

**RAPPORT SUR la prévention
et la lutte **CONTRE**
LA RADICALISATION
DES AGENTS** exerçant au sein
des établissements de santé



Mars 2022

SOMMAIRE

Introduction	4
Synthèse des 19 recommandations proposées par la mission	6
Présentation de la démarche	8
1 / Périmètre de la mission	8
2 / Objectifs de la mission	9
3 / Méthodologie retenue	11
PARTIE 1 : PRÉSENTATION DU CADRE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF EXISTANT	12
1.1 / Principes directeurs de la prévention et lutte contre la radicalisation	12
1.2 / Dispositif de signalement de processus de radicalisation	15
1.3 / Partage de bonnes pratiques	16
1.4 / Travaux de recherche	17
1.5 / Sensibilisation et formation à la prévention de la radicalisation	17
PARTIE 2 : PRÉSENTATION DES PRINCIPAUX CONSTATS DE LA MISSION	19
2.1 / Des signalements peu nombreux, mais en augmentation	20
2.2 / Une gestion locale et peu coordonnée des cas signalés	25
2.3 / Un outillage des acteurs de la santé à consolider	27
2.4 / Un dialogue à poursuivre sur le fait religieux et la laïcité	30



PARTIE 3 : RECOMMANDATIONS À DESTINATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ POUR RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LA RADICALISATION DANS LE SECTEUR PUBLIC DE LA SANTÉ	35
3.1 / Une sensibilisation et des formations plus systématiques auprès des agents publics	37
3.2 / Un meilleur outillage des autorités pour le signalement et le contrôle des cas observés	42
3.3 / Une représentation des cultes à l'hôpital mieux encadrée	46
3.4 / Des pratiques médicales au service du patient	49
3.5 / Une gouvernance renforcée pour accompagner les acteurs de la santé	52
Conclusion	58
Annexe 1 / Bibliographie sélective	60
Annexe 2 / Liste des personnes rencontrées	62
Annexe 3 / Acronymes et sigles	66



Monsieur le ministre, Mesdames, Messieurs,

Monsieur le ministre de la santé et des solidarités Olivier Véran, vous m'avez demandé, voici un an, de travailler à un rapport sur la prévention et la lutte contre la radicalisation des agents exerçant au sein des établissements de santé.

La confiance qui m'a été faite pour réaliser ce rapport avec l'aide et le travail de Madame Jessica Michel de la Direction générale de l'offre de soins est un honneur pour moi et un devoir à titre personnel, citoyen et professionnel.

Ce rapport s'inscrit dans la mobilisation de la République pour lutter contre la radicalisation, et je souligne en exemple de cette mobilisation le rapport des députés M. Éric Diard et M. Éric Poulliat du 27 juin 2019 à l'Assemblée nationale.

Comme dans tous les secteurs de la société, il y a un enjeu à prévenir et lutter contre la radicalisation. Je reprends les termes des députés définissant la radicalisation comme « tout extrémisme potentiellement violent à contenu politique ou religieux, visant par là au premier chef la radicalisation islamiste, compte tenu du contexte post-attentats dans lequel est plongé notre pays, mais sans exclure d'autres types possibles de radicalisation ».

Je pense à Samuel Patty en faisant ce rapport, à toutes les victimes des attentats qui nous obligent à continuer de bâtir une société tolérante, libre, républicaine et laïque. La volonté du gouvernement a été de porter une lutte contre le radicalisme notamment islamiste. Les établissements de santé et plus généralement le système sanitaire et social est un objectif des religions notamment d'une partie de l'islam dite politique.

En une année d'audition, rendue compliquée avec la crise du Covid je retiens qu'il y a une problématique au sein des établissements de santé complexe, sournoise mais bien présente. Lorsque j'ai commencé mes études médicales dans les années 80, il n'y avait pas de sujet sur la radicalisation et notamment avec les médecins, les soignants, hors communauté économique européenne qui ne parlaient pas de religion. Lors des auditions, il semble bien que le début du phénomène ait commencé au milieu des années 90 avec un communautarisme, des actes de radicalisation, des conflits sur le port du voile, et parfois l'entrée d'associations dont le but véritable est du prosélytisme, des remises en causes des actes médicaux et chirurgicaux, un sexism sournois. La santé est aussi touchée par le radicalisme et c'est encore plus intolérable, et même impensable, que cela remet en cause l'exercice de la science, d'autant plus prononcé qu'il touche l'avortement, la procréation, la réanimation et les maladies graves.

Il ne s'agit pas de viser qui que ce soit mais bien de dire les faits et de réaffirmer l'importance des principes de la République et des soins, afin de garantir des prises en charge des malades sans influences religieuses. Le premier principe, essentiel, des établissements de soins de la France est de soigner tous les malades, de prendre en charge tous les patients, en respectant les avancées et l'état de la science, de respecter les lois de la république avec intransigeance et notamment la loi sur la laïcité. Les soignants, quelques soient leurs fonctions, leurs grades, leurs âges, leurs sexes, doivent exercer leurs professions pour l'intérêt du malade partout en France avec la même exigence de neutralité, qualité et d'accès aux soins.

Je remercie toutes celles et tous ceux qui ont contribué à ce rapport et notamment les confédérations syndicales, les représentants des agences régionale de santé et les différents échelons administratifs des ministères. Il faut souligner les travaux réalisés par beaucoup d'organismes et leur volonté de défendre les valeurs de la république dans les établissements de santé. Je souligne que nous avons auditionné à sa demande un syndicat de médecins libéraux très inquiet de la montée en puissance d'une médecine communautarisée... Cela ouvre une perspective plus large sur le système de santé dans sa globalité, avec la nécessité de garantir aux professionnels de pouvoir soigner sans être jugé par des considérations religieuses ou sectaires.

Il s'est agi, dans le cadre de cette mission, de mesurer l'impact de la radicalisation mais aussi la montée en puissance de la religion sur le comportement des agents exerçant au sein des établissements de santé. Nous avons procédé en distanciel à plus de 70 auditions toutes passionnantes et étayées d'argumentaires qui font honneur à nos interlocuteurs.

Décliner les exigences du soin, réaffirmer les principes de la laïcité et du vivre ensemble dans les établissements de santé, tel était l'enjeu de ce rapport. A travers les signes de radicalisation ou les prémisses d'une médecine qui évoluerait vers une médecine communautarisée, de sélection des médecins par leur sexe, leurs origines, leurs religions... tels sont les alertes remontées au ministère.

Il est paradoxal qu'en 2022, avec le niveau de la science jamais atteint, les perspectives d'avenir considérables, les enjeux des droits des malades et des citoyens, les évolutions face aux violences, aux drames, et aussi aux particularités de santé publique, qu'une portion de médecins et de soignants se sentent investis par la religion.

Réaffirmer les valeurs de la république et de la laïcité dans les établissements de santé est impératif et urgent afin de prévenir la radicalisation.

Patrick Pelloux

SYNTHÈSE DES 19 RECOMMANDATIONS PROPOSÉES PAR LA MISSION

SENSIBILISATION ET FORMATION DES AGENTS PUBLICS

- 1** Rendre obligatoire et systématique la signature de la charte de la laïcité lors de l'embauche de tout agent exerçant dans un établissement de santé
- 2** Faire appliquer une neutralité de tous les agents publics et des sociétés prestataires intervenant dans l'enceinte des établissements de santé
- 3** Créer ou renforcer les modules de formation initiale sur la laïcité et le fait religieux pour les personnels soignants et administratifs
- 4** Déployer des formations continues obligatoires dédiées à la laïcité, au fait religieux et à la prévention de la radicalisation pour les personnels soignants, techniques et administratifs
- 5** Organiser des évènements réguliers pour sensibiliser les agents publics à la prévention de la radicalisation et au respect de la laïcité
- 6** Mettre en place un suivi quantifié des signalements et cas observés en lien avec les ARS allant des atteintes à la laïcité au risque de radicalisation
- 7** Promouvoir les travaux de recherche sur les phénomènes de radicalisation Signalement et contrôle des cas observés
- 8** Lancer une campagne de communication nationale sur le N° vert de signalement de la radicalisation dans les établissements de santé et médico-sociaux
- 9** Développer une méthode à disposition des services juridiques et RH des établissements de santé et médico-sociaux sur la prévention et le traitement de signalements allant des atteintes à la laïcité au signalement de la radicalisation
- 10** Renforcer le contrôle des personnels hospitaliers par un meilleur partage d'informations sur les profils à risque et la possibilité d'enquêtes administratives avant embauche

REPRÉSENTATION DES CULTES À L'HÔPITAL

I1 Actualiser le cadre juridique des aumôneries hospitalières et proposer un débat sur l'évolution de leur financement

I2 Renforcer l'encadrement des associations intervenant dans les établissements de santé et médico-sociaux

I3 Encourager la création de lieux de culte partagés au sein des établissements de santé

PRATIQUES MÉDICALES

I4 Réaffirmer la primauté du soin et renforcer la surveillance des dérives médicales

I5 Poursuivre les travaux engagés sur la psychiatrie

I6 Engager une réflexion dans le secteur libéral

GOUVERNANCE ET TERRITORIALISATION

I7 Fusionner et renforcer le rôle des référents radicalisation et laïcité au sein des ARS

I8 Améliorer le circuit de traitement des signalements et la coordination des acteurs

I9 Renforcer l'interministériel sur le terrain pour favoriser un meilleur partage d'informations



PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE

1/ Périmètre de la mission

La définition de la radicalisation peut être entendue comme « un processus par lequel un individu ou un groupe adopte des velléités de violence, directement liées à une idéologie extrémiste à contenu politique, social ou religieux qui conteste l'ordre établi sur le plan politique, social ou culturel »¹.

Il est alors retenu **3 critères cumulatifs** : (1) un processus marqué par des ruptures comportementales ; (2) l'adhésion à une idéologie extrémiste ; (3) l'adoption de la violence au moins en théorie, sous la forme d'un potentiel passage à l'acte ou parfois d'un simple soutien ou d'une apologie.

Sur la base de cette définition, des **indicateurs de basculement** sont proposés par le comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation (CIPDR) avec, pour chacun d'entre eux, la présentation de **signaux précurseurs, préoccupants ou alarmants**. Parmi ces indicateurs peuvent figurer une rupture de comportement, le changement d'apparence physique, l'évolution de la pratique religieuse vers le rigorisme, l'adoption de théories complotistes et conspirationnistes, le prosélytisme, l'usage de réseaux virtuels ou humains connotés, les stratégies de dissimulation ou de duplicité, des discours violents et menaçants.

Le périmètre de la mission tient compte de ces critères pour caractériser des situations de radicalisation, qui s'appliquent sans discrimination à toute idéologie extrémiste, qu'elle soit politique, sociale ou religieuse.

Le sujet d'étude se rapportant à la radicalisation d'agents dans le secteur hospitalier, la mission s'est attachée à **étudier l'ensemble des agents exerçant dans les établissements publics de santé : personnels médicaux et non médicaux, administratifs et techniques**. Les étudiants et internes, les bénévoles, aumôniers et prestataires de service sont concernés au même titre que l'ensemble des agents.

Les recommandations élaborées à la suite de cette mission pourront être diffusées et mutualisées à l'ensemble des secteurs sanitaire, social et médico-social. Les entretiens menés dans le cadre de cette mission ont également permis d'apporter un éclairage sur le secteur libéral, pouvant servir de base à une réflexion ultérieure sur le sujet.

Enfin, l'articulation avec les autres services publics (éducation nationale, police, transports, etc.) a été prise en considération pour mettre en cohérence autant que de possible la politique de prévention et de lutte contre la radicalisation à l'hôpital avec les politiques mises en œuvre dans ces services.

Le sujet de la prévention et de la lutte contre la radicalisation peut intégrer, par extension, des considérations sur le respect de la **laïcité**, mais également sur les devoirs de **neutralité** et de **non-discrimination** de tout **agent public**. À ce titre, la mission s'est intéressée à l'articulation entre ces différentes notions pour dresser de premiers constats et proposer des recommandations générales sur la préservation d'un environnement de travail neutre et respectueux de toutes les convictions religieuses.

2/ Objectifs de la mission

La mise en œuvre d'une politique de prévention et de lutte contre la radicalisation dans le secteur de la santé et de l'hôpital public répond à plusieurs objectifs :

- contribuer à la politique nationale de prévention et de lutte contre la radicalisation, en cohérence avec les autres Ministères concernés
- identifier le plus en amont possible tout comportement pouvant compromettre le fonctionnement d'un service public
- garantir l'accès aux soins de tous sans risque de discrimination
- assurer la continuité des soins dans les établissements publics de santé.

Par ailleurs, elle doit s'accompagner d'une vigilance particulière sur le **respect des convictions personnelles** si elles ne portent pas atteinte à autrui (liberté d'expression, liberté de culte), et doit reposer sur les **principes de non-discrimination et de déontologie**, qui impliquent de soigner tout le monde sur l'ensemble du territoire.

Elle s'appuie sur un faisceau d'indices et de faits avérés, sur la base des critères et des indicateurs précédemment évoqués, dont l'évaluation relève d'acteurs bien définis.

La mission réalisée sur l'année 2021 a pour objectif de recueillir des bonnes pratiques et de proposer des pistes d'évolution de la politique publique menée en matière de prévention et de lutte contre la radicalisation, et s'interroge plus largement sur la préservation d'un environnement professionnel neutre et laïc au sein des établissements de santé.

Si l'hôpital constitue un service public au même titre que d'autres secteurs (éducation nationale, sport, transports, etc.), sa perméabilité avec la société qu'il sert, la particularité du lien établi entre professionnels de santé et usagers, et les vulnérabilités que comportent le soin et la santé en général en font un **objet d'étude spécifique à traiter dans la politique globale de lutte contre la radicalisation**.

L'hôpital, le système sanitaire et social ont toujours été un des objectifs des radicalismes religieux.

Par ailleurs, la présence d'un agent radicalisé au sein d'un établissement de santé ou médico-social peut avoir différentes conséquences qu'il est nécessaire d'anticiper et de prévenir :

- **prise en charge des patients** : risque de prosélytisme, déstabilisation du patient et des équipes de soins, altération de l'accès aux soins
- **accès à des données sensibles** : utilisation de systèmes d'information, accès à des données personnelles, risques de cyberattaques
- **sécurité de la structure** : accès aux bâtiments, établissements souvent ouverts sur la ville, risque d'attentat dans un établissement de santé
- **accès à des produits dangereux** : accès plus ou moins facile à des produits dangereux (risque biologique et chimique, inflammables, etc.).

Il s'agit donc de penser la politique de prévention et de lutte contre la radicalisation au regard de dispositifs déjà existants et d'une coordination accrue avec les autres services publics, tout en étudiant des mécanismes et des propositions dédiées à la spécificité du secteur de la santé.

En cela, le rapport souhaite proposer des recommandations pour mieux réduire les risques de radicalisation dans le milieu de la santé, et en limiter l'impact à la fois sur la prise en charge des patients et la sécurité des structures de santé. Il s'agit d'encourager une prévention positive réintroduisant les principes de laïcité et de neutralité au sein de l'hôpital, sans écarter les personnes exerçant leur culte dans le respect des règles établies par les services publics.

3/ Méthodologie retenue

La mission s'est articulée autour d'une étude du cadre administratif et réglementaire existant, complétée par la conduite d'une enquête auprès des agences régionales de santé (ARS) et des établissements publics de santé, et à l'audition de responsables politiques et institutionnels sur le sujet d'étude.

L'étude des textes juridiques existants et de la littérature disponible nourrit les réflexions présentées dans le présent rapport. Ce travail préliminaire permet à la fois de présenter l'arsenal juridique disponible pour accompagner la mise en œuvre de la politique nationale, et d'évoquer certaines pistes d'amélioration (partie 1).

Il s'accompagne de retours d'expérience des ARS et des établissements de santé, ainsi que de plusieurs auditions de personnalités qualifiées, pour appréhender le sujet sous le prisme du terrain. Ces témoignages, obtenus par une enquête institutionnelle et des auditions organisées entre juin et novembre 2021, permettent de compléter l'analyse du cadre existant par un ensemble d'illustrations concrètes de difficultés ou de bonnes pratiques rencontrées sur le terrain ces dernières années (partie 2).

Enfin, sur la base des informations recueillies dans le cadre de cette mission, le présent rapport propose une série de recommandations pour renforcer la prévention et la lutte contre la radicalisation des agents à l'hôpital (partie 3).





PARTIE 1 : PRÉSENTATION DU CADRE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF EXISTANT

1.1 / Principes directeurs de la prévention et lutte contre la radicalisation

Le cadre juridique et les initiatives gouvernementales relatives à la prévention et à la lutte contre la radicalisation sont articulés dans le secteur de la santé autour de deux axes principaux, à savoir **l'appui du secteur de la santé à la prévention des phénomènes de radicalisation** et, plus récemment, l'élaboration de **mesures de protection et de gestion du phénomène de radicalisation au sein du secteur de la santé**.

Ce dernier axe s'inscrit dans un mouvement plus large de **prévention de la radicalisation au sein de la fonction publique**, à la suite notamment de l'attaque terroriste survenue à la Préfecture de police de Paris en octobre 2019, de l'assassinat de Samuel Paty, fonctionnaire de l'Éducation nationale, en octobre 2020, et plus récemment de l'attaque terroriste survenue au commissariat de police de Rambouillet en avril 2021.

L'organisation de la réponse territoriale aux phénomènes de radicalisation s'est construite progressivement à partir de 2014, où une instruction du ministre de l'intérieur² demandant aux préfets de constituer des **cellules départementales pour la prévention de la radicalisation et l'accompagnement des familles (CPRAF)** vient compléter la dynamique plus large engendré par l'adoption en avril 2014 du **plan de lutte contre la radicalisation et les filières terroristes** présenté par le gouvernement³.

Déployées dans chaque département, elles prennent en charge les personnes radicalisées ou en voie de radicalisation et leurs familles sous un angle complémentaire de prévention sociale, l'aspect sécuritaire étant pour sa part traité dans les groupes d'évaluation départementaux (GED).

Puis, par son instruction du 13 mai 2016 sur la prévention de la radicalisation⁴, le Premier ministre enjoint l'ensemble des services déconcentrés de l'État à nommer des **référents radicalisation**, afin de constituer des réseaux d'intervention et de promouvoir des formations à la détection et à la prise en charge de cas de radicalisation, en lien avec les structures sociales existantes et les élus locaux.

Ces orientations sont déclinées pour le secteur de la santé par deux instructions du Secrétariat général des Ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS)^{5, 6}.

Cette accélération de la réponse territoriale s'accompagne d'une politique de sécurisation des établissements de santé, précisée par **l'instruction du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé**⁷ qui demande aux hôpitaux de disposer d'un plan de sécurité d'établissement (PSE) et de conclure des conventions « santé-sécurité-justice » afin d'adopter une démarche commune entre établissements de santé, forces de sécurité intérieures et représentants du Ministère de la justice pour mieux préparer les établissements de santé au risque terroriste. Elle rappelle également que le suivi des actes de malveillance ou de violence dans le secteur santé bénéficie d'un organe de signalement, **l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS)**, chargé de recenser l'ensemble des atteintes aux personnes et aux biens qui surviennent dans le secteur sanitaire⁸.

Enfin, la prévention de la radicalisation est également mentionnée, et indique que « la radicalisation des personnels de l'établissement est également possible ». À ce stade, les actions à mettre en œuvre reposent essentiellement sur la **sensibilisation des agents aux risques liés aux phénomènes de radicalisation**, au processus de transmission d'information, et à la prise en charge éventuelle d'individus radicalisés ou en voie de radicalisation, ainsi que de leur famille ou proches.

Plus récemment en février 2018, le gouvernement a présenté **un plan national de prévention de la radicalisation** visant à orienter les politiques de prévention de la radicalisation autour de 60 mesures⁹.

Le secteur de la santé y est représenté à la fois dans le renforcement de la recherche sur les phénomènes de radicalisation (mesure 34), la mobilisation des professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie (mesures 38 et 39) ainsi que la prise en charge des mineurs de retour de zones d'opérations de groupements terroristes (mesure 54).

Enfin, la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), rattachée à l'actuel Ministère de la transformation et de la fonction publiques, a publié en 2019 un **guide de prévention de la radicalisation dans la fonction publique** qui présente les différents outils de prévention et d'action en cas de situations signalées de radicalisation au sein de structures publiques¹⁰.

Les services publics font ainsi l'objet d'une attention particulière dans la prévention et la lutte contre la radicalisation. En juin 2019, les députés MM. Diard et Pouliat ont rendu un **rapport sur les services publics face à la radicalisation** dans le cadre de leur mission d'information les ayant menés à interroger une cinquantaine de parties prenantes, dans l'ensemble des services publics¹¹.

Leurs conclusions pour le service public de santé soulignaient une politique de prévention et de lutte contre la radicalisation peu développée, et préconisaient à la fois le développement de la formation des soignants, une meilleure surveillance des profils à risque et des signalements en établissements de santé, ainsi que le renforcement des référents radicalisation en agences régionales de santé.

En effet pour ce qui est du secteur de la santé, **les ARS sont chargées du pilotage de la politique de prévention et de lutte contre la radicalisation**, en lien avec les préfets, et notamment avec les préfets de département.

Le Ministère des solidarités et de la santé a ainsi construit, par étapes successives, une organisation dédiée à la prévention de la radicalisation dont l'une des clefs de voûte est le **référent pour la prévention de la radicalisation au sein des ARS, désigné par les directeurs généraux des ARS**.

Leurs missions consistent à établir un lien avec les préfectures, cartographier les ressources régionales susceptibles de contribuer à cette politique, organiser des sessions de sensibilisation des acteurs de la santé, et conseiller et diffuser les informations utiles auprès des établissements et des professionnels de santé et du champ médico-social.

Le référent régional est également en charge de l'interface avec le niveau national.

L'animation nationale du réseau des référents « prévention de la radicalisation » des ARS est conduite par le secrétariat général chargé des Ministères sociaux, et repose entre autres sur des séminaires trimestriels permettant d'actualiser l'information des ARS et de partager les bonnes pratiques et innovations mises en œuvre sur l'ensemble du territoire.

Ces missions des référents « radicalisation » en ARS sont précisées dans les accords-cadres entre ARS et préfectures. Un suivi est organisé régulièrement sous forme de baromètre croisé ARS/préfectures qui vise à en piloter la bonne application.

En décembre 2020, le Ministère des solidarités et de la santé a publié en interne une circulaire relative à la prévention de la radicalisation des agents employés par les établissements publics de santé et établissements publics médico-sociaux, qui précise le dispositif de signalements de processus de radicalisation violente.

Plusieurs initiatives, présentées ci-dessous, contribuent à animer et renforcer la prévention et à la lutte contre la radicalisation dans le secteur de la santé.

1.2 / Dispositif de signalement de processus de radicalisation

La circulaire de décembre 2020 relative à la prévention de la radicalisation des agents employés par les établissements publics de santé et établissements publics médico-sociaux **prévoit un dispositif de signalement par le chef de service ou autorité d'emploi** de l'agent supposément engagé dans un processus de radicalisation violente, transmise au préfet en vue d'un examen par le **Groupe d'évaluation départementale (GED)**. Le signalement peut se faire auprès d'un service de police ou de gendarmerie local, des services préfectoraux ou via le numéro vert (0 800 005 696) mis en place par le Centre national d'assistance et de prévention de la radicalisation (CNAPR) au sein du Ministère de l'intérieur.

Le GED est présidé par le préfet et composé des représentants des services locaux de sécurité et du procureur de la République, il est chargé d'évaluer la pertinence du signalement. Si le signalement est jugé préoccupant, le GED organise son suivi policier et/ou judiciaire. Le signalement peut également être transmis à la cellule préfectorale de prévention et d'accompagnement des familles pour une prise en charge à caractère social ou médico psychologique.

L'ARS participe également aux **cellules de prévention de la radicalisation et d'accompagnement des familles (CPRAF)** mises en place dans chaque département.

Elles identifient des professionnels (psychiatres et psychologues) susceptibles d'intervenir dans ces instances pour examiner des situations individuelles, et y jouent un rôle d'interface entre les établissements et les acteurs des autres Ministères, notamment intérieur et justice.

L'organisation du dispositif repose, au sein des établissements et des ARS, sur l'identification de « **référents radicalisation** » chargés de sensibiliser et conseiller les cadres sur le sujet, et bénéficiant d'un réseau de correspondants. Une **offre de formation interministérielle** portée par le Ministère de l'intérieur est proposée à chacun de ses correspondants.

Un suivi national du dispositif proposé est prévu, piloté par le SGMCAS, reposant sur une **consultation trimestrielle des référents identifiés** pour recueillir le nombre de signalements reçus, les bonnes pratiques mises en places au niveau local ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées.

1.3 / Partage de bonnes pratiques

Outre les liens entre les ARS et le niveau national, certaines ARS sont allées plus loin dans l'organisation territoriale, en appuyant la constitution de structures, notamment associatives, de type « centre de ressources ».

Ces centres sont orientés :

- soit vers la recherche/analyse (exemple du centre de ressources régional en santé mentale du CHU de Toulouse en Occitanie¹²)
- soit vers la **prise en charge pluridisciplinaire** à l'instar, par exemple, du réseau VIRAGE en région Grand Est, dispositif impulsé par l'ARS et qui vise à repérer à un stade précoce les fragilités et risques d'embrigadement pouvant conduire à une radicalisation. L'équipe du réseau VIRAGE a pour mission principale de « faire ressource » en diffusant des pratiques reconnues comme inspirantes, en expérimentant et en créant des outils¹³.

Par ailleurs, le **renforcement de la relation entre les référents radicalisation des ARS et ceux des établissements de santé et médico-sociaux** est prévu par la circulaire de décembre 2020.

Il repose sur leur identification plus systématique, des échanges accrus avec les ARS et la mise en place d'un dispositif trimestriel de remontée d'informations avec le double objectif de mesurer le phénomène et d'identifier les bonnes pratiques et/ ou difficultés. La consolidation de ces retours contribuera à une animation plus dynamique du réseau au niveau national avec l'organisation envisagée d'un séminaire annuel.

Enfin, la mise en place d'un **mécanisme organisé de repérage et essaimage des bonnes pratiques** partagé entre le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Santé est également en cours d'installation.

1.4 / Travaux de recherche

Les ARS ont ~~également~~ un rôle dans la sensibilisation des acteurs de terrain à la nécessité de s'impliquer dans des **projets d'étude et de recherche, ainsi que la diffusion des études et travaux de recherche de niveau national**.

Afin d'appuyer les ARS dans ce domaine, être en mesure de leur faire connaitre les travaux de recherche conduits sur ces sujets et de créer les conditions de la participation des acteurs nationaux à des travaux de recherche, le secrétariat général des Ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) participe activement au conseil scientifique sur les processus de radicalisation (COSPRAD), ainsi qu'aux travaux du RAN (*radicalisation awareness network*) financés par la commission épéenne, avec une ambition de relance forte des actions visant à étayer l'action des gouvernements.

1.5 / Sensibilisation et formation à la prévention de la radicalisation

Les ARS doivent organiser au moins une session de sensibilisation par an (application du protocole ARS/préfecture), mais nombre d'entre elles ont fait évoluer le modèle pour se rapprocher des professionnels de santé auxquels ces sessions sont destinées (déplacements dans les départements...).

Un guide annuel d'organisation des sessions a été diffusé en interne par le secrétariat général des Ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) afin notamment d'orienter les thématiques à prioriser.

Le renforcement de la formation et de la sensibilisation des acteurs territoriaux est en cours d'organisation en lien avec le Ministère de l'Intérieur, avec notamment la création d'un module de formation comprenant un volet « sécuritaire » (détection des signaux faibles...) et un volet « santé » (ce que sait et peut la psychiatrie sur le phénomène de radicalisation).

Pour le volet psychiatrie, le travail est réalisé en lien avec la FFP (fédération française de psychiatrie). Le public sera constitué en priorité des référents prévention de la radicalisation des établissements sanitaires et médico-sociaux, il pourra être élargi à l'encadrement des équipes.

En définitive, la prévention et la lutte contre la radicalisation bénéficie d'un cadrage à la fois par des textes réglementaires et une réflexion amorcée depuis plusieurs années par le système institutionnel pour construire des outils préventifs et coercitifs en cas de signalement de radicalisation.

Toutefois, les auditions menées dans le cadre de cette mission ont souligné un cadre souvent mal identifié par les acteurs du système de santé, caractérisé par de multiples canaux d'information et un manque de coordination des parties prenantes. La partie 2 du rapport présente les principaux enseignements tirés des entretiens réalisés.





PARTIE 2 : PRÉSENTATION DES PRINCIPAUX CONSTATS DE LA MISSION

La mission menée au cours des 10 derniers mois a permis d'échanger avec des acteurs institutionnels, des représentants des usagers et des soignants, des interlocuteurs issus du personnel administratif et dirigeant du secteur hospitalier, ainsi qu'avec des chercheurs et des représentants des autres fonctions publiques. Cette mission s'est déroulée dans un contexte particulièrement impacté par la crise du Covid-19, les échanges se sont tenus principalement en visioconférence, et les déplacements initialement prévus ont été différés.

Au total au cours de la mission, plus de 30 entretiens ont été réalisés auprès de 70 interlocuteurs. La liste complète des interlocuteurs rencontrés est disponible en annexe 2 du présent rapport.

Les échanges menés dans le cadre de cette mission ont permis d'identifier quelques grandes orientations pouvant structurer la réflexion à mener sur la prévention et la lutte contre la radicalisation des agents au sein des établissements de santé.

En synthèse, les auditions ont souligné un faible nombre de signalements de radicalisation d'agents hospitaliers, bien que le phénomène soit toutefois en augmentation depuis une dizaine d'années (1). Si les directions et cadres concernés privilégient une gestion locale des cas identifiés (2), des outils de signalement se sont développés pour accompagner les établissements mais sont souvent mal connus et manquent de leviers et de sanctions adéquates (3). Enfin, a été identifiée une forte demande pour renforcer la sensibilisation et la formation des agents, à la fois au respect des règles déontologiques du service public, mais également à une meilleure connaissance des cultes (4).

2.1 / Des signalements peu nombreux, mais en augmentation

Il faut distinguer ici 3 situations traitées distinctement tout au long de ce rapport :

- **Le processus de radicalisation**, adossés à une définition stricte d'un phénomène d'adhésion à une idéologie politique ou religieuse extrême (voir page 4), et dont la prévention est encadrée par un dispositif dédié de signalement
- **Le prosélytisme**, défini comme la recherche à « convaincre d'adhérer à une religion ». Le prosélytisme est proscrit dans les services publics¹⁴, dont les agents sont soumis au respect du principe de neutralité de l'État
- **Les atteintes à la laïcité** répertorient les comportements ne respectant pas le principe de laïcité applicable au sein des services publics. Au titre de la loi de 1905¹⁵, la séparation de l'État et des églises impose à l'ensemble des agents exerçant dans un service public la neutralité et le respect de la laïcité.

Tout agent public, fonctionnaire ou contractuel, est également soumis aux **devoirs de neutralité, de réserve, de dignité, de non-discrimination et à l'obligation d'exercer ses fonctions**. Ces obligations sont rappelées dans la loi de 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires¹⁶.

Pour les trois situations précitées, les auditions ont fait émerger un consensus sur des faits quasiment inexistants avant les années 1990, et en augmentation lente mais constante ces 30 dernières années.

Il faut préciser ici que les deux dernières situations se réfèrent exclusivement au fait religieux, tandis que la radicalisation peut s'entendre d'une idéologie religieuse mais également politique ou sociale, que ce soit par exemple les dérives sectaires, les mouvements de médecine alternative, ou encore la remise en cause parfois violente d'actes ou de décisions médicales.

Une connaissance et un renforcement accrus des outils de prévention face à ces phénomènes apparaissent comme des moyens de préserver une **prise en charge indifférenciée des patients et un collectif professionnel fort au sein des établissements de santé**, en parallèle d'une réflexion sur le processus de radicalisation

Processus de radicalisation

Les acteurs auditionnés s'accordent à dire que les **situations de radicalisation en milieu hospitalier demeurent rares mais difficiles à quantifier**.

Leur signalement est encouragé, notamment dans le cadre du numéro vert mis en place par le Centre national d'assistance et de prévention de la radicalisation (CNAPR)¹⁷, mais **il n'existe pas à proprement parler de dispositif de veille permettant de quantifier le phénomène et d'apprécier son évolution** sur la base d'indicateurs à renseigner de manière régulière.

Selon les données communiquées par le Ministère de l'intérieur, **un très faible nombre de cas de radicalisation a été relevé au sein du secteur de la santé**. Ainsi, quelques dizaines de profils exerçant dans le milieu de la santé seraient suivis par le Ministère de l'Intérieur au titre des fichiers de traitement des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste (FSPRT).

Au cours des auditions réalisées, **un seul cas de radicalisation a été rapporté**, celui d'un interne en chirurgie condamné en 2019 à 9 ans de prison pour apologie du terrorisme et qui projetait de se rendre en Syrie.

Radicalisation à l'hôpital : le cas d'un interne en médecine

Fin 2016, un interne en chirurgie est arrêté à la frontière turque et poursuivi pour « association de malfaiteurs terroriste criminelle », à la suite d'une action conjointe d'un signalement via la plateforme PHAROS (Plateforme d'harmonisation, d'analyse, de recouplement et d'orientation des signalements) permettant de signaler des contenus illicites et de l'utilisation du N° Vert de l'UCLAT.

Pour la première fois, un étudiant en médecine fait l'objet de poursuites pour radicalisation. Il sera condamné en 2019 à neuf ans de prison.

Les exemples ont plus souvent concerné des cas de prosélytisme ou d'atteintes à la laïcité dans les services hospitaliers.

Actions de prosélytisme

Le prosélytisme consiste à convaincre autrui d'adhérer à une religion, ce qui est interdit dans l'exercice d'une fonction au sein d'un service public. La loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires dispose : « *Le fonctionnaire exerce ses fonctions dans le respect du principe de laïcité. À ce titre, il s'abstient notamment de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses opinions religieuses* »¹⁸.

Dans le cadre de cette mission, **plusieurs cas de prosélytisme au sein d'un établissement de santé ont toutefois été rapportés**. Il s'agit à la fois de personnels soignants cherchant à convaincre et manifester leur religion vis-à-vis de leurs collègues, et d'intervenants extérieurs issus de communautés religieuses usant de leur fonction de représentant pour faire acte de prosélytisme envers des personnels de santé ou des patients.

Cas de prosélytisme dans un service de patients polyhandicapés

Depuis le début des années 2000, un infirmier exerçant dans un service de patients polyhandicapés dans l'Est de la France, a manifesté ses croyances religieuses auprès de son équipe, entraînant la conversion d'un de ses collègues, et aurait tenu des propos antisémites.

Faute de sensibilisation et d'appui, ce cas n'a pas été porté à la connaissance de la hiérarchie du service, et ne fait toujours pas l'objet ni d'un signalement, ni d'un suivi de la situation.

À ce jour d'après les informations recueillies, la personne concernée est toujours en activité.

Cas de prosélytisme d'intervenants extérieurs en pédiatrie

Des représentants hospitaliers ont évoqué des cas de figure où des aumôniers ont pu outrepasser leur mission d'accompagnement du patient en accédant aux services, en l'occurrence de pédiatrie, pour exercer une influence sur des agents et des patients.

Les cas de prosélytisme s'inscrivent souvent dans un **environnement de fragilité d'un service ou des patients pris en charge**, avec des activités de soin qui encadrent la vie (contraception, avortement, grossesse, etc.) et la mort (soins palliatifs, réanimation, dons d'organes etc.), ainsi que la psyché humaine (santé mentale, psychiatrie).

Atteintes à la laïcité et au devoir de neutralité

Les atteintes à la laïcité compromettent le vivre-ensemble au sein des établissements de santé en ne respectant pas les principes de neutralité et de non-discrimination qu'impliquent l'exercice de ses fonctions au sein d'un service public.

Les atteintes à la laïcité font l'objet d'un suivi dans le cadre de l'**Observatoire national de la violence en milieu de santé**, toutefois toutefois les signalements qui remontent par les établissements répertorient uniquement des situations concernant des patients et des accompagnements et non des personnels de santé.

Pour autant, **plusieurs témoignages d'atteinte à la laïcité ont été recueillis dans le cadre des entretiens réalisés**, que ce soit avec les représentants syndicaux de la fonction publique hospitalière ou les cadres hospitaliers.

Ces témoignages illustrent différents types d'atteinte à la laïcité :

- Le **non-respect de l'interdiction du port du voile en établissements de santé** par le personnel soignant ou exerçant en établissements de santé (étudiants et internes, prestataires), parfois par le biais du détournement d'équipement et de tenues de travail. Ces situations se retrouvent notamment dans des lieux partagés permettant une application différenciée des règles faute d'une position harmonisée
- La **discrimination par certains soignants du patient en fonction de son genre**, pouvant mener au refus de soins, à rapprocher en partie des comportements sexistes souvent identifiés et rapportés par les personnes auditionnées dans le cadre de cette mission
- Des **pratiques déviantes en milieu médical** : les convictions religieuses des soignants peuvent fragiliser l'accès aux soins de certains patients, notamment pour l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), des parcours de soins adaptés aux LGBTQIA+, les dons et prélèvements d'organes, les services de réanimation et de soins palliatifs.

Refus de soins pour des raisons religieuses

Un témoignage dans l'Est de la France indique le refus de prise en charge et d'accompagnement, de la part de médecins, de patients engagés dans une procédure de don d'organes, l'opposition étant d'ordre religieux.

Toutefois, certaines dispositions ont également été prises par les administrations hospitalières pour anticiper le risque d'un non-respect des règles déontologiques de l'hôpital public.

Dans le cadre de stages d'étudiants étrangers, la signature en amont de la charte de la laïcité

La Direction des relations internationales de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP), qui gère les conventions des stagiaires et internes étrangers venant faire un stage au sein de l'institution publique, a intégré depuis 2013 un article rappelant

le respect du règlement intérieur et du principe de neutralité dans la convention signée par les étudiants et stagiaires avant leur arrivée. Cet engagement écrit, pris avant la prise de poste, permet de rendre opposable tout comportement contraire aux règles déontologiques du service public.

Plus récemment, la loi du 24 août 2021 confortant les principes de la République¹⁹ a ouvert la voie à la création d'un **référent laïcité en ARS et au sein des établissements de santé et médico-sociaux**, afin d'animer un réseau de référents dans le secteur de la santé, et de pouvoir mieux quantifier et gérer les atteintes aux principes de neutralité et de laïcité au sein de services publics de santé. Le décret du 23 décembre 2021 relatif à la création des référents laïcité dans la fonction publique²⁰ précise les **conditions d'organisation de ce réseau de référents**, sous l'égide du Ministère des solidarités et de la santé. Via la mise en place d'un questionnaire, les référents laïcité des établissements de santé transmettent les atteintes à l'obligation de neutralité recensées. En lien avec les ARS, le Secrétariat général du Ministère est chargé d'élaborer un **rappor tannuel** sur la base de ces remontées et des échanges intervenus avec les référents en ARS. La constitution du réseau des référents laïcité en ARS et en établissements de santé et médico-sociaux est prévue pour avril 2022.

Dans le cadre de l'audition du Conseil national de l'ordre des médecins et du Syndicat des médecins libéraux, a été soulignée une progression des difficultés de prise en charge lié à des convictions religieuses. Ce point ouvre d'autres perspectives d'étude du phénomène de radicalisation. Il est abordé dans la troisième partie du rapport.

Quantifier et cartographier le phénomène

Au cours des différents entretiens, plusieurs illustrations de prosélytisme ou d'atteintes à la laïcité ont été rapportées. Toutefois, ces **quelques exemples ne peuvent permettre de quantifier l'ampleur du phénomène et son évolution**. En parallèle, les suspic ions de radicalisation, seul comportement encadré par un dispositif de signalement, demeurent rares et difficiles à identifier, avec le sentiment parfois d'intervenir trop tardivement dans le processus.

Outre une **sous-estimation possible du phénomène**, les témoignages font état d'un sujet « tabou » entourant le respect de la laïcité et la prévention de la radicalisation. L'absence de dialogue du côté des agents hospitaliers, et de leviers d'action pour les cadres et la direction de l'hôpital, empêchent une gestion rapide et dépassionnée des cas rapportés, créant des situations inconfortables où se mêlent crainte et incompréhension.

Enfin, il apparaît nécessaire de prendre en compte la **dimension territoriale et sociale de ces phénomènes**, qui ne se retrouvent pas dans la même ampleur selon les régions et les établissements. Les difficultés auxquelles font face certains professionnels et établissements de santé font souvent écho à des situations sociales difficiles au sein des territoires où ils se situent, ce qui renforce le constat d'une nécessaire **réponse coordonnée et interministérielle** à la prévention et la lutte contre la radicalisation.

Les récentes évolutions proposées dans le cadre de la loi confortant les principes de la République (création d'un réseau de référents laïcité, rapport annuel sur les atteintes à l'obligation de neutralité) devraient permettre d'améliorer l'objectivation de ces phénomènes.

2.2 / Une gestion locale et peu coordonnée des cas signalés

Lorsque des situations sont signalées, leur suivi se fait majoritairement de manière locale, au sein de la structure concernée, que ce soit au niveau du service ou de la direction d'établissement. **Cette gestion sans cadre ni protocole standardisé ne permet pas d'évaluer l'ampleur du phénomène, ni d'organiser une traçabilité et un traitement efficace des signalements.**

Une démarche de signalement peu soutenue

La plupart des cas rapportés font état d'une « crainte » de déstabiliser les équipes ou le service concernés par une situation problématique, que ce soit un processus de radicalisation ou la gestion d'atteintes à la laïcité ou de prosélytisme. **La peur de ne pas être entendu ni compris est très présente.**

Souvent faute de preuves concrètes, les signalements ne sont pas traités, ou font l'objet d'un rappel à l'ordre. Le secteur hospitalier étant caractérisé par une forte tension sur la disponibilité de ses ressources humaines, la continuité des soins, essentielle pour une prise en charge optimale des patients, peut être impactée par le traitement d'un signalement.

Une gestion locale est ainsi souvent privilégiée pour aboutir à un règlement à l'amiable du signalement, dans une démarche de dialogue nécessaire mais souvent non concertée avec l'ensemble des acteurs concernés (et notamment l'ARS) et de fait non tracée, rendant difficile le traitement neutre de ces situations et leur analyse au-delà du périmètre de l'établissement.

Une hiérarchie avec peu de leviers d'action

Lorsque le signalement dépasse le cadre de l'équipe ou du service, et que la direction d'établissement est saisie, les acteurs concernés font **état d'un « émiettement » de la chaîne de signalement et de décisions**, ne permettant pas une prise en charge optimale des situations problématiques. En effet, **les acteurs pouvant être saisis sont multiples** : les ordres professionnels, l'ARS, la préfecture, le procureur, les associations, etc.

Bien qu'un dispositif ait été mis en place pour le signalement de cas de radicalisation, associant la préfecture et le procureur, **une zone grise de traitement de cas subsiste pour des « épiphénomènes »**, qui ne peuvent se rapporter à de la radicalisation violente, mais qui témoigne néanmoins d'un changement de comportement et d'une évolution à la fois des pratiques médicales, mais également du respect des principes déontologiques en vigueur au sein des établissements de santé.

En ce sens, la loi du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République a créé par son article 3 le rôle de « **référent laïcité** » : « *Les administrations de l'État, les collectivités territoriales et les établissements publics mentionnés à l'article 2 désignent un référent laïcité. Le référent laïcité est chargé d'apporter tout conseil utile au respect du principe de laïcité à tout fonctionnaire ou chef de service qui le consulte. Il est chargé d'organiser une journée de la laïcité le 9 décembre de chaque année. Les fonctions de référent laïcité s'exercent sous réserve de la responsabilité et des prérogatives du chef de service* »²¹.

Cette nouvelle fonction, qui se retrouvera à la fois au sein des ARS et des établissements de santé, pourrait pallier le manque de coordination et de signalements concernant les atteintes à la laïcité ou les situations de prosélytisme, distincts d'un processus de radicalisation avéré.

Par ailleurs, les structures auditionnées s'accordent sur un **manque d'outils concrets à disposition des directions d'établissements** une fois le signalement rapporté afin de prendre des actions concrètes vis-à-vis de l'agent concerné. Notamment, il apparaît parfois difficile de conjuguer l'impératif de la continuité des soins avec un respect strict des règles applicables au service public et le maintien d'un collectif unifié.

De même, les **services juridiques ainsi que les directions des ressources humaines ne disposent pas de ressources suffisamment étoffées** pour leur permettre d'instruire efficacement les situations qui leur sont remontées.

À défaut de pouvoir gérer les situations repérées, les dissensions créées dans les services peuvent menacer la bonne entente au sein des équipes de soin et augmenter les risques de défection de certains soignants

Départ d'un praticien en raison du prosélytisme religieux de ses collègues

Un témoignage en Hauts-de-France rapporte le départ d'un médecin de l'hôpital général où il exerce en raison du prosélytisme religieux de ses collègues, incluant un président de CME et la direction des soins.

Enfin, les témoignages recueillis ont fait état de la volonté d'une **meilleure information des établissements de santé sur le profil des agents au moment de leur recrutement, puis au cours de leur carrière**, notamment en cas de doute sur des comportements contraires aux règles déontologiques de l'établissement. Il s'agit également d'encourager la diversité des profils médicaux au sein des équipes soignantes, parfois rendue difficile en raison de la faible attractivité de certains territoires.

Ce partage d'informations, s'il ne doit pas entraver le travail des services de police et de renseignement, peut s'avérer utile pour mieux sécuriser les établissements de santé. Il fait l'objet de recommandations dans la troisième partie de ce rapport. Par ailleurs, depuis plusieurs années, des initiatives sont menées dans le secteur de la santé en coordination avec les Ministères de l'intérieur et de la justice afin de faciliter la prévention et la lutte contre la radicalisation.

2.3 / Un outillage des acteurs de la santé à consolider

Le cadre administratif présenté dans la première partie de ce rapport témoigne de l'**avancée des services publics, et notamment du secteur de la santé, sur le sujet de la prévention et de la lutte contre la radicalisation**, à travers la mise en place de différents outils :

- la création d'un référent radicalisation couplé à la thématique laïcité dans chacune des 18 ARS et leur relais en établissements de santé
- la création d'un numéro vert de signalement d'une personne radicalisée auprès du centre national d'assistance et de prévention à la radicalisation
- une coordination renforcée des acteurs de la justice et de l'intérieur, en lien avec l'ARS pour les aspects santé
- le renforcement des formations disponibles à destination des agents et cadres hospitaliers.

Toutefois, plusieurs interlocuteurs font état d'une **méconnaissance de ces outils au niveau de l'établissement ou du professionnel de santé**.

Si les Ministères et leurs représentants dans les collectivités territoriales tendent à améliorer leur coordination, le lien avec le terrain au niveau des établissements et du quotidien d'une équipe de soins demeure insuffisamment assuré.

À cela, plusieurs raisons sont évoquées :

- **une approche de la problématique insuffisamment harmonisée par les différentes ARS**, qui peut s'expliquer en partie par un impact différencié des phénomènes de radicalisation selon les territoires. De plus, les référents radicalisation au sein des ARS possèdent des profils variés, menant à une animation elle-même variable de leurs réseaux au sein des établissements et structures de santé
- **un intérêt faible des directions d'établissement mais également des représentants syndicaux à s'engager**, faute d'outils suffisamment coercitifs pour traiter les situations remontées et au regard de la sensibilité du sujet. Si des référents radicalisation ont pu être nommés au sein de certains établissements de santé, leurs fonctions et implication demeurent limitées faute de formation suffisante et d'un positionnement encore difficile à trouver
- **l'absence d'un espace de dialogue commun** qui permettrait à la fois d'analyser les situations vécues dans un cadre collectif, et d'objectiver le phénomène
- **la multiplicité des acteurs mobilisés**, et en premier lieu les Ministères de l'intérieur et de la justice, qui nécessite de porter la réflexion à un niveau « inter » fonctions publiques, dans laquelle doivent s'insérer les ARS et les établissements de santé
- **la spécificité du secteur de la santé** qui, par ses impératifs de continuité des soins et de prise en charge optimale des patients doit articuler le respect des principes déontologiques de la fonction publique et la prévention de aigues la radicalisation à des considérations de gestion de ses ressources humaines.

Outils de prévention

Parmi les outils de prévention évoqués, la **formation et la sensibilisation aux phénomènes de radicalisation** reviennent en majorité. Ces initiatives, peu coûteuses et porteuses de sens, sont plébiscités par les acteurs pour instaurer le dialogue, renforcer les compétences et les connaissances des agents, et les inciter plus facilement à partager des situations considérées comme problématique pour trouver plus rapidement des solutions en interne ou avec l'appui des autorités compétentes.

Une meilleure communication auprès des agents hospitaliers est également proposée, à travers des campagnes d'information ou l'organisation de journées d'étude et de sensibilité.

Enfin, la prévention passe aussi par la **capacité des pouvoirs publics à évaluer l'ampleur du phénomène et à en anticiper les conséquences**, par la création d'indicateurs de suivi, d'enquêtes ou d'études sur sujet, pouvant s'adosser à des travaux de recherche sur les phénomènes de radicalisation, en lien avec un réseau d'acteurs professionnels identifiés.

Outre la création et le renforcement de ces vecteurs de prévention, **la connaissance de ces outils par les cadres hospitaliers, mais également par les agents**, est essentielle pour les rendre opérationnels.

Outils de contrôle

Au-delà de la prévention de la radicalisation auprès des agents hospitaliers, se pose la question des outils de contrôle mis à disposition des établissements de santé, et plus largement des autorités publiques compétentes en cas de signalement avéré de radicalisation. Une question est revenue à de multiples reprises au cours des entretiens : « **une fois l'agent repéré, que faire ?** »

Dans le cas d'un agent signalé pour radicalisation, le guide de prévention de la radicalisation dans la fonction publique (2019) publié par la DGAFP répertorie les outils à disposition des employeurs²².

Outre le changement d'affectation de l'agent, **l'employeur peut également le suspendre ou engager une procédure disciplinaire pouvant mener à des sanctions**.

Pour ce qui est du prosélytisme et des atteintes à la laïcité, le guide rappelle que les agents exerçant dans un service public sont soumis à un ensemble de règles déontologiques (respect de la laïcité, de la neutralité, et de la non-discrimination, droit de réserve et obligation d'exercer leurs fonctions). C'est dans ce cadre que les mêmes outils de contrôle sont disponibles.

Outre les agents fonctionnaires et contractuels de la fonction publique, les étudiants et élèves en stage au sein des établissements ont l'**obligation de respecter le règlement intérieur de l'établissement**. Il en est de même pour les bénévoles et les prestataires de service dans le cadre de leur contrat de prestation.

Le contrôle de l'employé au moment de son recrutement a également été évoqué, adossé à une demande de partage d'information sur le profil de l'employé en cas de doute sur son profil. Ces propositions font l'objet de recommandations dans la suite de ce rapport.

Malgré l'arsenal juridique disponible, les interlocuteurs interrogés sur la question font état d'un sentiment d'impuissance face à des situations difficiles à instruire, et avec peu de conséquences pour l'agent incriminé. La mission vise à identifier des vecteurs supplémentaires pour agir en cas de comportement avéré contraire au règlement intérieur de l'établissement de santé.

2.4 / Un dialogue à poursuivre sur le fait religieux et la laïcité

L'ensemble des personnes auditionnées a réitéré un **engagement fort en faveur du respect de la laïcité**, mais également un souhait d'**encourager le dialogue interreligieux et une meilleure connaissance du fait religieux**, afin d'assurer un exercice du culte encadré et serein au sein des établissements de santé.

Les travaux engagés dans le cadre de cette mission ont permis d'étudier le rôle affecté aux aumôniers hospitaliers et d'engager une réflexion sur les besoins en formation des agents hospitaliers.

Le rôle des aumôniers hospitaliers

L'exercice du culte en établissements de santé est reconnu par l'article R. 1112-46 du code de la santé publique qui stipule : « Les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix ».

Il s'organise autour de la **nomination et le recrutement d'aumôniers hospitaliers**, représentants de 5 cultes : le catholicisme, l'islam, le judaïsme, le bouddhisme et le protestantisme. Tous contactés, la mission a pu auditionner 3 d'entre eux (représentants du culte catholique, musulman et protestant). Les représentants du culte juif et bouddhiste n'ont pas été entendus, faute de disponibilité pour le premier, et de pertinence du sujet pour le second concernant une aumônerie encore peu développée.

Quel que soit le culte auquel ils appartiennent, **les aumôniers sont recrutés ou autorisés par les chefs d'établissement** sur proposition des autorités cultuelles dont ils relèvent en fonction de leur organisation interne. Leur rôle est de répondre aux « besoins spirituels » des patients, mais également de conseiller l'établissement sur l'impact du fait religieux dans des activités de soins (rites funéraires, compréhension des rites cultuels, prévention de conflits, etc.).

Les aumôniers hospitaliers n'ont pas de cadre juridique réglementaire hormis un décret relatif à l'obligation de formation, mais une série de circulaires et instructions ayant permis de mieux appréhender et encadrer leur rôle au sein des établissements de santé.

En 2011 notamment, une circulaire du Ministère des solidarités et de la santé diffuse **la charte nationale des aumôneries dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière**²³. Cette charte a pour objet de rappeler les principes généraux de fonctionnement des aumôneries hospitalières, le statut, le rôle et la mission assignés aux ministres du culte à l'hôpital.

La même circulaire invite à la désignation de « **référents laïcité** » dans chaque établissement et agence régionale de santé.

Par ailleurs, depuis 2017, par un décret publié par le Ministère de l'intérieur (DLPAJ), une **obligation de formation commune aux aumôniers** de l'administration pénitentiaire, des armées et de la fonction publique hospitalière, instaure désormais l'obligation de détenir un diplôme universitaire de formation civile et civique.

L'aumônier salarié ou bénévole s'oblige à une formation permanente, dans les disciplines fondamentales pour l'exercice de sa mission dans un établissement hospitalier, social ou médico-social et notamment : la connaissance de la culture hospitalière/du service public et les règles d'hygiène à l'hôpital, les libertés publiques en établissement de santé, la psychologie et le questionnement éthique. Cette formation peut être proposée par l'établissement ou par l'autorité cultuelle.

D'après les données disponibles datant de 2018, on dénombrait **3 311 aumôniers hospitaliers**, dont le détail est proposé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Répartition des aumôniers hospitaliers selon le statut et le culte

	Contractuels	Bénévoles
Total en valeur absolue	855 (26%)	2456 (74%)
% culte catholique	80%	77%
% culte musulman	6%	11%
% culte protestant	6%	8%
% culte israélite	4%	2%
% autres cultes	4%	2%

Au total, **853 établissements** indiquaient en 2018 faire appel à des aumôniers salariés ou bénévoles.

Le coût estimé de l'activité d'aumônerie dans les établissements de santé était estimé en 2018 à 13 millions d'€ par an. Cette rémunération des aumôneries par les établissements publics hospitaliers est fondée sur l'exception prévue par l'article 2 de la loi de 1905 qui dispose : « *La République ne reconnaît, ne finance ni ne subventionne aucun culte. En conséquence, à partir du 1^{er} janvier qui suivra la promulgation de la présente loi, seront supprimées des budgets de l'État, des départements et des communes, toutes dépenses relatives à l'exercice des cultes.*

Pourront toutefois être inscrites auxdits budgets les dépenses relatives à des services d'aumônerie et destinées à assurer le libre exercice des cultes dans les établissements publics tels que lycées, collèges, écoles, hospices, asiles et prisons ²⁴.

L'audition de 3 aumôniers, respectivement des cultes protestant, musulman, catholique, ainsi que les échanges réalisés avec le bureau central des cultes du Ministère de l'intérieur et le service référent au sein de la Direction générale de l'offre de soins, a permis de souligner **le rôle de facilitateur et de régulateur de l'exercice du culte au sein des établissements de santé**.

Les aumôneries permettent à la fois d'encadrer l'intervention religieuse dans un service public et d'intervenir dans des situations d'urgence pour les patients et leurs familles.

Un cadre juridique plus clair, accompagné de procédures harmonisées de nomination et de révocation des aumôniers, pourrait cependant mieux valoriser leur rôle et questionner à la fois le périmètre de leurs missions, leurs conditions de financement, et le contrôle de leur formation initiale et continue.

2 exemples de bonnes pratiques pour l'exercice du culte en établissements de santé :

- depuis 2019, une chapelle a été transformée en lieu œcuménique dans un hôpital en région Bourgogne-Franche-Comté
- depuis 15 ans, un hôpital de la région Grand-Est a mis en place une aumônerie œcuménique rassemblant l'ensemble des cultes.

La formation des agents hospitaliers

Outre la réaffirmation et l'encadrement de l'exercice du culte au sein des établissements de santé, l'ensemble des personnes auditionnées s'accordent également sur l'importance de **formations et de sensibilisations plus systématiques sur le principe de laïcité**. La loi du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République prévoit désormais la formation obligatoire à la laïcité de l'ensemble des agents publics.

Concernant les règles déontologiques applicables à l'exercice au sein d'un service public, des formations sur la laïcité sont déjà proposées par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). En 2017, 464 professionnels ont été formés dans le cadre du module « **Laïcité, droits et obligations dans les établissements de la fonction publique hospitalière** ». Des formations sur les risques de la radicalisation et la menace terroriste sont également disponibles. En 2018, ce sont plus de 1 000 professionnels qui ont assisté à la formation « **Vigilance, protection et réaction face aux violences quotidiennes et à la menace terroriste** » proposée par l'ANFH.

L'UCLAT, unité de coordination de la lutte anti-terroriste du Ministère de l'intérieur, organise également des formations sur la prévention et la lutte contre la radicalisation depuis 2014 à destination des agents publics notamment.

Des formations plus systématiques à destination des agents permettrait de réinvestir ce principe, accompagné des autres droits et obligations des fonctionnaires, afin de proposer une vision plus positive et non contraignante des règles de conduite à observer au sein d'un établissement de santé.

Des **espaces de dialogue** pourraient être ouverts au sein des établissements de santé, pouvant être adaptés par services, ou par fonction, afin d'assurer la liberté de parole et des échanges riches sur les sujets de laïcité et de neutralité. Ces exercices permettraient d'alimenter une vision commune de l'organisation du service et de l'établissement, dans le respect des règles déontologiques propres à un service public hospitalier.

Les débats sur le sujet, adossés à des formations ou des sessions de sensibilisation, pourraient être accompagnés, outre d'une réaffirmation du principe de laïcité, d'une **réflexion éclairée sur les cultes et les pratiques religieuses en lien avec le soin**.

En effet, plusieurs interlocuteurs ont souligné un manque de connaissance du fait religieux qui influence pourtant certaines activités de soin et nécessitent un dialogue plus nourri avec certains patients : procréation, fin de vie, urgences notamment. L'élaboration de protocoles clairs de gestion du fait religieux dans le cadre du soin permettrait de faciliter et de sécuriser les pratiques.

La prévention et la lutte contre la radicalisation ne doit pas s'entendre comme une suppression des cultes au sein de l'hôpital, mais doit s'atteler à articuler pratique des soins et liberté religieuse dans un cadre rénové de respect de la laïcité.

L'objectif de cette mission et plus globalement de la politique à mener en matière de prévention et de lutte contre la radicalisation est de **dissocier l'exercice du culte du fanatisme, d'éviter de faire de l'hôpital une cible d'éventuels attentats terroristes, et de réaffirmer les principes qui organisent le vivre-ensemble et la prise en charge des patients dans un hôpital, à savoir la neutralité et la non-discrimination**.

La troisième partie de ce rapport présente un ensemble de recommandations élaborées sur la base des constats précédemment développés et recueillis auprès des acteurs du système de la santé.

Ces recommandations concernent en priorité les établissements publics de santé, mais pourront être adaptées et appliquées dans le secteur privé, ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux.

Elles sont organisées autour de 5 thématiques : (1) la sensibilisation et la prévention ; (2) le signalement et le contrôle ; (3) la représentation des cultes à l'hôpital ; (4) les pratiques médicales ; (5) la gouvernance et la territorialisation de la stratégie nationale.



PARTIE 3 : RECOMMANDATIONS À DESTINATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ POUR RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LA RADICALISATION DANS LE SECTEUR PUBLIC DE LA SANTÉ

L'ensemble des recommandations est résumé ci-après et développé dans cette troisième partie.

SENSIBILISATION ET FORMATION DES AGENTS PUBLICS

- 1** Rendre obligatoire et systématique la signature de la charte de la laïcité lors de l'embauche de tout agent exerçant dans un établissement de santé
- 2** Faire appliquer une neutralité de tous les agents publics et des sociétés prestataires intervenant dans l'enceinte des établissements de santé
- 3** Créer ou renforcer les modules de formation initiale sur la laïcité et le fait religieux pour les personnels soignants et administratifs
- 4** Déployer des formations continues obligatoires dédiées à la laïcité, au fait religieux et à la prévention de la radicalisation pour les personnels soignants, techniques et administratifs
- 5** Organiser des évènements réguliers pour sensibiliser les agents publics à la prévention de la radicalisation et au respect de la laïcité

6 Mettre en place un suivi quantifié des signalements et cas observés en lien avec les ARS allant des atteintes à la laïcité au risque de radicalisation

7 Promouvoir les travaux de recherche sur les phénomènes de radicalisation

SIGNALLEMENT ET CONTRÔLE DES CAS OBSERVÉS

8 Lancer une campagne de communication nationale sur le N° vert de signalement de la radicalisation dans les établissements de santé et médico-sociaux

9 Développer une méthode à disposition des services juridiques et RH des établissements de santé et médico-sociaux sur la prévention et le traitement de signalements allant des atteintes à la laïcité au signalement de la radicalisation

10 Renforcer le contrôle des personnels hospitaliers par un meilleur partage d'informations sur les profils à risque et la possibilité d'enquêtes administratives avant embauche

REPRÉSENTATION DES CULTES À L'HÔPITAL

11 Actualiser le cadre juridique des aumôneries hospitalières et proposer un débat sur l'évolution de leur financement

12 Renforcer l'encadrement des associations intervenant dans les établissements de santé et médico-sociaux

13 Encourager la création de lieux de culte partagés au sein des établissements de santé

PRATIQUES MÉDICALES

14 Réaffirmer la primauté du soin et renforcer la surveillance des dérives médicales

15 Poursuivre les travaux engagés sur la psychiatrie

16 Engager une réflexion dans le secteur libéral

GOUVERNANCE ET TERRITORIALISATION

I7

Fusionner et renforcer le rôle des référents radicalisation et laïcité au sein des ARS

I8

Améliorer le circuit de traitement des signalements et la coordination des acteurs

I9

Renforcer l'interministériel sur le terrain pour favoriser un meilleur partage d'informations

3.1 / Une sensibilisation et des formations plus systématiques auprès des agents publics

La prévention de la radicalisation présente plusieurs formes : la réaffirmation des principes du service public pour assurer la neutralité des agents, une politique volontariste de formation, et la promotion de travaux quantitatifs et qualitatifs de recherche pour mieux appréhender les phénomènes de radicalisation.

Un agent exerçant dans un service public est soumis à des règles déontologiques édictées notamment par la **loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires** qui rappelle que tous les agents doivent respecter leurs devoirs de réserve et de neutralité, ainsi que les principes de laïcité et de non-discrimination.

Dans le cas des professionnels de santé, des règles déontologiques s'appliquent à leurs pratiques. Il s'agit par exemple du **serment d'Hippocrate**, qui énonce pour les médecins : « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions »²⁵.

Le **règlement intérieur** d'un établissement de santé est également un outil à disposition pour inscrire des règles de conduite à respecter par l'ensemble des agents exerçant dans un service public, qu'ils soient fonctionnaires, prestataires ou contractuels.

Afin de renforcer la connaissance de ces textes et des obligations adjointes à l'exercice professionnel au sein d'un établissement de santé, il est proposé de **rendre obligatoire et systématique la signature de la charte de la laïcité dans le cadre de l'embauche d'un agent exerçant au sein d'un établissement de santé**, qu'il soit fonctionnaire, contractuel, prestataire, collaborateur occasionnel du service public, stagiaire ou étudiant.

L'objectif de cette proposition est de rendre plus visible les obligations de l'agent en termes de neutralité et de laïcité au sein d'un service public de santé. Elle permet également de sensibiliser l'agent dès l'embauche aux principes déontologiques liés à sa fonction.

Cette proposition s'inscrit dans l'initiative interministérielle ayant abouti le 9 décembre 2021 à la publication d'une nouvelle charte de la laïcité dans les services publics²⁶.



PROPOSITION 1 : RENDRE OBLIGATOIRE ET SYSTÉMATIQUE LA SIGNATURE DE LA CHARTE DE LA LAÏCITÉ LORS DE L'EMBAUCHE DE TOUT AGENT EXERÇANT DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PAR AILLEURS, UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PEUT ACCUEILLIR DIFFÉRENTES STRUCTURES DANS SON ENCEINTE, NOTAMMENT DES INSTITUTS DE FORMATION, DES LIEUX D'ENSEIGNEMENT, OU DES ESPACES COLLECTIFS.

Ces situations de fait posent parfois des **problématiques de cohérence des règles** entre des agents concernés par l'application des principes de neutralité cohabitant avec d'autres personnes non astreintes à ces règles, en particulier des étudiants. Il est proposé que soit appliqué **au sein de l'enceinte de l'hôpital un principe de neutralité pour l'ensemble des agents, sans distinction de statut ou de lieu, pour les agents en formation ou en exercice**. Ainsi, toutes les personnes exerçant une fonction ou activité d'enseignement au sein de l'hôpital seraient concernées par l'interdiction de port de signes ostentatoires.



PROPOSITION 2 : FAIRE APPLIQUER UNE NEUTRALITÉ DE TOUS LES AGENTS PUBLICS ET DES SOCIÉTÉS PRESTATAIRES INTERVENANT DANS L'ENCEINTE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les auditions ont souligné l'importance de la formation initiale des étudiants en santé dans **leur appréhension à la fois des règles déontologiques appliquées à leur profession, dont le respect de la laïcité, et du fait religieux**. En effet, la connaissance des rites cultuels, notamment dans certaines pratiques médicales (soins palliatifs, réanimation, procréation) apparaît essentielle pour mieux appréhender des situations sensibles et plus largement les relations entre patient et soignant.

En ce sens, il est proposé de créer ou de renforcer, au sein des facultés et des instituts de formation des **modules dédiés à la fois aux règles déontologiques applicables à l'exercice au sein d'un service public de santé, et à la connaissance des cultes et du fait religieux**.



PROPOSITION 3 : CRÉER OU RENFORCER LES MODULES DE FORMATION INITIALE SUR LA LAÏCITÉ ET LE FAIT RELIGIEUX POUR LES PERSONNELS SOIGNANTS ET ADMINISTRATIFS

La même proposition s'applique à la **formation continue des agents exerçant en établissement de santé**. Des formations sont déjà proposées, notamment par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) ou l'UCLAT du Ministère de l'intérieur pour ce qui est de la prévention de la radicalisation.

Elles s'adressent à l'ensemble des agents mais demeurent peu visibles, peu connues des agents, et accessibles sur la base du volontariat.

Cette offre, notamment celle proposée par l'UCLAT, a vocation à s'étoffer prochainement sur la prévention de la radicalisation à potentialité violente, avec des relais police/gendarmerie dans les territoires.

Des formations plus systématiques voire obligatoires, régulièrement accessibles et actualisées, sur les principes de laïcité et de neutralité à l'hôpital, associé à un module sur le fait religieux et la connaissance des cultes, seraient autant de leviers pour créer un espace de dialogue et une meilleure appréhension de ces sujets au sein des établissements de santé.

À l'instar du rapport de Jean-Pierre Obin sur la laïcité en milieu scolaire²⁷, la formation de formateurs pour créer un réseau auprès des établissements de santé pourrait également être développé, via le **réseau existant des référents laïcité au sein des ARS**.

Enfin, il apparaît essentiel de **former la hiérarchie à la gestion des signalements et situations problématiques**, qu'il s'agisse d'atteintes à la laïcité, de prosélytisme ou de signaux de radicalisation, afin de mieux les informer sur les outils disponibles et les moyens d'agir et de communiquer avec les équipes. Une **formation dédiée à destination des cadres soignants et administratifs** représente également une piste intéressante pour mieux appréhender la prévention et la lutte contre la radicalisation dans le milieu hospitalier.

PROPOSITION 4 : DÉPLOYER DES FORMATIONS CONTINUES OBLIGATOIRES DÉDIÉES À LA LAÏCITÉ, AU FAIT RELIGIEUX ET À LA PRÉVENTION DE LA RADICALISATION POUR LES PERSONNELS SOIGNANTS, TECHNIQUES ET ADMINISTRATIFS

La sensibilisation des agents passe également par l'**ouverture d'espaces de dialogue en interne** permettant à la fois d'informer sur une thématique, de partager des expériences, et de proposer des moyens d'action en cas de situation avérée.

L'organisation de journées thématiques, privilégiant des interventions extérieures et un partage d'expérience avec d'autres établissements de santé, les ARS, d'autres fonctions publiques, sont autant d'initiatives permettant de sensibiliser les agents. Là encore, **le rôle des référents radicalisation/laïcité en ARS est essentiel pour animer le réseau et proposer un accompagnement aux établissements de santé désireux de se saisir du sujet.**

PROPOSITION 5 : ORGANISER DES ÉVÈNEMENTS RÉGULIERS POUR SENSIBILISER LES AGENTS PUBLICS À LA PRÉVENTION DE LA RADICALISATION D'UNE PART, ET AU RESPECT DE LA LAÏCITÉ D'AUTRE PART



La mission a souligné l'**insuffisante disponibilité de données objectives sur le phénomène de radicalisation au sein du secteur public de santé**.

À défaut d'indicateurs fiables, il apparaît difficile d'appréhender l'ampleur du sujet. Les données existantes, transmises par le Ministère de l'intérieur, ainsi que les premiers retours des référents radicalisation en ARS, démontre toutefois une très faible quantité de signalements remontés.

Il est nécessaire également de distinguer le dispositif mis en place pour le signalement de la radicalisation, qui a fait l'objet d'une circulaire et bénéficie d'une coordination des structures concernées, et le **recensement des atteintes à la laïcité et aux principes déontologiques du service public**, qui ne bénéficient pas d'un suivi dédié en ce qui concerne les agents hospitaliers.

La création d'un observatoire ou d'un baromètre permettant de mieux estimer ces phénomènes pourrait permettre d'objectiver le sujet, afin d'y adosser des mesures de gestion adéquates, et adaptables selon les situations et les territoires.

Ce rôle doit être tenu par le référent radicalisation de l'ARS, qui pourra désormais également être désigné référent laïcité (fonction créée par la loi du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République, voir page 16).

En veillant à ne pas mélanger les atteintes à la laïcité ou des signalements de prosélytisme à des signaux de radicalisation, la création de cet observatoire permettrait de **mettre en place des indicateurs de suivi mesurant l'évolution des différents phénomènes**, ainsi que d'éventuels liens entre eux.

Une fois mis en place en routine, ces indicateurs permettraient aux établissements de remonter d'éventuels situations sensibles, alimentant ainsi un observatoire national qui servirait d'agrégateur pour offrir à la fois une **vision globale du phénomène et des données régionalisées, en distinguant également les types de signalement** (atteintes à la laïcité, prosélytisme, dérives sectaires, radicalisation, autres...).

PROPOSITION 6 : METTRE EN PLACE UN SUIVI QUANTIFIÉ DES SIGNALEMENTS ET CAS OBSERVÉS EN LIEN AVEC LES ARS ALLANT DES ATTEINTES À LA LAÏCITÉ AU RISQUE DE RADICALISATION



En parallèle d'un recensement quantitatif des signalements, **une analyse plus qualitative du phénomène de radicalisation à l'hôpital semble complémentaire**. Elle nécessite la contribution de chercheurs spécialisés sur le sujet, en coordination avec les acteurs du système de santé.

Des travaux de recherche sont déjà engagés, notamment pour établir une **grille d'évaluation de la radicalisation**, afin de repérer précocement les risques de radicalisation chez les jeunes.

La mission soutient par exemple la possibilité de mettre en place un questionnaire à destination des participants à la journée défense et citoyenneté (JDC) afin de lancer une étude scientifique sur le risque de radicalisation dans un large panel de jeunes personnes, sur la base du volontariat et en lien avec le Service de santé des armées.

Des appels à projet sont également disponibles pour soutenir des **contrats doctoraux de recherche sur la radicalisation**, proposés par le conseil scientifique sur les processus de radicalisation (COSPRAD)²⁸.

Ces travaux de recherche doivent accompagner les politiques publiques de prévention et de lutte contre la radicalisation, et s'appuyer sur un soutien et des financements pérennes pour proposer des pistes de compréhension du phénomène et guider les stratégies nationales associées.

PROPOSITION 7 : PROMOUVOIR LES TRAVAUX DE RECHERCHE SUR LES PHÉNOMÈNES DE RADICALISATION



3.2 / Un meilleur outillage des autorités pour le signalement et le contrôle des cas observés

Depuis 2014, le Ministère de l'intérieur a mis en place **un numéro vert ainsi qu'une plateforme numérique pour permettre le signalement de personnes supposées radicalisées²⁹**. Le centre national d'assistance et de prévention de la radicalisation (CNAPR) a mis en place ce dispositif afin d'apporter une écoute et d'instruire les signalements, en provenance le plus souvent de proches ou de collègues d'une personne supposée radicalisée³⁰.

Géré par l'UCLAT, ce service peut être contacté par un formulaire en ligne ou le numéro vert, il observe parfaitement les règles du droit et de la confidentialité et propose également un soutien au signalant. Depuis avril 2014, 80 000 appels ont été pris en charge, ainsi que 8 000 formulaires en ligne. Au total, 7% de ces signalements donnent lieu à une instruction. En 2020, 1 200 appels ont donné lieu à une instruction des services de police (données de l'UCLAT).

Si des campagnes d'information ont été menées ces dernières années, **il est proposé d'organiser une nouvelle séquence de sensibilisation** afin de rendre plus visible le dispositif existant et d'informer les agents de l'accompagnement disponible en cas de doute ou d'inquiétude sur une situation. La campagne d'information pourrait s'appuyer sur des **supports pédagogiques diffusables auprès des professionnels et des établissements**.

PROPOSITION 8 : LANCER UNE CAMPAGNE DE COMMUNICATION NATIONALE SUR LE N° VERT DE SIGNALLEMENT DE LA RADICALISATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX

Les dispositifs existants permettent de signaler les cas observés pour que les autorités compétentes puissent instruire le sujet.

Pour autant, les auditions menées dans le cadre de cette mission ont démontré que **la plupart des situations rencontrées se sont réglées en interne, via une gestion locale**, au niveau du service hospitalier, des cadres soignants ou de la direction d'établissement, mais rarement rapportés à l'ARS ou à la préfecture.

De nombreux cas restent également « sous le radar » des autorités, avec une mise sous silence des situations problématiques. Les raisons évoquées sont diverses, et vont d'un **manque de connaissance des leviers existants à la peur de créer des répercussions en interne** (déstabilisation des équipes, risque de rupture de la continuité des soins) **voire à l'extérieur** (répercussions médiatiques, image de l'hôpital, etc.).

Bien que la DGAFP ait notamment publié un guide à destination des administrations sur la prévention de la radicalisation dans la fonction publique, qui rappelle notamment les outils disponibles pour agir en cas de signalement d'un cas radicalisé, les services juridiques sont parfois insuffisamment au fait des textes existants pour agir.

L'élaboration d'une méthode et de « fiches réflexe » dédié au milieu hospitalier est recommandé. À cet effet, deux fiches sont présentées en annexe comme ébauche de rappel des conduites à tenir (1) en cas de signalement de radicalisation ; (2) en cas d'atteintes à la laïcité. Elles ont vocation à être appropriées et amendées par les établissements et les ARS selon leurs besoins propres, afin de servir de base accessible et synthétique des mesures existantes pour lutter contre la radicalisation et les atteintes à la laïcité. **L'implication du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)** dans cette démarche apparaît nécessaire afin de développer des mesures de protection et de gestion des agents hospitaliers.



PROPOSITION 9 : DÉVELOPPER UNE MÉTHODE À DISPOSITION DES SERVICES JURIDIQUES ET RH DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX SUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DE SIGNALEMENTS ALLANT DES ATTEINTES À LA LAÏCITÉ AU SIGNALEMENT DE LA RADICALISATION

Au-delà d'une meilleure appropriation des leviers existants, d'autres mesures pourraient être développées pour renforcer la lutte contre la radicalisation à l'hôpital.

2 d'entre elles ont été particulièrement instruites dans le cadre de cette mission :

- le renforcement du contrôle des agents à leur embauche et au cours de leur carrière
- le partage d'informations à l'ARS et/ou à la direction d'établissement sur le profil à risque de radicalisation d'agents exerçant dans un établissement de santé.

Améliorer le partage d'information sur des profils à risque

Les services de renseignement, de police et de gendarmerie, sous l'autorité du Ministère de l'intérieur, disposent de plusieurs moyens de surveillance des personnes radicalisées.

Le « **fichier des personnes recherchées** » (FPR) possède différentes signalétiques, notamment les « **fiches S** » (pour « atteinte à la sûreté de l'État ») qui permettent de mettre en attention les personnes soupçonnées de visées terroristes ou d'atteintes à la sûreté de l'État.

Cette sous-catégorie renferme donc de nombreux profils suspectés ou recherchés, mais ne mesure pas la radicalisation ni ne permet le suivi de la personne objet de la fiche.

Créé en 2015, administré par l'UCLAT, le **fichier des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste (FSPRT)** est une base de données spécialisée dans le domaine de la lutte anti-terroriste qui centralise les informations relatives aux personnes engagées dans un processus de radicalisation³¹.

Il permet de mieux coordonner les services de renseignements et les services judiciaires pour partager les informations et organiser le suivi des personnes inscrites dans le fichier.

Les dernières données de l'UCLAT recensent quelques dizaines d'agents exerçant dans le secteur de la santé faisant l'objet d'une fiche FSPRT. Le **partage d'informations relatives aux individus fichés S et FSPRT demeure exceptionnel et encadré**, au vu des enjeux de sécurité et de confidentialité afférents.

La mission ne soutient donc pas une transmission systématique de ces informations à l'ARS, mais recommande un **partage d'informations plus fluides entre la préfecture et l'ARS** pour alerter, si nécessaire, sur la présence d'un agent radicalisé ou soupçonné

de comportement radical au sein d'un établissement de santé ou médico-social, afin que la direction de l'établissement et l'ARS puissent bénéficier d'une meilleure visibilité, et mettre en place le cas échéant des mesures de gestion ou a minima de contrôle de la situation.

La loi de 2017 renforçant la sécurité intérieure et la lutte contre le terrorisme³² a modifié le code de la sécurité intérieure dans son article L114-1 qui permet désormais de **mener des enquêtes administratives en amont d'un recrutement** (ou d'une affectation, titularisation, agrément, etc.) afin de déterminer si le comportement de la personne concernée n'est pas incompatible avec les fonctions envisagées.

À ce jour, cette disposition concerne uniquement les emplois publics participant à l'exercice des missions de souveraineté de l'État, ainsi que les emplois publics ou privés relevant du domaine de la sécurité ou de la défense³³. Ce périmètre exclut les agents exerçant dans les établissements de santé et médico-sociaux.

Les enquêtes administratives sont confiées au **service national des enquêtes administratives de sécurité (SNEAS)**, dont les compétences ont été étendues. Ainsi, les agents exerçant dans le domaine des transports publics sont concernés par cette nouvelle disposition.

L'extension de cette disposition à certaines fonctions au sein des établissements de santé et médico-sociaux, concernant par exemple l'usage de produits dangereux ou l'accès à des données sensibles, représenterait une piste intéressante pour renforcer le contrôle des agents exerçant en établissement au moment de leur recrutement, mais également au cours de leur carrière. Elle apparaît toutefois difficile réalisable à court-terme, compte-tenu du caractère législatif de la disposition et de la charge administrative induite par le volume d'agents que représenterait un tel contrôle.

À ce stade, la mission recommande donc de s'inscrire dans le cadre juridique existant, c'est-à-dire les contrôles de certains prestataires privés par le Conseil national des activités privées de sécurité (CNAPS), et la protection particulière assurée aux sites sensibles tels qu'établis par le haut fonctionnaire de défense et de sécurité.

PROPOSITION 10 : RENFORCER LE CONTRÔLE DES PERSONNELS HOSPITALIERS PAR UN MEILLEUR PARTAGE D'INFORMATIONS SUR LES PROFILS À RISQUE ET LA POSSIBILITÉ D'ENQUÊTES ADMINISTRATIVES AVANT EMBAUCHE



3.3 / Une représentation des cultes à l'hôpital mieux encadrée

La représentation des cultes à l'hôpital se traduit par un réseau d'aumôniers hospitaliers, régi par plusieurs textes réglementaires sans pour autant bénéficier d'un cadre juridique clair.

La mission propose plusieurs pistes d'amélioration de la situation des aumôneries hospitalières.

Des discussions sont menées depuis fin 2019, interrompues en partie par la crise sanitaire, sur la création d'un cadre juridique dédié aux aumôneries hospitalières.

Pouvant prendre la forme d'un décret, ce cadre juridique permettrait de préciser les attentes afférentes au fonctionnement d'une aumônerie hospitalière. Il permettrait également de mieux définir les règles de nomination et de révocation des aumôniers, ainsi que des critères de nomination et d'organisation. Enfin, il préciserait les fonctions de l'aumônier, à savoir la réponse aux besoins spirituels des patients, mais également la possibilité d'agir en conseil auprès du chef d'établissement, de promouvoir le dialogue interreligieux et de réguler la représentation des associations cultuelles au sein des établissements de santé et médico-sociaux.

La direction d'établissement pourrait ainsi s'appuyer sur une cadre juridique plus fort, et contribuer à la désignation et au contrôle des aumôniers hospitaliers. La production d'un rapport d'activité annuel obligatoire constituerait un moyen efficace de mesurer l'activité des aumôneries hospitalières dans les établissements et les leviers d'amélioration et d'évolution de leur représentation au sein des établissements.

La charte des aumôneries hospitalières³⁴ a été publiée en 2011 en lien avec les 5 aumôneries nationales et les services du Ministère des solidarités et de la santé. 10 ans après, son actualisation apparaît essentielle. Elle pourrait s'accompagner d'une campagne d'information au sein des établissements de santé sur l'exercice du culte à l'hôpital, et de l'organisation d'évènements ou de sessions de sensibilisation sur les thématiques de la laïcité et de la prévention de la radicalisation.

Depuis 2017, toute personne souhaitant devenir aumônier doit posséder un **diplôme universitaire de formation civile et civique**. Au-delà de ce cursus académique, d'autres formations sont proposées au sein des cultes et à l'hôpital pour accompagner les aumôniers, notamment sur la compréhension des spécificités rattachées au secteur de la santé.

L'audition des aumôniers nationaux des cultes catholique et musulman a permis d'identifier plusieurs axes de formation à développer :

- formations sur le fait religieux et les rites cultuels à destination des soignants et des aumôniers
- formation spécifique en psychiatrie pour mieux accompagner les patients
- formation à destination des relais locaux des aumôneries, notamment dans les petites structures hospitalières ou médico-sociales

Les aumôneries hospitalières assurent la liberté de culte au sein des établissements de santé et médico-sociaux. Leurs activités doivent être encadrées et leurs représentants formés pour faire coexister le respect des convictions religieuses et la neutralité du service public.

L'étude de la situation des aumôniers hospitaliers a permis d'estimer un coût d'activité de 13 millions d'€ par an pour les établissements de santé.

Ce financement est prévu à titre dérogatoire par la loi de 1905. Toutefois, il apparaît utile, dans un contexte de fortes contraintes budgétaires sur les hôpitaux et d'évolution du fait religieux depuis le début du 20^e siècle, d'interroger le maintien de ce financement dans son état actuel, et d'engager une réflexion sur des modalités de financement modernisées.

PROPOSITION 11 : ACTUALISER LE CADRE JURIDIQUE DES AUMÔNERIES HOSPITALIÈRES ET PROPOSER UN DÉBAT SUR L'ÉVOLUTION DE LEUR FINANCEMENT

Un établissement de santé ou médico-social a vocation à accueillir des associations, parfois rattachées à un culte, proposant des activités bénévoles au services des patients. **Il est essentiel que l'établissement de santé soit pleinement informé du bon fonctionnement et de la viabilité des associations ayant accès aux patients et aux établissements de santé.**

Concernant les **associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique**, la Commission nationale de l'agrément est chargée d'instruire les demandes d'agrément et de renouvellement national et régional de ces associations. Son avis s'appuie sur l'examen de l'activité de l'association en faveur des usagers du système de santé, la transparence de la gestion et l'indépendance de l'association. À ce titre, une liste des associations nationales et régionales agréées est disponible en ligne³⁵.

Cette liste n'intègre pas l'ensemble des associations pouvant être amenées à intervenir dans les établissements de santé et médico-sociaux. **Un tel recensement pourrait se révéler utile pour accompagner les directions d'établissement dans leur gestion des intervenants extérieurs.**

En ce qui concerne les dérives sectaires, la MIVILUDES (mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires) ne possède pas non plus à ce jour de registre des mouvements à caractère sectaire, en raison à la fois du respect de la liberté de conscience, et de l'évolution constante du phénomène sectaire qui ne permettrait pas son actualisation en temps réel. Toutefois, **la MIVILUDES demeure compétente pour renseigner les administrations, via une saisine directe, sur l'existence de dérives sectaires sur la base de critères d'appréciation existants**³⁶.

Enfin, l'encadrement des associations a été renforcé par l'article 12 de la loi du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République. Ainsi, les associations ou fondations faisant l'objet d'un financement public devront s'engager, à travers un **« contrat d'engagement républicain », à respecter les principes de la République (liberté, égalité, fraternité, dignité, laïcité)**. Le respect du contrat devient désormais une condition pour l'obtention d'un agrément. Dans le cas contraire, la subvention publique peut être retirée.

Si des dispositions récentes et des organismes publics permettent l'encadrement des associations, **il apparaît nécessaire de mieux informer les directions et cadres administratifs sur les dispositifs existants et de les accompagner sur la gestion des associations intervenant dans les établissements de santé et médico-sociaux afin d'éviter toute dérive.**

PROPOSITION 12 : RENFORCER L'ENCADREMENT DES ASSOCIATIONS INTERVENANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX

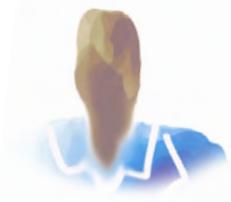


Au-delà de la représentation des aumôneries et associations cultuelles au sein des établissements de santé, les auditions ont identifié parfois une crispation sur le **maintien de lieux de culte dans l'enceinte de certains établissements de santé**. La mission propose de réaffirmer l'usage de ces lieux de culte aux seuls patients et à leurs famille et proches, et de prévoir des lieux œcuméniques permettant l'exercice de tous les cultes.

En effet, l'exercice du culte en établissements de santé doit s'appuyer sur une égalité de traitement de l'ensemble des religions et le respect des convictions des patients.

La possibilité de **créer ou de transformer des lieux de culte existants au sein des établissements de santé en lieux de culte partagés**, c'est-à-dire à l'usage de l'ensemble des religions, apparaît comme une solution pour assurer une égale représentation des cultes en établissement de santé, favoriser le dialogue interreligieux, et éviter une utilisation abusive des lieux de culte à des visées notamment prosélytes.

PROPOSITION 13 : ENCOURAGER LA CRÉATION DE LIEUX DE CULTE PARTAGÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



3.4 / Des pratiques médicales au service du patient

Le processus de radicalisation peut concerner, au sein d'un établissement de santé, un ensemble éclectique de professionnels soignants, administratifs ou encore techniques, avec des conséquences différencierées. Une personne radicalisée au sein d'un service informatique fait porter le risque d'une cyberattaque ou d'une utilisation abusive des systèmes d'information, tandis qu'un agent administratif radicalisé aura plutôt accès à des données sensibles sur l'établissement, le personnel et les patients.

Dans le cas d'un professionnel de santé radicalisé, **l'impact de son comportement se porte à la fois sur ses collègues et sur les patients qu'il soigne**. Dans le premier cas, il y a un risque de prosélytisme ou de rupture du vivre-ensemble pouvant menacer la continuité des soins. Dans le second cas, l'accès au soin du patient peut être altéré en raison du comportement et des convictions radicales de l'agent concerné.

Ces impacts peuvent également se ressentir en amont d'un processus de radicalisation, dans le cas d'atteintes à la laïcité ou de personnels ne respectant pas les principes de neutralité du service public (voir quelques exemples relevés en partie 2).

Ces **pratiques médicales déviantes**, résultant souvent d'une primauté accordée aux croyances sur la science, peuvent fragiliser l'accès aux soins, notamment en ce qui concerne la procréation (contraception, droit à l'IVG), les parcours de soins adaptés à la communauté LGBTQIA+, les dons et prélèvements d'organes, ou encore la fin de vie (réanimation, soins palliatifs, gériatrie).

Il apparaît donc nécessaire de rappeler, dans le cadre des **formations initiale et continue des personnels soignants, médicaux et non médicaux, les règles déontologiques applicables** (cf. propositions n°4 et 5) mais également d'améliorer la communication avec les patients et entre pairs pour assurer un traitement équitable de toutes les situations, et d'établir une **politique de « 0 tolérance » vis-à-vis des dérives médicales** qui contreviendraient à la déontologie.

La clause de conscience des médecins, sages-femmes et infirmiers est délimitée par l'article 47 du code de déontologie (article R. 4127-47 du code de la santé publique), qui énonce : « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles ».

Ainsi, sauf urgence vitale, le médecin n'est pas tenu de pratiquer l'acte demandé s'il estime que cet acte est contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques. Toutefois, il doit 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** (article 47 du code de déontologie médicale, article R.4127-47 du code de la santé publique)³⁷.

Par ailleurs, la clause de conscience s'apprécie au regard de l'article 7 du code de déontologie médicale qui indique : « 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. »

Une attention particulière doit donc être accordée, au sein d'une équipe de soins et par les cadres soignants et administratifs, à la **prise en charge optimale de tous les patients, sans interférence des convictions religieuses ou idéologiques des agents exerçant en établissements de santé**. Dans le cas contraire, il est primordial d'en faire état à sa hiérarchie pour permettre le traitement du cas observé.



PROPOSITION 14 : RÉAFFIRMER LA PRIMAUTÉ DU SOIN ET RENFORCER LA SURVEILLANCE DES DÉRIVES MÉDICALES

La politique de prévention et de lutte contre la radicalisation doit s'articuler avec une échelle de risque quant à **l'impact d'un agent hospitalier radicalisé sur les activités de soin et la prise en charge du patient**.

Dans le cadre d'un service de psychiatrie, le risque est particulièrement élevé, l'agent hospitalier évoluant dans un environnement sensible avec des patients particulièrement exposés.

Il s'agit donc d'accorder une attention particulière au bon fonctionnement de ces services, et à tout signalement ou comportement à risque qui serait identifié, afin d'assurer la qualité des soins et la protection des patients.

Les services de psychiatrie doivent également prendre en charge dans certains cas des patients radicalisés, parfois en pédopsychiatrie dans le cas de jeunes personnes. **La probité des agents exerçant dans les services hospitaliers de psychiatrie et de pédopsychiatrie** est donc essentielle pour la prise en charge particulière de patients radicalisés.

Par ailleurs, les auditions réalisées ont souligné un véritable **débat intellectuel déontologique dans le domaine de la psychiatrie**, qu'il s'agisse d'échanges sur le secret médical ou de réflexions plus approfondies sur le lien entre radicalisation et psychiatrie. Sur ce sujet, des travaux sont actuellement en cours associant la communauté médicale ainsi que les Ministères de l'intérieur et de la santé pour aboutir à des protocoles de prise en charge et à une meilleure coordination des services. La Commission nationale de la psychiatrie (CNP), lancée en janvier 2021, est également pleinement mobilisée pour travailler sur ces sujets. Il **apparaît essentiel d'approfondir cette thématique dans le cadre des travaux existants**.

L'association entre radicalisation et psychiatrie est toutefois loin d'être systématique, et il convient donc de **distinguer ces 2 réflexions menées en parallèle**, qui pourront s'enrichir mutuellement mais ne doivent en aucun cas se confondre.



PROPOSITION 15 : POURSUIVRE LES TRAVAUX ENGAGÉS SUR LA PSYCHIATRIE

La mission, qui a principalement associé le milieu hospitalier, a toutefois vocation à émettre des **recommandations applicables au secteur médico-social, et également au monde libéral**. À ce titre, les auditions menées auprès du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) et d'un syndicat de professionnels libéraux ont souligné des difficultés rencontrées dans la relation patient/médecin concernant des **refus de soin ou des manquements au principe de laïcité dans des cabinets libéraux**.

Les témoignages recueillis concernaient principalement des patients, et dans une moindre mesure des professionnels de santé.

Une étude plus approfondie de ces phénomènes et de leur répartition sur le territoire, ainsi que des solutions apportées pourraient permettre, à l'instar de la présente mission, de faire état d'**un ensemble de recommandations pour mieux associer les professionnels de santé libéraux à la prévention et à la lutte contre la radicalisation, et à la préservation de pratiques de soin neutres et accessibles à tous dans le respect de la laïcité**.

Là encore, les **référents radicalisation/laïcité des ARS** sont un maillon essentiel de l'animation de ces thématiques au niveau régional, en y intégrant l'ensemble des segments de l'offre de soins, du monde libéral aux secteurs sanitaire et médico-social.

PROPOSITION 16 : ENGAGER UNE RÉFLEXION DANS LE SECTEUR LIBÉRAL

3.5 / Une gouvernance renforcée pour accompagner les acteurs de la santé

La création de référents radicalisation au sein des ARS a permis de développer des points focaux au niveau régional afin de coordonner la prévention et la lutte contre la radicalisation dans les secteurs sanitaire et médico-social.

Toutefois, en raison notamment de la crise sanitaire, leur déploiement a été graduel et inégal depuis 2019, leurs fonctions souvent cumulées avec d'autres prérogatives, et leurs équivalents en établissements encore trop peu existants.

Ce rôle doit donc se renforcer progressivement, pour créer un véritable réseau de **référents radicalisation dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, et au sein du secteur libéral**. Un tel réseau permettrait d'améliorer le dialogue et le partage d'expérience entre les établissements, avec l'ARS, mais également entre les régions.

Il permettrait enfin de créer des points de contact pour établir des passerelles avec les situations rencontrées dans d'autres fonctions publiques (éducation nationale, sport, transports).

Ce renforcement s'accompagne d'un nécessaire **plan de formation** pour que les référents puissent avoir les compétences suffisantes à la gestion des cas signalés et aux mesures de gestion existantes. Il s'agit de proposer notamment un **renforcement des compétences juridiques et en ressources humaines des référents au sein des établissements de santé mais également auprès des ARS**.

En effet, le **développement de formation et de séquences de sensibilisation** est à promouvoir, à la fois sur la connaissance des dispositifs de prévention et de lutte contre la radicalisation, mais également sur les compétences juridiques et en ressources humaines nécessaires à la bonne appréhension des outils disponibles pour encadrer et sanctionner les comportements non conformes aux règles du service public hospitalier.

Des initiatives existent déjà, dans le cadre de séminaires rassemblant les référents radicalisation au sein des ARS, des établissements de santé et des préfectures de zone, sous l'égide du secrétariat général des Ministères chargés des affaires sociales.

Il s'agit également de **prévoir une articulation entre ces référents radicalisation et les référents laïcité** créés par la loi confortant le respect des principes républicains qui prévoit leur systématisation afin de conforter leurs prérogatives.

Une cohérence, voire une fusion (notamment dans les petites structures) est conseillée.

Également, les services affectés à la gestion des thématiques laïcité/radicalisation bénéficieraient sans doute d'un lien renforcé avec les services dédiés aux sujets de lutte contre les dérives sectaires.

Il convient ici de rappeler une des préconisations du rapport Poulliat-Diard sur les services publics face à la radicalisation (2019) proposant de **prévoir des postes à temps plein de référents radicalisation au sein des ARS**, qui pourrait donc être désormais couplé à la thématique « laïcité ».

A défaut de pouvoir assurer la création de ces postes à temps plein, un **rattachement direct avec la direction générale de l'ARS** serait déjà un gage d'efficacité et de visibilité.

Une fois formés et renforcés au sein des ARS, les référents radicalisation pourraient contribuer plus efficacement au volet prévention précédemment développé dans les préconisations, notamment :

- en développant des actions de formation et de communication dans les établissements
- en pilotant la production d'indicateurs et en encourageant les travaux de recherche
- en animant le réseau des référents radicalisation et laïcité
- en représentant le secteur sanitaire et médico-social dans les instances de coordination de lutte contre la radicalisation.



PROPOSITION 17 : FUSIONNER ET RENFORCER LE RÔLE DES RÉFÉRENTS RADICALISATION ET LAÏCITÉ AU SEIN DES ARS

Le référent radicalisation (et laïcité) en ARS doit servir de point focal à la politique régionale de prévention et de lutte contre la radicalisation. En effet, il s'inscrit dans une **démarche globale**, portée en première intention par le Ministère de l'intérieur, en lien avec l'ensemble des autres Ministères et selon les besoins spécifiques rencontrés par chaque secteur d'activité.

Dans le secteur de la santé, **de multiples acteurs sont concernés à la fois par le signalement et la gestion de cas de radicalisation** : le Ministère des solidarités et de la santé, les ARS, les établissements, les représentants syndicaux, les ordres, les associations, les aumôneries, la préfecture, etc.

À cela s'ajoute une dimension territoriale, où il est parfois difficile de distinguer les acteurs à qui transmettre les informations, et où il existe souvent des canaux de transmission disparates.

Une **coordination entre l'ensemble de ces acteurs** est nécessaire pour rendre le traitement des signalements plus efficaces, et en permettre l'exploitation quantitative (nombre de cas et leur évolution dans le temps) et qualitative (spécificités géographiques, niveau de risque, modalités de gestion).

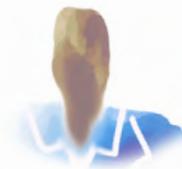
Si un dispositif existe déjà en ce qui concerne le signalement de personnes

radicalisées en lien avec la préfecture et les services judiciaires et de renseignement, la **gouvernance de la prévention et de la lutte contre la radicalisation mériterait d'être renforcée dans le secteur de la santé**.

Ce chantier pourrait s'articuler autour de la création d'une **cellule commune de prise en charge des signalements**, associant des représentants des acteurs de la santé, afin de décider de la suite à donner au signalement et d'assurer un circuit unique et clair de son traitement. Cette cellule permettrait un meilleur partage d'information entre les acteurs, une harmonisation du traitement des cas et une prise de décision unique et coordonnée sous l'égide de l'ARS.

Au-delà du renforcement de la coordination pour le traitement des cas de radicalisation, la coordination des acteurs autour d'une gouvernance commune concernant les atteintes à la laïcité en établissements de santé et plus largement le non-respect des règles déontologiques pourrait également favoriser la compréhension de ces phénomènes et leur gestion (voir proposition n°6).

PROPOSITION 18 : AMÉLIORER LE CIRCUIT DE TRAITEMENT DES SIGNALEMENTS ET LA COORDINATION DES ACTEURS



Enfin, l'intégration plus systématique des acteurs du système de santé dans les instances existantes de prévention et de lutte contre la radicalisation représente une piste supplémentaire d'amélioration de la gouvernance en matière de prévention de la radicalisation.

Au niveau national, le Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation, rattaché au Ministère de l'intérieur, est chargé d'apporter avec l'UCLAT une expertise auprès des préfectures, des collectivités locales et des acteurs engagés dans la prévention de la radicalisation. Le **renforcement des liens avec le SG-CIPDR**, afin de mieux représenter le secteur de la santé dans les réflexions engagées sur la prévention de la radicalisation, est un préalable pour élaborer des outils, diffuser des bonnes pratiques et organiser des formations auprès des établissements de santé et acteurs des secteurs sanitaire et médico-social. Il pourrait également être envisagé en son sein la création d'un **espace de partage avec les autres fonctions publiques**.

Dans les territoires, il s'agirait également de renforcer l'animation des **cellules départementales pour la prévention de la radicalisation et l'accompagnement des familles (CPRAF)**.

Au sein de ces cellules, le secteur de la santé est représenté par l'ARS qui propose l'intervention ponctuelle de professionnels de santé et permet l'interface entre les établissements et les autres acteurs de la prévention de la radicalisation.

Un partage d'information accru à l'issue de ces instances avec les établissements de santé et médico-sociaux serait bénéfique pour assurer la coordination des sujets au sein de ces structures.

Une meilleure connaissance des autorités compétences, associée à un renforcement du dialogue entre ces instances et les représentants du secteur de la santé, est essentielle pour poursuivre les efforts engagés dans la prévention et la lutte contre la radicalisation.

PROPOSITION 19 : RENFORCER L'INTERMINISTÉRIEL SUR LE TERRAIN POUR FAVORISER UN MEILLEUR PARTAGE D'INFORMATIONS



CONCLUSION

Monsieur le ministre, Mesdames, Messieurs,

Merci d'avoir lu ce rapport. J'espère que les réflexions et décisions qu'il devrait engendrer s'enrichiront de vos analyses et de vos idées. J'ai senti lors des auditions une adhésion collective et fédérative de nos interlocuteurs au problème de la radicalisation.

Ce rapport soulève de nombreuses questions : comment appliquer les recommandations, comment continuer ce travail sur la radicalisation, appliqué à l'ensemble du système de santé, dans les EHPAD, les cliniques privées et le secteur libéral de ville. Il n'y a pas de petit combat idéologique pour préserver la laïcité, qui demeure une des garanties de l'exercice, difficile, de la médecine afin de faire bénéficier à tous les patients de l'état actuel des connaissances.

Ainsi, je souhaite que la charte de la laïcité soit signée par l'ensemble des représentants des personnels le plus vite possible. Au-delà du symbole, c'est fondamental et cela fédère tous les agents exerçant au sein des établissements de santé dans un même élan du service public. Si nous voulons réaffirmer la neutralité pour tous les personnels exerçant dans les établissements de soins, il faut réaffirmer la valeur de la laïcité conjointement avec une organisation de l'enseignement et des évènements réguliers autour de la laïcité.

Il faudra que les établissements de santé luttent contre le sexisme et l'homophobie qui sont les prémisses de l'intolérance et du radicalisme religieux. Si nous parlons de la parité homme femme, il ne doit pas avoir une exclusivité de nationalité dans tel ou tel établissement afin d'éviter des communautarismes naissants.

Par ailleurs, les restrictions budgétaires des hôpitaux posent la question de la rémunération, à hauteur de 13 millions d'€ par an, des 5 aumôneries sur le budget de l'hôpital, sans compter le foncier des lieux de cultes au sein des établissements de santé. Si la loi de 1905 l'accorde, la question est de savoir quelles évolutions ce lien qui revient à la sphère privée du malade et de ses proches doit-il avoir.

Par ailleurs, je crois beaucoup au renforcement du contrôle des associations qui interviennent dans l'hôpital. L'attribution de leur agrément doit être plus rigoureux afin d'éviter tout prosélytisme. Nous devons redoubler de vigilance et combattre les radicalismes comme les organisations sectaires, considérant que l'hôpital est un de leurs objectifs.

L'enjeu des signalements doit permettre de cibler rapidement les personnes qui n'ont pas de comportements compatibles avec l'activité de soins et la charte de la laïcité afin de garantir aux malades cette neutralité des soignants. Cela rejoint l'importance de signaler les dérives médicales, et il faut pour cela soutenir les personnels : un soignant qui informe d'une pratique anormale ne doit pas avoir d'angoisse car il fait son travail et améliore la qualité des soins apportés aux malades.

Ce rapport est une étape, il doit conduire en fonction des choix de monsieur le ministre de la santé et des solidarités et du gouvernement, à une mise en œuvre, et surtout une extension au système de soin dit libéral. La France a tout à perdre sur l'éthique, la qualité et les droits des malades si elle laisse des systèmes communautarisés se développer.

En écrivant ce rapport et en faisant ce travail, j'ai acquis une conviction : le système sanitaire et social est une cible du radicalisme notamment islamiste, et nous devons le combattre. Il doit y avoir une mobilisation contre un système qui, par certains principes religieux, est une régression de l'éthique scientifique et du droit des malades. Ce n'est pas pour rien que, sur les sujets de procréation et de la fin de vie, la mobilisation des religions demeure très active.

Je fais le vœu que ces recommandations seront appliquées très rapidement et que ce travail sera étendu à l'ensemble du système de santé et social.

ANNEXE 1 : BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

- Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des églises et de l'État
- Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que la charte des droits et des libertés des personnes accueillies, annexe de l'arrêté du 8 septembre 2003
- Charte de la laïcité dans les services publics – versions 2007 et 2021
- Centre des hautes études du ministère de l'intérieur (CHEMI), quelles nouvelles places pour les religions et la laïcité dans notre société ?, journée d'étude et de réflexion, 2010
- Charte des aumôneries hospitalières - 2011
- Instruction SG/2016/14 du 8 janvier 2016 relative à la prévention de la radicalisation
- Guide interministériel de prévention de la radicalisation - SG-CIPDR - mars 2016
- Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé
- Instruction SG/2016/377 du 2 décembre 2016 relative à la déclinaison territoriale du Ministère des affaires sociales et de la santé par les ARS dans le cadre de la prévention et de la prise en charge de la radicalisation
- Observatoire de la laïcité, laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé, 2016
- Circulaire de Ministère de la fonction publique - NOR : RDFF1708728C - du 15 mars 2017 relative au respect du principe de laïcité dans la fonction publique
- Instruction n° SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

- Plan national de prévention de la radicalisation - Premier ministre - 23 février 2018
- Kit de prévention de la radicalisation 2018 - CIPDR
- Rapport d'information sur l'amélioration de l'efficacité des fiches S, M. le député François Pillet, décembre 2018
- FHF, guide laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé, 2018
- Rapport d'information sur les services publics face à la radicalisation, MM. les députés Diard et Pouliat, juillet 2019
- Guide de prévention de la radicalisation dans la Fonction publique - DGAFF - novembre 2019
- Circulaire n° SG/Pôle ARS santé/HFDS/DGOS/2020/215 du 31 décembre 2020 relative à la prévention de la radicalisation des agents employés par les établissements publics de santé et établissements publics médico-sociaux
- Loi n° 2021-1109 du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République
- Décret du 23 décembre 2021 relatif au référent laïcité dans la fonction publique

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Ministère des solidarités et de la santé

Cabinet du ministre :

- Bénédicte Roquette, conseillère au cabinet du ministre

Direction générale de l'offre de soins :

- Vincent Terrenoir, commissaire général de police, Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS)
- Yannick Le Guillou, adjoint chef de bureau, bureau des personnels de la fonction publique hospitalière
- Catherine Faure-Beaulieu, chargée de mission, bureau des personnels de la fonction publique hospitalière

Secrétariat général des Ministères chargés des affaires sociales

- Étienne Champion, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales
- Arnaud Martin, haut fonctionnaire défense et sécurité (HFDS)
- Joséphine Cossart, cheffe de l'unité planification de défense - pôle « défense et sécurité »
- Corinne Pasquay, chargée de mission, pôle ARS santé

Ministère de l'intérieur

Unité de coordination de la lutte anti-terroriste :

- Amin Boutaghane, chef de l'unité de coordination de la lutte anti-terroriste (UCLAT)
- Yann Carbonnelle, adjoint au chef de l'UCLAT

Bureau central des cultes :

- Clément Rouchouse, chef de bureau, bureau central des cultes, sous-direction des libertés publiques/ direction des libertés publiques et des affaires juridiques (DLPAJ)
- Julien Borne-Santoni, adjoint au chef de bureau, bureau central des cultes
- Alice Bernard, chargée de mission, bureau central des cultes
- Mariam Dembele, chargée de mission, bureau central des cultes

Bureau de la laïcité

- Vanessa Seddik, cheffe du bureau de la laïcité
- Alice Bernard, adjointe à la cheffe de bureau

Institut des hautes études du ministère de l'intérieur (IHEMI)

- Nacer Lalam, chef du département études et recherches, IHEMI
- Pierre-Alain Clément, chargé de recherche, IHEMI

Service national d'enquêtes administratives de sécurité (SNEAS)

- Carine Vialatte, cheffe du service

Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation

- M. le Préfet Christian Gravel, secrétaire général du CIPDR
- Virginie Nouaille, cheffe du pôle prévention de la radicalisation et de lutte contre l'islamisme

Assemblée nationale

- Eric Diard, député de la 12^e circonscription des bouches-du-Rhône

Défenseur des droits

- Claire Hédon, défenseure des droits
- Loic Ricour, chef du pôle droits des malades et dépendance
- Yann Coz, chef du pôle fonction publique

Fédération hospitalière de France

- Zaynab Riet, déléguée générale
- Amélie Roux, responsable du pôle ressources humaines hospitalières

Conférence des directeurs généraux de CHU

- Marie-Noëlle Gerain-Breuzard, présidente de la conférence des DG de CHU
- Alexandre Fournier, secrétaire général de la conférence des DG de CHU
- Pauline Bernard, directrice adjointe du CHU de Tours
- Yara El-Eleywa le Corff, coordinatrice de la commission des affaires internationales

Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers (CNDCH)

- Francis Saint-Hubert, président

Conférence des PCME de CHU

- Pr François-René Pruvot, président

Conférence des doyens de facultés de médecine

- Pr Patrice Diot, président (2020-2021)
- Pr Didier Samuel, président (2022-présent)

Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)

- Dr Patrick Bouet, président

Syndicat des médecins libéraux (SML)

- Dr Philippe Vermesch, président

■ Syndicats de la fonction publique hospitalière

Confédération générale du travail (CGT) – section santé :

- Mireille Stivala, secrétaire générale

Force Ouvrière (FO) – section santé :

- Didier Birig, secrétaire général

UNSA Santé :

- Karine Halgrain
- Yann le Baron
- Stéphanie Minard
- Laurent Philippe
- Jean-Claude Stutz

CFDT :

- Clotilde Corniere
- Gwenaëlle Yvinec

■ Syndicats d'internes

ISNI (Intersyndicale nationale des internes) :

- Gaëtan Casanova, président

ISNAR-IMG (Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale) :

- Mathilde Renker, présidente
- Adrien Haas-Jordache, vice-Président

FNSIP-BM (Fédération nationale des syndicats d'internes en pharmacie et biologie médicale) :

- Julie Quessada, co-présidente biologie médicale
- Thibault Grisinger, co-président pharmacie

■ Représentants du secteur de la psychiatrie

- Pr Michel Lejoyeux, président de la commission nationale de psychiatrie (CNP)
- Pr Jean-Louis Senon (PU-PH) au CHU de Poitiers, membre du groupe « psychiatrie médico-légale » de la CNP
- Pr David Cohen, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (assistance-publique-hôpitaux de Paris, AP-HP)
- Dr Christian Müller, président de la conférence nationale des présidents de CME de CHS
- Dr Christophe Schmitt, président de la CME du CHS de Jury-les-Metz

Assistance publique – hôpitaux de Paris

- Anne Rubinstein, directrice de cabinet du directeur général de l'AP-HP
- Florent Bousquie, directeur de cabinet adjoint du directeur général de l'AP-HP
- Stéphane Merlot, conseiller sécurité défense du directeur général de l'AP-HP
- Florence Vebert, directrice des relations internationales de l'AP-HP
- Philippe Le Roux, directeur adjoint des relations internationales de l'AP-HP

Agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes

- Jean-Yves Grall, directeur général
- Stéphane Deleau, directeur de la Direction inspection, justice et usagers (DIJU)

Aumôneries hospitalières

- Constantino Fiore, aumônier du culte catholique
- Mohammed Azizi, aumônier du culte musulman
- Victor Adzra, aumônier du culte protestant

Commission nationale de l'agrément

- Pierre-Etienne Bisch, président

ANNEXE 3 : ACRONYMES ET SIGLES

ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ARS	Agence régionale de santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAPR	Centre national d'assistance et de prévention de la radicalisation
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNP	Conseils nationaux professionnels
COSPRAD	Conseil scientifique sur les processus de radicalisation
CPRAF	Cellule de prévention de la radicalisation et d'accompagnement des familles
DGAFFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
FFP	Fédération française de psychiatrie
FPH	Fonction publique hospitalière
FSPRT	Fichier de traitement des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste
GED	Groupes d'évaluation départementaux
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LGBTQIA+	Personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans, queers, intersexes et asexuelles
ONVS	Observatoire national des violences en milieu de santé
PHAROS	Plateforme d'harmonisation, d'analyse, de recouplement et d'orientation des signalements
PSE	Plan de sécurité d'établissement
SG-CIPDR	Secrétariat général du comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation
SGMCAS	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
UCLAT	Unité de coordination de la lutte antiterroriste



