gestion de la fécondité et pour limiter les pratiques abortives.

Contraceptions médicalisées

2/2

... Dans le Judaïsme, les méthodes de contraception naturelles (températures, glaire...) sont tolérées si le couple a des enfants, les contraceptions médicalisées nécessitant pour le patient une autorisation rabbinique au cas par cas.

L'Eglise Catholique appelle à « une procréation responsable », recommande les méthodes naturelles de régulation des naissances, tout en laissant les époux se déterminer pour une autre méthode si les solutions naturelles sont inapplicables (Evêques de France).

Le Coran autorise la contraception dans le cadre du mariage si la santé et / ou les moyens financiers du couple le nécessitent, tandis que les autorités islamiques indiquent à tout musulman que la famille nombreuse est un devoir moral.

Procréation médicalement assistée

1/2

Les religions ont des avis assez différents concernant les techniques de PMA, nécessitant pour les praticiens de bien en expliquer les processus et les implications, dans le respect des choix philosophiques et religieux des patients.

SELON LES TECHNIQUES

Stimulations médicamenteuses d'ovulation et IAC (insémination avec sperme du donneur) : les religions juive, musulmane et protestante y sont favorables, de même que les catholiques quand l'IAC est accompagnée d'un acte sexuel. **FIV (fécondation in vitro)** avec les gamètes du couple = les religions juive, musulmane, protestante, y sont favorables; les catholiques et les orthodoxes n'acceptent pas une technique qui sépare l'acte sexuel de la procréation. **Congélation des embryons** : elle est acceptée pour judaïsme, protestantisme, islam. Elle ne l'est pas pour les catholiques et orthodoxes, qui considèrent que l'embryon est un être vivant méritant le «respect». **Dons de gamètes [IAD (insémination avec donneur), DO (don d'ovocyte) ou FIV avec donneur]** : il n'est validé que pour les protestants ; les religions juive, catholique, orthodoxe, musulmane n'acceptent pas le DO ; ainsi pour les catholiques, l'enfant ne peut être issu que de relations sexuelles, et seulement au sein du couple uni par le mariage. **Réalisation du spermogramme (par masturbation)** : refusé dans le judaïsme (recueil dans préservatif?), autorisé pour les musulmans et protestants. L'Eglise catholique rappelle que la masturbation pour elle-même prive l'acte sexuel de sa fonction d'union d'abord et de sa fonction de procréation ensuite. Pour ces raisons, elle n'autorise pas la réalisation d'un spermogramme dans le cadre d'une procréation médicalement assistée. **DPI (diagnostic pré implantatoire)** : accepté par musulmans et protestants ; le respect de la vie dès la fécondation fait rejeter par l'Eglise Catholique et le Judaïsme cette technique, si son seul but est la sélection des embryons. **GPA (gestation pour autrui)** : non autorisée en France **Réduction embryonnaire** : refusée par les catholiques et les juifs pour les raisons précitées ; acceptée jusqu'au 40e jour après la fécondation par l'Islam ; acceptée par les protestants. **Adoption** : acceptée et/ou encouragée par toutes les religions. Toutefois, pour les musulmans, il convient de conserver toujours la filiation initiale, ce qui équivaut à un refus de l'adoption plénière.

COMMENTAIRES SPECIFIQUES SELON LA RELIGION

Protestantisme : La PMA constitue une prouesse technique pour toutes les personnes confrontées à la souffrance de la stérilité, elle comporte aussi un risque : celui de l'enfant choisi ou de l'enfant-projet, les techniques et la médecine étant mises au service des désirs humains. La sexualité et le choix de procréer relèvent de la libre détermination des personnes. Les Eglises ont pour rôle d'aider les croyants à assumer leurs responsabilités dans la vie quotidienne. Un enfant est un don. Il faut donc que les choix en matière d'assistance à la procréation prennent en compte le droit de l'enfant : un cadre éducatif et affectif épanouissant.

Concernant la réduction numérique embryonnaire, c'est le couple, et en particulier la femme confrontée à une grossesse à risque qui doit se prononcer en toute liberté et responsabilité. Un accompagnement spirituel et psychologique s'imposant en complément d'un accompagnement médical. La vie de la mère doit être préservée. La réduction embryonnaire est recommandée si elle permet la préservation de la vie de la mère et autant que possible celle des autres embryons appelés à se développer.

...

Procréation médicalement assistée

2/2

...

L'islam : L'Islam n'accepte pas le don de gamètes (sperme, ovocytes,) ; l'Islam considère que de la fécondation au 40^e jour de vie, l'embryon n'est pas doté de cognition, et que toute intervention peut alors être réalisée sur lui.

Catholicisme : L'Eglise reconnaît comme seul moyen licite de procréation, les rapports sexuels entre les époux sans autre manipulation, étant donné le lien intrinsèque entre l'union conjugale et la procréation. C'est en sauvegardant les deux aspects essentiels, union et procréation, que l'acte conjugal conserve intégralement le sens d'amour mutuel et véritable et son ordination à la très haute vocation de l'homme à la paternité » (Instruction romaine sur « le respect de la vie humaine naissante » 1987).

PMA : PMA L'Eglise Catholique s'oppose à toute technique artificielle d'assistance médicale à la procréation, car il ne peut y avoir de procréation sans relations sexuelles, comme il ne peut exister de relations sexuelles sans ouverture à la conception. Elle considère que, dès sa conception, l'embryon doit être respecté. L'IAC peut être admise à l'intérieur du mariage, si elle est seulement support et aide thérapeutique et associée à l'acte conjugal, mais sans se substituer à lui. L'IAD est contraire à l'unité du mariage, à la dignité des époux, à la vocation propre des parents et au droit de l'enfant à être conçu et mis au monde dans et par le mariage. Illicite la fécondation d'un donneur autre que le mari et la fécondation par le sperme du mari d'un ovule qui ne provient pas de son épouse. La FIV même entre conjoints n'est pas acceptée, puisque l'objectif est de ne pas séparer l'acte sexuel de la procréation. L'Eglise rejette la conception in vitro même avec la collaboration des époux à cause de l'intervention des manipulations techniques et à cause de la destruction d'embryons par le fait de nombreux essais. Le DO n'est pas admis pour les raisons évoquées du lien mariage et enfants. Le DPI ne peut être pratiqué puisqu'il peut aboutir à une destruction de l'embryon si celui-ci est atteint de la maladie recherchée. Les interventions thérapeutiques visant à sauver l'embryon sont acceptées. **réduction embryonnaire** : *Il est essentiel de considérer tout embryon comme appartenant à l'humanité. Tout embryon est un être humain déjà. Il n'est donc pas objet disponible pour l'homme et nul n'a le pouvoir de fixer les seuils d'humanité d'une existence singulière. Cela touche l'utilisation pour la recherche et la mise au point d'éventuelles thérapies, d'embryons humains constitués dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation. Il ne s'agit pas de suspecter a priori toute recherche, il s'agit de s'interroger avec une conscience éveillée sur le danger d'instrumentalisation de ce qui est déjà humain. Certaines recherches honorent l'humanité, d'autres pratiques la blessent* (Conseil permanent des évêques de France l'embryon humain n'est pas une chose 2001).

En toutes circonstances, l'Eglise Catholique comprend le désir des époux, mais elle fait valoir le but du mariage et le droit de l'enfant dès sa conception. En cas de stérilité, l'Eglise encourage l'adoption.

PMA : procréation médicalement assistée
IAC : insémination avec sperme du conjoint
IAD : insémination avec sperme de donneur
FIV : fécondation in vitro
DO : don d'ovocytes
GPA : gestation pour autrui
DPI : diagnostic pré-implantatoire

Interruption Médicale de Grossesse, Soins palliatifs prénataux et Deuil périnatal

1/2

La loi française autorise l'interruption *médicale* de grossesse (IMG) à tout âge de la grossesse (c'est-à-dire depuis la fécondation jusqu'avant la naissance) pour deux raisons :

- soit quand la grossesse **met en péril grave la santé de la mère**,
- soit quand le fœtus est atteint d'une **affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable...**

Les conditions de réalisation en sont précisées par l'article 2213-1 du Code de Santé publique*.

Le « choix entre mère et enfant » : Quand la grossesse menace la vie de la mère, l'IMG est tolérée par la plupart des Eglises protestantes, par le Judaïsme et par l'Islam. Pour les catholiques, « en aucun cas, l'Eglise Catholique n'enseigne que la vie de l'enfant doit être préférée à celle de la mère. D'un côté comme de l'autre, il ne peut y avoir qu'une seule exigence : faire tous les efforts pour sauver la vie de la mère et de l'enfant. La plus noble aspiration de la médecine est de chercher toujours de nouveaux moyens pour conserver la vie de l'un et de l'autre ». (Encyclique « casti connubii » 1930 Pie XI)

L'anomalie grave de l'enfant : Pour l'Islam, l'embryon étant considéré comme un être humain à partir du 40e jour après la conception, l'IMG est pour certains acceptée jusqu'à cette date, d'autres la récusent depuis la fécondation.

Pour le Judaïsme, l'IMG serait éventuellement tolérée en cas de pathologie fœtale grave pouvant entraîner un décès néonatal. Les parents sauront solliciter systématiquement l'avis d'une autorité rabbinique compétente.

Au sein du Protestantisme, la décision repose sur les parents au nom de l'Ethique individuelle de Responsabilité ; il n'y a pas d'unanimité des Eglises protestantes sur l'IMG, un avis et un accompagnement par le pasteur étant souhaitables dans ces circonstances.

Pour l'Eglise Catholique, il n'y a aucune exception au refus de l'interruption de la vie d'un embryon ou d'un fœtus. Pour autant, un choix des parents non conforme aux règles de l'Eglise n'exclut pas un accompagnement religieux et humain.

Soins palliatifs prénataux :

Face au diagnostic d'une maladie potentiellement létale ou devant une situation qui va entraîner le décès in utero d'un enfant ou d'un nouveau-né dans ses premières heures ou premiers jours de vie, les professionnels doivent proposer en alternative à l'IMG, un accompagnement spécifique de l'enfant et des parents pendant la grossesse et en période postnatale (soins palliatifs prénataux)**

Deuil périnatal :

Outre la mise en œuvre de démarches administratives protocolisées par la circulaire de 2009 (déclaration de naissance, livret de famille, droits sociaux...), le respect des rites autour de l'enfant décédé (baptême, obsèques, présentation du corps...) en période périnatale fait partie des « bonnes pratiques médicales » à organiser par les équipes de soins pour favoriser la bonne qualité du deuil périnatal ***. ...

Interruption Médicale de Grossesse, Soins palliatifs prénataux et Deuil périnatal

2/2

- ... **CIRCULAIRE interministérielle** DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_182_190609.pdf

Enfant décédé à la naissance : quelles sont les règles d'état civil :

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F19224.xhtml>

***Article L2213-1 du CSP** (Modifié par LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 25)

L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins quatre personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique, membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, un praticien spécialiste de l'affection dont la femme est atteinte, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Le médecin qualifié en gynécologie-obstétrique et le médecin qualifié dans le traitement de l'affection dont la femme est atteinte doivent exercer leur activité dans un établissement de santé.

Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Lorsque l'équipe du centre précité se réunit, un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation. Hors urgence médicale, la femme se voit proposer un délai de réflexion d'au moins une semaine avant de décider d'interrompre ou de poursuivre sa grossesse.

Dans les deux cas, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de ladite équipe.

Adresses utiles

**Soins palliatifs prénataux : Association SPAMA (<http://www.spama.asso.fr/fr/>)

***Deuil périnatal : Association Petite Emilie (<http://www.petiteemilie.org/>)

Stérilisation masculine ou féminine

1/2

La réglementation française (Basée sur la loi du 4 juillet 2011)

Seules les personnes majeures peuvent demander une stérilisation à visée contraceptive.

Il ne peut être procédé à une stérilisation à visée contraceptive qu'à l'issue d'un **délai de réflexion de 4 mois** après la 1^e consultation médicale préalable.

Cette consultation rappellera le **caractère définitif et irréversible** de la stérilisation (stérilisation tubaire ou vasectomie), ainsi que les **alternatives**.

Si la réflexion menée au cours de ce délai conduit la personne concernée à maintenir sa demande initiale de stérilisation, l'intéressé(e) confirme par écrit sa volonté d'accéder à cette intervention.

Son seul consentement est recueilli pour la réalisation de l'acte (pas de nécessité du consentement du conjoint).

Il s'agit d'un acte chirurgical qui ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé (hôpital, clinique).

La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure.

Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement, et à l'issue d'une procédure spécifique. *(L'intervention est alors subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée. Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ...*

Stérilisation masculine ou féminine

2/2

... ou à la révocation de son consentement. Le juge entend les père et mère de la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile. Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.)

Position des principales religions en France

Stérilisation à but contraceptif exclusif

- La religion catholique, considérant comme un préalable la vocation de l'Homme à donner la vie, n'est pas favorable à la stérilisation humaine.
- La religion musulmane considère qu'il ne faut pas porter atteinte à l'intégrité du corps humain, et n'est donc pas favorable à la stérilisation humaine.
- Pour le Judaïsme, il convient également de préserver son corps, de ne pas y porter atteinte, excluant de fait la stérilisation humaine.

Stérilisation d'indication médicale

Dans l'hypothèse où une grossesse mettrait la vie de la femme en danger, et aucune solution contraceptive n'existerait, chaque situation doit être étudiée au cas par cas dans le Judaïsme ; pour catholiques et musulmans, chaque situation nécessite d'éclairer les patients sur les préceptes religieux pour tenter d'éviter la stérilisation.

Dans le Protestantisme, pour les deux indications précédentes, les positions sont diverses : le patient, souverain dans son choix, est donc libre de consulter un pasteur de son Eglise.

Lien utile : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_sterilisation_a_visee_contraceptive.pdf

Don d'organe entre vivants

1/2

Le don d'un organe (rein, lobe pulmonaire ou hépatique) ou de cellules souches hématopoïétiques (contenues notamment dans la moelle osseuse) de son vivant est autorisé par la loi française.

La loi de bioéthique du 6 août 2004, révisée le 7 juillet 2011, en détermine les conditions.

Celles-ci sont reprises par l'article 16 d u Code de déontologie médicale (**Collecte de sang et prélèvements d'organes**), avec toutes les références utiles

Article 16 (article R.4127-16 du code de la santé publique)

La collecte de sang ainsi que les prélèvements d'organes, de tissus, de cellules ou d'autres produits du corps humain sur la personne vivante ou décédée ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions définis par la loi.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-16-collecte-de-sang-et-prelevements-d-organes-240>

Conditions légales

Le donneur peut être un membre de la famille du receveur, son conjoint, le conjoint de son père ou de sa mère, ainsi que toute personne apportant la preuve d'une vie commune ou d'un lien affectif étroit et stable avec le receveur d'au moins deux ans. En cas d'incompatibilité de groupe sanguin entre le donneur et le receveur, le don croisé entre deux couples donneurs-receveurs est autorisé (anonymat alors obligatoire). Un majeur protégé ne peut être donneur d'organe ; un mineur non plus, excepté le don de cellules souches pour sa fratrie.

Le donneur vivant d'organe doit :

- exprimer sa volonté de donner,
- accepter une évaluation médicale exhaustive,
- rencontrer un comité-expert « donneurs-vivants » qui vérifie qu'il a bien reçu et compris les informations sur les risques et conséquences de son projet,
- formaliser ce consentement devant un magistrat (TGI) qui s'assure de la conformité avec le cadre réglementaire, après quoi la décision du comité-expert est rendue.

Le don d'organe, de tissus ou de cellules est gratuit.

Don d'organe entre vivants

2/2

Le don de sang de cordon après l'accouchement est anonyme et ne peut concerner pour une femme son propre enfant ; la conservation autologue du sang de cordon est en France interdite et punie par la loi (<http://www.dondesangdecordon.fr/>).

Position des religions sur le don d'organe entre vivants

Le Judaïsme, l'Islam et la religion Chrétienne autorisent le don d'organe entre vivants s'il ne met pas en danger la vie du donneur, s'il est indispensable pour le receveur et s'il ne donne lieu à aucune commercialisation.

Toute transplantation d'organe tire son origine d'une décision d'une grande valeur éthique. La décision d'offrir, sans récompense, une partie de son corps pour la santé et le bien-être d'une autre personne. C'est précisément ici que réside la noblesse de ce geste, un geste qui est un véritable acte d'amour. (Jean Paul II, 2000)

Don d'organes post-mortem et convictions religieuses

1/2

Les grands principes de l'utilisation des organes humains sont les suivants :

- Consentement du donneur ou de ses représentants légaux
- Gratuité
- Anonymat
- Interdiction de publicité
- Sécurité sanitaire
- Biovigilance

Concernant le consentement, la règle posée est une **présomption de consentement** (sauf mineurs). La loi de 2004 a généralisé cette règle à tous les prélèvements après décès quelle que soit leur finalité, thérapeutique ou scientifique. Il existe cependant 2 cas dans lesquels la présomption de consentement peut être renversée :

-Lorsque le défunt, de son vivant, a fait connaître un refus de prélèvement de ses organes après le décès

- En cas de témoignage de ce refus par les proches.

Tous les moyens d'exprimer un refus de prélèvements sont valables. Citons néanmoins le registre national automatisé.

Don d'organes et religion :

Aucune des principales religions ne s'oppose au don d'organe à visée thérapeutique. Dans tous les cas, le corps du défunt doit être respecté dans sa dignité profonde.

Pour les catholiques

Le don d'organe comme le don du corps à la science, sont autorisés, s'ils sont considérés comme un acte d'amour et le témoignage d'une solidarité active, sur la base de la liberté de la personne qui en aura fait part à ses proches, oralement ou par écrit, «pouvant revenir sur sa décision.

Pour les protestants

Les protestants encouragent le don et la greffe d'organes, à condition que le corps du donneur soit respecté. L'expression explicite de donner ou de refuser de donner est encouragée afin d'éviter de confier à une famille, souvent bouleversée, le soin de prendre une décision.

Pour la religion musulmane

Le don d'organes est autorisé s'il y a eu l'accord du défunt.

Pour le judaïsme

Le don d'organe n'est pas recommandé (respect de l'intégrité du corps)

Code de Déontologie médicale

Article 16 (article R.4127-16 du code de la santé publique)

La collecte de sang ainsi que les prélèvements d'organes, de tissus, de cellules ou d'autres produits du corps humain sur la personne vivante ou décédée ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions définis par la loi.

...

Don d'organes post-mortem et convictions religieuses

2/2

...

Commentaires

... Le prélèvement d'organes sur une personne dont la mort a été dûment constatée (infra) ne peut être effectué, sauf opposition de sa part exprimée de son vivant, qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques (article L.1232-1 du code de la santé publique). Il en va de même du prélèvement des tissus et cellules (article. L.1241-6).

Le refus du prélèvement peut être exprimé par tout moyen, notamment par l'inscription sur un registre national automatisé, dit Registre national des refus, dont le fonctionnement et la gestion sont assurés par l'Agence de la Biomédecine. Toute personne majeure ou mineure âgée de 13 ans au moins peut faire inscrire sur ce registre, son refus d'un prélèvement post-mortem soit à des fins thérapeutiques, soit pour rechercher les causes du décès, soit à des fins scientifiques, soit pour plusieurs de ces hypothèses.

Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir auprès des proches du défunt l'opposition au don d'organe, éventuellement exprimée, par la personne de son vivant, par tout moyen et il les informe de la finalité des prélèvements envisagés.

Lorsque le donneur est un mineur ou un majeur protégé, le prélèvement ne peut être opéré qu'avec l'autorisation écrite de chacun des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal....

Evolutions législatives :

Loi du 15 novembre 1887

Elle est toujours en vigueur et concerne la liberté des funérailles. Une personne capable peut régler par testament, et donc de manière volontaire, le sort de sa dépouille mortelle. Ceci rend possible le don de son corps à la Faculté de médecine dans une perspective de recherche et d'enseignement médical.

Loi Lafay du 7 juillet 1949

Cette loi autorisait les prélèvements en vue d'une greffe de cornée dès lors que la personne décédée avait volontairement légué ses yeux à un établissement public ou à une œuvre privée.

Loi Cavaillet du 22 décembre 1976 :

Cette loi a constitué un cadre juridique permettant les prélèvements d'organes et de tissus. Le législateur a choisi d'adapter les organes disponibles aux besoins grandissant en introduisant la notion de présomption de consentement aux prélèvements après décès.

Lois bioéthique du 29 juillet 1994 :

Ces lois ont abrogé les lois Lafay et Cavaillet. L'une était relatives au respect du corps humain, l'autre au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. Elles ont posé les principes généraux concernant le statut juridique du corps humain et de son utilisation.

Loi du 1er juillet 1998 :

Cette loi a complété les lois de 1994 en donnant des dispositions relatives au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. Les organes humains prélevés sont considérés et traités comme des « produits de santé ».

Loi relative à la bioéthique du 6 août 2004 :

Cette loi a considérablement assoupli les conditions d'accès aux organes, en vue de répondre aux besoins de pratique.

Demande d'autopsie

1/2

L'autopsie judiciaire ou médico-légale est requise par l'autorité judiciaire pour rechercher les causes d'un décès. A ce titre, l'entourage (ou qui que ce soit d'autre) ne peut s'y opposer, y compris pour des raisons religieuses.

A l'issue d'un délai d'un mois à compter de la date de l'autopsie, les proches du défunt ayant qualité pour pourvoir aux funérailles peuvent demander la restitution du corps auprès du Procureur de la République ou du Juge d'instruction, qui doit y répondre par une décision écrite dans un délai de 15 jours. Le praticien ayant procédé à une autopsie judiciaire est tenu de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps avant sa remise aux proches du défunt.

Code de procédure pénale : articles 230-28 à 31 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000024029055&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20141001>

L'autopsie médicale et scientifique est peu fréquente en France ; une enquête originale menée par l'Académie nationale de médecine a recensé le nombre d'autopsies réalisées pendant 8 mois de 2013 en France métropolitaine. Il aurait été réalisé seulement 588 autopsies médicales après le décès d'adultes, 433 chez des enfants et 6 541 actes de fœtopathologie (embryons, fœtus et placentas). L'Académie relève les obstacles administratifs et religieux.

L'autopsie, comme tout prélèvement d'organe, peut être effectuée dès lors que la personne concernée n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement. Si le médecin n'a pas directement connaissance de l'opposition du défunt, il doit recueillir l'absence d'opposition de sa famille. Celle-ci est indispensable pour les mineurs.

Code Santé Publique ; article L. 1232-1 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006686157&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

Les chrétiens, catholiques et protestants, ne s'opposent pas à l'autopsie d'un défunt.

Dans le judaïsme, le respect de l'intégrité du corps s'oppose à la réalisation d'une autopsie ; sur indication médicale impérative, l'entourage pourra requérir une autorisation rabbinique.

Demande d'autopsie

2/2

- ... Pour les musulmans, le Coran n'interdit pas l'autopsie, mais insiste pour que le plus grand respect soit porté à la dépouille mortelle; ainsi, la mutilation d'un cadavre est considérée comme si elle survenait sur une personne vivante. Dans la perspective de la conviction en la résurrection du corps entier, les organes prélevés devront être réintégrés dans le corps avant de rendre le corps à la famille pour la toilette rituelle et l'ensevelissement.

Suppléances vitales et accompagnement de fin de vie

1/2

En fin de vie, l'observation du principe de laïcité dans les soins n'exclut pas l'accompagnement des personnes malades et de leurs proches dans leurs besoins spirituels et le respect des différences.

Les décisions relatives à la proportionnalité des soins en fin de vie s'inscrivent dans un cadre législatif et déontologique (art 37 et 38 du Code de Déontologie Médicale) et répondent au nécessaire respect des personnes et de leur entourage.

Les soins palliatifs intègrent la dimension spirituelle. Ils s'adressent aux personnes malades et à leurs accompagnants. Tous les soignants se doivent de faciliter l'accompagnement spirituel, y compris religieux, pour les personnes qui en font la demande (aumôniers, lieux de culte...)

Pour informer et accompagner, les professionnels de santé tiennent compte du contexte culturel du patient et de ses proches. Les temps d'échange sont adaptés à un objectif de compréhension réciproque. Le recours à une médiation culturelle peut être nécessaire (traducteur, représentant des cultes...).

Article 37 du Code de Déontologie Médicale (article 4127-37 du Code de Santé Publique)

I. - En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.

II. - Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L. 1111-4 et au premier alinéa de l'article L.1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R. 1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale. La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, après ...

Suppléances vitales et accompagnement de fin de vie

2/2

... concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant.

Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

III. - Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L. 1110 -5 et des articles L. 1111- 4 ou L. 1111-13, dans les conditions prévues aux I et II du présent article, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes et dans les conditions énoncés à l'article 38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire.

Article 38 du Code de Déontologie Médicale (article 4127-38 du Code de Santé Publique)

Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage.

Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

Soins post-mortem et toilettes mortuaires

1/2

Dans les Eglises chrétiennes, il n'y a généralement pas d'obligation stricte concernant la préparation des corps, mais des traditions. Le défunt est déposé sur le dos, le visage découvert, les yeux fermés : on peut éventuellement croiser ses mains sur la poitrine, déposer un objet religieux, mais l'essentiel reste dans le respect du corps, sans autre obligation de fond.

Dans le judaïsme, pour la préparation des corps, aucun geste chirurgical ne sera entrepris, sauf obligation médicale ou juridique, conformément au précepte du respect de l'intégrité du corps post-mortem. Les «membres du dernier devoir» se chargeront de la préparation du corps, les hommes pour un défunt, les femmes pour une défunte. La toilette mortuaire obéit à un rituel précis destiné à débarrasser le défunt de toute impureté avant sa présentation devant l'Eternel.

Pour l'Islam, la toilette rituelle du défunt sera faite par un ou deux bénévoles du même sexe que le défunt. Les yeux sont fermés, tous les bijoux ôtés y compris l'alliance, les prothèses dentaires retirées. Il ne sera réalisé aucun geste chirurgical, sauf obligation médicale ou juridique, conformément au précepte coranique du respect de l'intégrité du corps post-mortem.

Salles dédiées en Etablissements de Soins: pour ces religions, la toilette des défunts nécessite un accès à une salle spécifique équipée pour le lavage des corps avec un accès à l'eau.

Pratique religieuse dans les lieux de soins

1/2

Patients :

Il convient d'adapter sa pratique religieuse aux circonstances (hospitalisation, consultation...).

Certaines religions recommandent un certain nombre de prières quotidiennes (5 pour la religion musulmane, 3 pour le judaïsme...). Pour ces prières, existent des horaires déterminés selon des créneaux horaires quotidiens précis. Toutefois, un croyant peut, en cas d'empêchement, remplir cette obligation plus tard dans la journée.

Soignants :

Aux patients pratiquant (ou souhaitant pratiquer) un rituel de prière dans un lieu de soins où circulent soignants, patients ou public, le soignant doit avec tact expliquer que le lieu n'est pas adapté, et que toutes les religions permettent de rattraper plus tard leurs obligations de prière.

Dans les établissements de soins, la mise en place de salles de prière (multi-religieuses) pourrait permettre aux patients hospitalisés en chambres multiples de respecter leurs obligations ; toutefois, les pratiques religieuses des patients ne doivent pas différer les soins médicaux. Hors soins urgents et dans la limite de l'organisation du service, les soignants se doivent de respecter les prières en cours des patients hospitalisés et leurs entretiens avec les représentants de leur culte.

Enfin, les soignants sont eux aussi tenus d'adapter leurs pratiques religieuses personnelles aux contraintes de l'organisation du service.

Jeûne religieux et alimentation en milieu hospitalier

1/2

1/ Jeûnes religieux du patient

Plusieurs religions proposent des périodes de jeûne dans un but général de purification. Citons principalement:

- le jeûne du mois de Ramadan chez les musulmans interdit la prise de nourriture, de boissons ou de médicaments entre l'aube et le coucher du soleil
- pendant le temps du Carême chez les catholiques, il est recommandé pendant les 40 jours avant Pâques une alimentation frugale (pas de viande le vendredi), avec jeûne complet (sauf eau) le Mercredi des Cendres et le Vendredi Saint
- le jeûne du Yom Kippour chez les juifs impose une abstention stricte de boissons et nourriture pendant 25 heures
- le temps du Carême chez les protestants est centré sur la méditation ; un ou plusieurs jours de jeûne relèvent du choix individuel.

Dans toutes les religions, le jeûne trouve sa limite dans l'état de santé (ou l'âge trop jeune ou trop avancé) du patient, la santé de l'individu primant sur le respect de l'abstinence alimentaire. Ainsi chez les catholiques, le jeûne est recommandé entre 16 et 65 ans, tous les malades étant dispensés.

Le médecin interrogé par un patient doit donc lui expliquer le risque du jeûne adapté à son état de santé spécifique ; en cas de mise en danger par lui-même d'un patient notamment en Etablissement de santé, le recours aux aumôniers ou à un référent religieux est recommandé.

2/ Pratiques alimentaires des patients hospitalisés

CSP Article R. 1112-48

(Décret 2003-462 2003-05-21 art. 5 JORF 27 mai 2003)

Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments. Le cadre infirmier du service s'oppose, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit. Les denrées et boissons introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou à défaut détruites....

Jeûne religieux et alimentation en milieu hospitalier

2/2

... Circulaire DHOS/G no 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

.... la charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire DGS/DH no 22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés précise :
« L'établissement de santé doit respecter les croyances et les convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression...)»

Ces 2 textes ne sont pas incompatibles ; la structure d'hospitalisation peut proposer des alternatives à ceux qui ne consomment pas de porc ; il n'y a toutefois pas d'obligation réglementaire.

Pour les patients mangeant par exemple strictement casher ou hallal, il peut être proposé soit des plats cuisinés spécifiques à réchauffer fournis par l'Etablissement, soit des repas préparés à l'extérieur par des proches et respectant les recommandations médicales (diabète, régime sans sel...) ; un refus de suivi des recommandations médicales alimentaires est à gérer (notamment avec les aumôniers) et à tracer comme tout refus de soins.

3/ Jeûnes religieux et pratiques alimentaires des soignants

Aucune réglementation, aucun interdit, mais aussi aucun aménagement de l'activité professionnelle ne sont prévus pour les soignants pendant les périodes de jeûne.

Le jeûne doit être compatible avec l'activité de soins et ne modifie en rien les obligations des soignants à l'égard des patients. Les employeurs (médecins ou Etablissements de soins) ne sont pas tenus de proposer à leurs personnels une nourriture spécifique tenant compte des convictions religieuses ou des habitudes alimentaires.

Médicaments (conditionnement)

1/2

L'origine et la composition des médicaments peuvent poser problème à des patients, notamment du fait :

- de l'origine animale ou humaine des constituants du produit
- du respect des règles ou coutumes alimentaires (cashier, hallal...)
- des rites de jeûnes religieux.

Une règle générale commune à toutes les religions est que la santé humaine est primordiale, imposant de prendre les médicaments pendant les jeûnes rituels si la santé en dépend, de ne pas arrêter un traitement s'il existe le moindre danger pour l'individu et d'utiliser des produits dont les constituants ne sont pas conformes s'il n'y a pas d'alternative.

Judaïsme *casherout des médicaments :*

La gélatine (de porc) utilisée comme excipient de nombreux médicaments est en principe dénaturée, donc tolérée.

Un médicament qui est pris par piqûre, pansement, infusion... et n'est pas consommé par la bouche pourra être utilisé même s'il contient des produits interdits. Les médicaments non casher « au goût agréable » et/ou contenant de l'alcool (sirop) sont à éviter, sauf si indispensables et sans équivalent.

A la Pâque juive, il ne faut en théorie pas consommer des produits contenant l'une des 5 céréales non recommandées (*blé, orge, épeautre, seigle, avoine*), sauf si indispensable à la santé.

Une liste de médicaments autorisés est disponible :

http://www.consistoire.org/documents/4377/Medicaments_Pess11.pdf

Pour les médicaments hors liste, consulter l'autorité rabbinique.

Enfin, un **guide spécifique des médicaments casher** est disponible sur envoi ou en ligne, le guide MEDIEL (<http://www.mediel.com/>).

Islam :

Préférer des médicaments respectant la préparation Hallal ; si ce n'est pas possible, tout médicament est autorisé.

Une industrie pharmaceutique spécifique et un référencement de médicaments hallal existe dans certains pays (Australie, Idoésie...).

Port de vêtements religieux ou traditionnels pendant les soins

1/2

Le respect de la volonté du patient permet d'accepter le port de vêtements religieux, traditionnels ou coutumiers, si la qualité des soins ne s'en ressent pas. La pratique du port de vêtements religieux ou traditionnels pendant les soins médicaux ne doit pas entraver la qualité des soins.

Toutefois si le patient persiste dans son désir de conserver ses vêtements, il convient de l'informer des difficultés ou de l'impossibilité que peut occasionner sa demande d'examen (clinique, radiologique...).

Enfin, dans les lieux de soins publics, s'applique la loi de 2010 ne concernant que la dissimulation du visage :

LOI n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public (1)

Article 1 :

Nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler son visage.

Article 2 :

I. — Pour l'application de l'article 1er, l'espace public est constitué des voies publiques ainsi que des lieux ouverts au public ou affectés à un service public.

II. — L'interdiction prévue à l'article 1er ne s'applique pas si la tenue est prescrite ou autorisée par des dispositions législatives ou réglementaires, si elle est justifiée par des raisons de santé ou des motifs professionnels, ou si elle s'inscrit dans le cadre de pratiques sportives, de fêtes ou de manifestations artistiques ou traditionnelles

Par ailleurs, la rédaction d'un certificat médical justifiant le port de vêtements religieux ou traditionnels dans des lieux publics ou non autorisés par la loi peut être considérée comme un certificat de complaisance, si l'indication médicale n'est pas strictement justifiée.

Code de déontologie médicale

Article 28 (article R.4127-28 du code de la santé publique)

La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

Refus de soignant pour motif religieux (patient majeur)

1/2

Article L. 1111-3 du Code de la santé publique :

... Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Article 36 du Code de déontologie médicale :

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou les traitements proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.»

Charte Laïcité : Les usagers des services publics ne peuvent récuser un agent public, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions de ses usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement.

Situations concrètes (tirées de cas réels):

- hors urgence, chacun est libre de choisir son médecin ; le libre choix du patient trouve ses limites dans la nécessaire organisation des équipes médicales, notamment lors d'une hospitalisation.

Refus de soignant pour motif religieux (patient majeur)

2/2

... - en urgence, si un homme refuse d'être soigné par une femme ou une femme par un homme ; si un patient exige un soignant de même religion... :

- Il existe une alternative au sein de l'équipe médicale de garde : un autre soignant peut être appelé à intervenir, dans les limites des exigences de l'organisation du service.
- Il n'existe pas d'alternative : les soins urgents sont réalisés par l'équipe de garde; *pas d'obstacle dans les religions juive, catholique et protestante; pour la religion musulmane, la plupart des religieux indiquent que, s'il n'a pas le choix, le patient ou la patiente par nécessité médicale autant que par obligation religieuse doit accepter d'être soigné par une personne de sexe opposé.*
- Il n'est pas pertinent dans ces situations de transférer le patient ou la patiente dans un autre établissement ou de rappeler de son domicile un soignant qui n'est pas de garde.
- Hors urgence, mais même en situation d'urgence, il peut être fait appel à l'aumônier de l'établissement ou à toute autre personne pouvant assurer une médiation ou une information spécifique.

Refus persistant dans l'urgence: si le malade persiste dans son refus, le médecin est dans l'impossibilité juridique de passer outre la volonté du malade. Le médecin doit informer le patient des conséquences de son choix et réitérer l'information au patient et à la personne de confiance désignée. L'indifférence du médecin face à un refus de soins engage sa responsabilité. En cas de refus persistant, il est souhaitable de faire attester par écrit la décision du patient ou de la personne de confiance et d'inscrire la démarche du médecin dans le dossier médical (cf Fiche « traçabilité »).

Refus de soignant pour motif religieux par les parents (patient mineur)

1/2

Si le majeur choisit ses convictions, le mineur ne choisit pas forcément sa religion, et des règles d'appartenance religieuses ou philosophiques peuvent donc lui être imposées par ses parents.

Dans le cas où les parents s'opposent à un soin et si ce refus peut être préjudiciable pour l'enfant, après avoir si possible recueilli le consentement du patient mineur, le médecin délivre les soins, conformément à l'article L.1111-4 du code de santé publique : «[...] Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. [...]».

Si les soins sont urgents et que les parents refusent d'y consentir, le médecin prend la responsabilité de la décision et donne les soins nécessaires et urgents.

Hors urgence, lorsque le défaut de consentement aux soins des parents est susceptible de compromettre la santé du mineur, le médecin en avise le Procureur qui demandera alors une mesure d'assistance éducative permettant que les soins nécessaires soient dispensés à l'enfant.

Article L1111-4 du CSP : ... « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables »...

Article R. 1112-35 du CSP : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent ».

Article 43 du Code de déontologie médicale : « Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage ».

Article 42 du Code de déontologie médicale : « Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible

...

Refus de transfusion ou de produits d'origine sanguine

1/2

Le refus de transfusion sanguine (ou produits dérivés) est surtout le fait des Témoins de Jéhovah pour motifs religieux, mais aussi par d'autres patients, et pour des raisons parfois autres que religieuses.

L'utilisation thérapeutique du sang ou de ses dérivés ne pose aucun problème pour les religions juive, catholique, protestante et musulmane.

Concernant les mineurs ou majeurs sous mesure de protection juridique (tutelle...), l'obligation de soins passe outre le refus du patient, du tuteur ou du titulaire de l'autorité parentale, en cas d'urgence et si ce refus risque de générer des conséquences graves ; ceci n'exclut pas l'obligation d'information et la recherche de consentement du patient et de ses responsables légaux, information adaptée à leur niveau de compréhension.

Enfin, le refus de transfusion par un patient ne doit pas conduire le soignant à un refus de délivrer ses soins, mais doit amener le soignant à adapter sa prise en charge médicale aux demandes du patient et à répéter les demandes des soins qu'il juge lui-même adaptés.

Textes et situations

La loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner impose aux médecins de *respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables* (Article L1111-4 du code de santé publique).

La loi oblige le médecin à un respect total de la volonté de son patient, quelles qu'en soient les conséquences : *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* (Article L1111-4 du CSP).

2 situations se présentent :

- **Pas d'état de détresse vitale** : le médecin doit tout mettre en œuvre pour convaincre le patient d'accepter les soins, mais le refus devra impérativement être respecté ; ceci ne va pas à l'encontre des soins habituels, intégrant une prévention spécifique de l'anémie aiguë et des situations à risque hémorragique.

Quand le patient, inconscient et ne pouvant plus exprimer sa volonté, se trouve dans une situation où sa vie est en danger, le respect de son refus de soins reste inscrit dans la loi du 4 mars 2002, mais l'obligation d'assistance à personne en danger peut conduire le médecin à transfuser un patient. Pour ses décisions, le médecin prend par ailleurs en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier par des directives anticipées ou par sa personne de confiance.

...

Refus de transfusion ou de produits d'origine sanguine

2/2

...

Synthèse

En cas de refus de transfusion ou de produits sanguins, le soignant doit :
-chercher à convaincre le patient d'accepter les soins à chaque étape de la prise en charge

-adapter si possible sa prise en charge médicale à ce refus exprimé pour éviter une situation à risque

-en situation d'urgence et si le patient est inconscient, pour connaître la volonté du patient préalablement exprimée auprès d'eux, consulter la personne de confiance ou, à défaut son entourage.

En situation d'urgence et si le patient est inconscient, en son âme et conscience et selon la situation médicale, le médecin peut, soit passer outre et transfuser le patient si cela est une condition indispensable à lui sauver la vie, soit respecter la volonté préalablement exprimée du patient jusqu'à son décès pourvu que ce risque lui ait été préalablement clairement exprimé.

Dans tous les cas, une traçabilité exhaustive et pas à pas de la démarche médicale est indispensable.

L'évolution de la législation se fait vers une importance accrue des directives anticipées..., et l'évolution de la jurisprudence de plus en plus vers le respect de la volonté du patient.

Jurisprudence

2 obligations s'affrontent avec des jurisprudences différentes et non contradictoires.

Transfuser le patient malgré son refus ?

Le juge administratif a eu, plusieurs fois, à se prononcer dans des affaires où malgré le refus conscient et obstiné d'un patient Témoin de Jéhovah, le praticien avait passé outre ce refus et pratiqué la transfusion : tout en faisant une stricte application de la loi dans les hypothèses où le pronostic vital n'est pas en jeu, les médecins qui sont passés outre le refus de transfusion ou l'établissement employeur ne sont pas condamnés dès lors « qu'après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état » (CE référé 16 août 2002). Le juge administratif reconnaît donc au médecin la possibilité, sous certaines conditions, de passer outre le refus de soins en cas de danger immédiat pour la vie du patient, et ce, malgré la loi Kouchner.

Respecter la volonté du patient inconscient préalablement exprimée ?

Le juge civil a eu à se prononcer sur ce sujet. En 1995, une patiente Témoin de Jéhovah est décédée à la suite d'une délivrance hémorragique survenue lors de son troisième accouchement (placenta prævia). Celle-ci avait refusé de recevoir une transfusion sanguine ou une autotransfusion, refus recueilli par écrit, puis réitéré par l'époux et la mère de la patiente.

Après le décès, certains ayants droits de la patiente ont poursuivi civilement le gynécologue obstétricien pour obtenir réparation de leur préjudice lui reprochant de n'avoir pas pratiqué plus tôt une hystérectomie d'hémostase et d'avoir respecté la volonté de sa patiente jusqu'au bout !

Pénalement, la procédure a rapidement abouti à un non-lieu.

En matière civile, deux décisions allant dans le même sens ont été rendues en première instance (TGI Aix en Provence 2004) et en appel (Cour d'Appel Aix en Provence 2006). Les juges ont considéré que le médecin qui a respecté le refus de la patiente ne peut se voir poursuivi puisqu'il se conforme strictement aux dispositions légales. Le jugement d'appel précise « qu'il ne saurait être reproché au médecin, qui doit respecter la volonté du malade, d'avoir éventuellement tardé à pratiquer une intervention vitale, alors qu'il ne pouvait la réaliser sans procéder, contre la volonté du patient à une transfusion sanguine ». Enfin, allant jusqu'au bout de cette logique, les juges ont même alloué des dommages et intérêts au praticien pour avoir enduré ce qu'ils ont considéré comme une procédure abusive.

Vaccinations et recommandations de santé avant pèlerinages ou voyages à l'étranger

1/2

Les médecins sont souvent consultés pour des demandes de vaccinations ou des avis sur les précautions à prendre avant un pèlerinage ou un voyage. Ces précautions sont disponibles dans les centres de vaccination ou sont consultables en ligne (par exemple en région toulousaine):

*<http://www.chu-toulouse.fr/-conseils-aux-voyageurs->
<http://www.chu-toulouse.fr/-recommandations-par-pays->
<http://www.toulouse.fr/web/sante/vaccination>*

Plus spécifiquement, pour les pèlerins de La Mecque, MENO-MUNE A, C, Y, W135 est obligatoire (2015), et le voyageur doit pouvoir présenter **un certificat de vaccination** datant de plus de 10 jours et de moins de 3 ans.

Plus généralement, quand il est interrogé, le médecin peut informer son patient qu'à la demande de visa, la liste des vaccins nécessaires lui sera donnée.

Le médecin qui vaccine est tenu d'informer le patient des risques spécifiques le concernant liés à une éventuelle vaccination indispensable pour réaliser son voyage. Par ailleurs, la rédaction d'un certificat médical contre-indiquant la vaccination peut être considérée comme un certificat de complaisance, si l'indication médicale n'est pas strictement justifiée.

Vaccinations et recommandations de santé avant pèlerinages ou voyages à l'étranger

2/2

...

La vaccination des enfants demandée par les parents doit respecter les contre-indications médicales définies par les soignants ; en cas d'incitation à réaliser une vaccination contre-indiquée ou dangereuse chez un enfant ou un majeur protégé, un signalement respectant les modalités légales peut être discuté.

À l'occasion d'une vaccination notamment, en cas de suspicion ou de connaissance d'un voyage à l'étranger ayant pour objectif la **pratique rituelle de l'excision**, une information doit être donnée par le médecin sur l'interdiction par les autorités françaises d'une telle pratique, et les risques encourus par les responsables légaux de la mineure au moment du retour en France (cf Fiche excision).

Pratique religieuse ou sectaire ?

1/2

Respectueux de toutes les croyances et fidèle au principe de laïcité, le législateur s'est toujours refusé à définir les notions de secte et de religion. Il n'existe donc pas de définition légale de la dérive sectaire.

*La MIVILUDES, mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires définit la dérive sectaire comme un **dévoiement de la liberté de pensée, d'opinion ou de religion qui porte atteinte aux droits fondamentaux, à la sécurité ou à l'intégrité des personnes... Elle se caractérise par la mise en œuvre... de pressions ou de techniques ayant pour but de créer, maintenir ou exploiter chez une personne un état de sujétion psychologique ou physique, la privant d'une partie de son libre arbitre...***

Face à une méthode non éprouvée scientifiquement, le médecin doit prendre conseil ou signaler cette pratique auprès de son Ordre professionnel (où existe un référent « dérives sectaires ») ou auprès de la MIVILUDES (<http://www.derives-sectes.gouv.fr/>).

Une dérive sectaire suppose la présence de 3 éléments :

- la mise en œuvre de pressions ou de techniques ayant pour effet d'altérer le jugement ;
- un état de sujétion psychologique ou physique ;
- des résultats néfastes pour l'individu ou pour le corps social.

Avant d'effectuer le signalement, il est nécessaire de prendre certaines précautions:

- vous devez vous assurer d'avoir bien compris l'information que vous avez reçue ;
- vous ne devez pas tout mettre sur le compte de la dérive sectaire (cf. fiches 1-1 et 1-2 du Guide MIVILUDES 2012 http://www.derives-sectes.gouv.fr/sites/default/files/publications/francais/guide_sante_complet.pdf);
- vous devez faire preuve de discernement ;
- vous devez maintenir un positionnement neutre et sans jugement de valeur sans pour autant tomber dans l'indifférence.

Le médecin ne trahit pas le secret professionnel quand, **avec l'accord de la victime majeure**, il porte à la connaissance du procureur de la République ou de la CRIP les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer qu'une ou des infractions ont été commises (article 226-14 du Code pénal).

Si son patient **encourt un danger** du fait du recours à des méthodes thérapeutiques non éprouvées prônées par un mouvement sectaire ou par un pseudo-praticien, il devra accomplir son devoir de conseil en **tentant de convaincre son patient de la dangerosité** de ces méthodes et en l'accompagnant tout au long du processus médical.

Face à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, le médecin adressera un signalement au procureur de la République, près le tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel du mineur. ...

Pratique religieuse ou sectaire ?

2/2

...

Contenu type d'un signalement

Coordonnées de la personne ou de l'institution qui signale :

NOM :

Fonction :

Établissement :

Adresse :

Téléphone / Fax /Mail :

Date des faits :/...../.....

Nom et qualité des personnels ayant connaissance des faits :

Description des faits, la plus précise possible :

Conséquences pour la ou les victimes :

Bien préciser si la personne victime est un mineur, ou éventuellement un majeur sous mesure de protection juridique :

Investigations déjà menées :

Mesures prises ou envisagées au sein de votre institution :

Signalements déjà effectués à d'autres institutions :

Fait le :/...../.....

Le signalement peut être adressé au CDOM
ou à la MIVILUDES : miviludes@pm.gouv.fr

Traçabilité des refus de soins (pour tout motif)

1/2

Article L. 1111-4 du code de la santé publique « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical...»

Hormis les hospitalisations sous contraintes, tout patient peut refuser tout ou partie des soins proposés par un soignant. Toutefois, face à un refus de soins, tout professionnel de santé a des obligations : un manquement à ces obligations peut être source de mise en cause de la responsabilité du professionnel.

Il est donc essentiel d'organiser la traçabilité de ces situations, pour pouvoir démontrer a posteriori, en situation éventuelle de contentieux, que la conduite médicale a été adaptée à la situation.

Le médecin doit ainsi pouvoir démontrer :

- avoir informé le patient sur les conséquences de son refus, notamment sur les risques encourus ;
- avoir cherché à le convaincre d'accepter les soins proposés (en faisant appel éventuellement à un autre membre de l'équipe soignante) ;
- avoir fait réitérer le refus après un délai de réflexion non préjudiciable aux soins ;
- avoir suggéré une alternative aux soins ou à l'hospitalisation, adaptée à la situation.

Traçabilité

Une traçabilité de cette information et de ces tentatives d'organisation de la prise en charge doit être réalisée au sein du dossier patient (nombre et durée des entretiens, information délivrée, réactions du patient, réitération du refus après un délai de réflexion, prescriptions éventuelles...)

Une attestation de sortie contre avis médical ou de refus de soins (précisant les risques encourus) doit être proposée à la signature du patient (qui n'a pas d'obligation de signer...) et conservée dans le dossier.

La réglementation des établissements publics de santé indique que *si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux. Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.* (Article R. 1112-62 du CSP).

La signature par le patient d'une attestation de sortie contre avis médical ou de refus de soins n'est pas une décharge de responsabilité. Si des manquements dans la prise en charge sont démontrés a posteriori, un tel document, même signé par le patient, ne le privera pas d'une démarche en recherche de responsabilité.

...

Traçabilité des refus de soins (pour tout motif)

2/2

...

ATTESTATION DE REFUS DE SOINS

Le à

Je soussigné M(me)certifie que le Dr..... m'a expliqué les risques encourus qui comprennent de façon non limitative (à remplir par le médecin) :

Je reconnais avoir été informé(e) clairement et avoir compris ces risques.

Je déclare souhaiter néanmoins (barrer les mentions inutiles) :

- quitter le service
- refuser l'hospitalisation
- refuser les soins et/ou l'intervention,

que me propose le Dr

et dégage ainsi ce dernier (autant que l'Etablissement de santé)

de toute responsabilité et de toutes conséquences, y compris vitales, qui peuvent résulter de mes choix et décisions.

Je comprends que le fait de signer ce document ne m'empêche pas de changer d'avis et de recourir aux soins que j'ai refusés si je le désire, et qu'au contraire, j'y suis encouragé(e).

Mon choix de refus des soins proposés est motivé par les raisons suivantes (à remplir par le patient s'il le souhaite):

Signature du Patient

Signature du Médecin

Signature de témoin

(Famille - Ami présent –Personne de confiance)

Signature du témoin

(Personnel soignant)

Ce certificat est rédigé en double exemplaire, une copie étant remise au patient, l'autre conservée dans le dossier médical.

En cas de refus de signature par le patient, celui-ci est attesté sur ce document par le médecin et un autre membre de l'équipe médicale.

Liste des participants au groupe de travail et des relecteurs

1/2

Cette liste n'est pas exhaustive, certains des intervenants n'ayant pas souhaité y figurer; chaque fiche écrite a été discutée et validée au long de multiples réunions rassemblant soignants, administratifs, et représentants des principaux cultes.

- Dr Pierre **Ané** (CDOM31)
- Dr Laurent **Arlet** (CDOM31 / CROM Midi Pyrénées)
- Cathy **Baiche-Gaillard** (Directrice des Soins / Clinique A Paré)
- Dr Jacques **Bardier** (CDOM31)
- Dr Dominique **Baudrin** (ARS Midi Pyrénées)
- Me Stella **Bisseuil** (Avocate Toulouse)
- Dr Evelyne **Boidin** (CDOM31)
- Dr Jacques **Claverie** (CDOM31)
- Dr Jean **Claverie** (CDOM31)
- Me Maïalen **Contis** (Avocate Toulouse)
- Dr Albert **Daoudi** (CDOM31)
- Dr Walid **Delage** (FHP)
- Dr Pierre André **Delpa** (CDOM31)
- Dr Djamel **Dib** (Médecin)
- Christine **Girier-Diebolt** (Directeur CH St Gaudens / FHF)
- Dr Catherine **Dupré-Goudable** (EREMIP)
- Dr Joëlle **Durand** (CDOM31)
- Dr Jean Pierre **Elbaz** (CDOM31)
- Dr Jacques **Emmery** (CDOM81 / CROM Midi Pyrénées)
- Dr Jean Marie **Faroudja** (Président Commission Éthique et Déontologie du CNOM)
- Dr Thomas **de Gabory** (Médecin, prêtre, docteur en philosophie)
- Dr Bernard **Grandjean** † (CDOM31 / Médecin et Diacre catholique)
- Dr Stéphane **Grill** (CDOM31)
- Dr Wassim **Hamié** (Médecin / Mosquée Albi)
- Caroline **Héron** (Juriste, Section Éthique et Déontologie CNOM)
- Dr Michel **Juricic** (CDOM31)

Liste des participants au groupe de travail et des relecteurs

2/2

SOINS ET LAÏCITÉ AU QUOTIDIEN

Octobre 2015

- Pr Jacques **Lagarrigue** (EREMIP)
- Isabelle **L'Hôpital** (Directeur Clinique A Paré Toulouse)
- Dr Philippe **Loup** (CDOM31)
- Dr Claude **Maillet** (CDOM31)
- Dr Noëlle **Maillet** (Médecin psychiatre)
- Yossef **Matusof** (Rabbin, aumônier)
- Michèle **Maviel** (Aumônier bouddhiste)
- Dr Mailys **Michot Casbas** (CDOM31)
- Jean Marie **Miquel** (Prêtre catholique, aumônier des Hôpitaux)
- Amar **Moqran** (Ancien président du C.R.C.M. Midi-Pyrénées)
- Dr Diane **Naouri** (Médecin urgentiste)
- Dr Joseph **Naouri** (Médecin psychiatre)
- Pr Robert **Nicodème** (CDOM31/CNOM)
- Pr Stéphane **Oustric** (CDOM31/CNOM)
- Michel **Pagés** (Prêtre catholique, aumônier)
- Josiane **Pasato** (CISS Midi Pyrénées)
- Dr Bernard **Petel** (CDOM31)
- Dr Cathy **Raux** (Médecine légale)
- Dr Frédéric **Sanguignol** (Président FHP MP)
- Dr Jean **Thévenot** (Président CDOM 31)
- Dr Fabien **Thiery** (Médecin pédiatre)
- Pr Christophe **Vayssièr**e (Médecin Gynécologue Obstétricien)
- Agnès **Ve**z-Desplanque (Pasteur EPuDF, aumônier des hôpitaux)
- Jean-Claude **Walrawens** (Fédération protestante de France / aumô-nerie régionale des prisons)
- Harold **Avraham Weill** (Rabbin)
- Dr Muriel **Welby Gieusse** (CDOM31)

Bibliographie et liens utiles

1/2

*Guide des rites, cultures et croyances à l'usage des soignants / 2013 / [Isabelle LEVY](#) / Editions De Boeck Estem

*Le guide des acteurs d'urgence face aux pratiques culturelles et religieuses / 2013 / [Isabelle LEVY](#) et [Loïc Cadiou](#) / Setes Editions

*La religion dans les établissements de santé / 2013 / sous la direction de Vincente FORTIER et François VIALLA / Les Etudes Hospitalières

*Guide Santé et dérives sectaires / 2012 / MIVILUDES / La documentation Française

*Laïcité, laïcité(s) / 2012 / Jean Michel DUCOMTE / Le Comptoir des Idées

*Commentaires du Code de Déontologie Médicale/ 2012/ Conseil National de l'Ordre des Médecins (www.conseil-national.medecin.fr)

*Laïcité : comment concilier pratique médicale et religion ? / Bulletin d'information de l'Ordre National des Médecins n°31 Sept-Oct 2013

*Etat des lieux concernant la laïcité dans les établissements de santé / Michèle Lenoir-Salfati / 2013 / Observatoire National de la Laïcité / <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000405.pdf>

*Le refus de transfusion en Obstétrique : quelles solutions pour les professionnels ? / 2010 / Julie Marié / Mémoire pour l'obtention du diplôme de Sage-Femme / Université Paul Sabatier Toulouse

*L'hyménoplastie, le Droit et l'Ethique / Stella Bisseuil, avocat à la Cour Toulouse

* **Circulaire DHOS/G no 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé /** <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020035.htm>

* **Circulaire DGOS/RH4/2011/356 du 5 septembre 2011 relative à la charte des auxiliaires** dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière./ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/09/cir_33766.pdf

* [Fédération Protestante de France](http://www.protestants.org) <http://www.protestants.org>

*Soins palliatifs prénataux : [Association SPAMA](http://www.spama.asso.fr/fr/) <http://www.spama.asso.fr/fr/>

*Deuil périnatal : [Association Petite Emilie](http://www.petiteemilie.org/) (<http://www.petiteemilie.org/>)

Bibliographie et liens utiles

2/2

* **Circulaire interministérielle** DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_182_190609.pdf

* « La vie, Quelle vie ? » Jean François Collange // Bioéthique et protestantisme // Editions Olivétan 2007

*Fédération de l'Hospitalisation Privée Midi Pyrénées :

www.fhp-midipyrenees.com

*Réseau Périnatal Maternip :

<http://www.maternip.org>

*Espace de Réflexion Ethique Midi Pyrénées :

<http://www.aremip.org/>