

# MasterClass

## *Soignants & Bioéthique*



**Soutenir les professionnels de la santé face aux défis  
bioéthiques**

*Formation, accompagnement, réseau*

---

Résumé des interventions  
2025-2026

---



*Des idées qui font vivre !*

---

## Institut Européen de Bioéthique

---

*Informer - Former - Sensibiliser*

Bioéthique et valeurs du soin

Emmanuel HIRSCH

p.1

Corps et vulnérabilités dans la relation soignant-patient

Blandine HUMBERT

p.6

Bioéthique, dignité et valeur de la vie

Éric FIAT

p.8

Intelligence artificielle et médecine Balises pour une éthique du respect de la dignité humaine

Bernard ARS

p.10

Liberté de conscience, droits du patient et liberté des institutions

François TRUFIN - Léopold VANBELLINGEN

p.16

Éthique clinique, déontologie et pratiques institutionnelles

Timothy DEVOS

p.26

## Bioéthique et valeurs du soin

Emmanuel HIRSCH

Professeur émérite d'éthique médicale - Université Paris-Saclay - Directeur de l'éthique d'emeis

5 novembre 2025 - Bruxelles

### La bienveillance comme principe éthique de la relation de soin

#### Attentif et hospitalier à l'autre

Lorsque le 8 mars 2024 le sceau de la République a été apposé sur la loi inscrivant la liberté d'accès à l'interruption volontaire de grossesse dans la Constitution française, des femmes ont exprimé avec émotion l'hommage à celles qui, les précédant dans l'histoire, eurent le courage de revendiquer ce droit dont elles-mêmes assumaient désormais la filiation. Pourtant, dans une étude présentée le jour-même par les Petits frères des pauvres, Cécile, âgée de 94 ans, témoignait d'un paradoxe et d'un mépris d'autant plus inacceptables : « À qui les jeunes femmes d'aujourd'hui doivent leurs droits ? À nous, les vieilles d'aujourd'hui qu'on remarque à peine tellement nous sommes devenues invisibles. »

Ce constat interroge la crédibilité et la robustesse de l'unité et de la cohésion d'une nation qui ne serait plus capable d'honorer sa mémoire et de témoigner une juste considération à ceux dont les engagements de vie ont fait notre histoire. S'en désintéresser ou s'en détourner, est l'indice inquiétant d'une culture de l'oubli, de l'évitement, voire du mépris. Cela fragilise notre rapport au monde et notre attachement à une filiation humaine et démocratique qui devrait nous éclairer et nous unir afin de partager un même souci de bienveillance. Notre démocratie devient plus vulnérable et risque de consentir aux mentalités et aux pratiques malveillantes lorsqu'elle déconsidère ses devoirs d'humanité et renie les fondements du pacte social.

Je suis persuadé que l'expérience du soin, la valeur de ses engagements et de son expertise au cœur de la vie sociale, la sollicitude et la solidarité exprimées dans les circonstances de vulnérabilités et de souffrances, témoignent des principes dont nous éprouvons à la fois les défaillances, le plus urgent besoin et donc l'exigence d'une refondation, voire d'une réinvention. C'est ce paradigme qui est sollicité dans mon propos. Reconnaître et respecter la personne sans condition, lui accorder une attention d'autant plus impérative qu'elle signifie notre attachement à sa cause, notre souci de son intérêt supérieur. Être présent et prévenant à ses côtés dans un compagnonnage compris comme une alliance, c'est affirmer et défendre les valeurs de la bienveillance. Nos négligences ou nos renoncement politiques, le désinvestissement de nos obligations de citoyenneté menacent cet esprit de bienveillance, cette idée de fraternité, de sollicitude, ce souci de soi pour l'autre et avec l'autre, cette éthique du bien commun et du vivre ensemble. Contribuer à réhabiliter et si nécessaire à réinventer une éthique et une clinique de la bienveillance est une urgence politique.

# 1ère séance

La bienveillance comme la bienveillance ou le souci de l'autre, est une disposition d'esprit inclinant au respect de la personne, au témoignage de sollicitude, de considération et de compréhension à son égard. Être attentif et hospitalier à l'autre, c'est reconnaître ses valeurs, ses préférences, ses attentes, ses choix, ses droits et ses besoins dans un environnement humain et social favorable à l'accueil, à l'écoute, au dialogue et à la concertation. La culture de la bienveillance se caractérise par le respect inconditionnel des droits fondamentaux de la personne, un esprit d'ouverture, l'humilité d'une réflexion étayée par des savoirs, la confrontation d'analyses et de points de vue établis selon des critères rigoureux, partagés en confiance avec pour objectif la conviction pour chacun d'honorer les valeurs dont il est garant.

## Des espaces communautaires de bienveillance

Du point de vue d'une approche éthique de la bienveillance, décrypter et préciser quelques points de sensibilité et de vigilance me paraît indispensable dans la mesure où ils concernent les valeurs d'humanité, les principes du vivre ensemble, ceux qui fondent l'éthique d'une société. C'est pourquoi j'évoquerai par la suite ce que sont des espaces de sociabilité bienveillante. Comment devrions-nous formuler en des termes recevables le droit d'être considéré, d'importer, d'avoir le sentiment d'appartenir, d'être membre à part entière de la communauté humaine ? Il s'agirait-là d'établir l'inventaire de ce qui est trop contesté à la personne dont on s'habitue à estimer que, du fait de fragilisations, de marginalisations, d'évitements, de maladies, de dépendances ou de son trop grand âge, elle aurait perdu en humanité. Mise ainsi à distance de notre monde, disqualifiée et comme abrasée dans son identité et sa citoyenneté, elle serait dès lors assignée à assumer la dignité d'un ultime exercice de lucidité et de résignation — l'obligation d'un retrait et d'un désistement d'autant plus subreptices que cette personne ne nous concernerait déjà plus.

Accepter l'agonie de cette déliaison serait désormais considéré comme de l'ordre des choses, un mode de hiérarchisation de ce qui importe entre l'essentiel et le subsidiaire. C'est ainsi que s'abolit la cohérence et la robustesse du pacte qui affirme nos devoirs d'humanité, notre contrat social, ce qui fait communauté et responsabilité des uns envers et pour les autres ? En fait ce qu'assemblent et contribuent à sauvegarder l'idée et l'exigence de bienveillance. Les professionnels de l'attention et du soin en société sont souvent les derniers confidents qui recueillent ces détresses humaines désormais inaudibles tant nous y sommes inhospitaliers. Ils s'efforcent de réconcilier la personne vivant le désarroi d'une errance sans but avec le sens, sur le moment obscur, d'un parcours de vie porteur d'espoirs auxquels croire encore, malgré tout. Vivre une relation de proximité et de responsabilité avec la personne dans la juste présence ne relève pas du monde des idées. Il y faut une capacité de vigilance, l'humilité indispensable pour se confronter honnêtement à des vérités complexes, confuses, intriquées et interdépendantes. Sans soutiens et reconnaissance, sans capacité de disposer du temps indispensable à la pensée, à la délibération concertée et aussi à l'acquisition de savoirs et de repères, la démarche éthique n'est pas sérieuse et n'est pas soutenable dans la continuité d'une attention humaniste.

# 1ère séance

Au cœur de notre société, les espaces de bienveillance consacrés à la personne dans ces moments redoutés où elle ne peut plus elle-même soutenir ses choix de vie et sollicite un soutien transitoire ou sur un plus long terme, doivent être considérés comme des laboratoires d'humanité. Pour viser cette exemplarité, chacun des intervenants doit être irréprochable dans ses conduites, se doter d'une faculté de compréhension et d'analyse d'enjeux qui sollicitent une écoute et des propositions d'actions concertées, développer une culture éthique adossée à des règles de fonctionnement respectueuses des principes de la démocratie et des valeurs de la personne.

Il ne s'agit pas tant de « bien traiter » la personne que d'être préoccupé de son « bien », de ce précieux qu'elle confie au professionnel de la vie sociale lorsqu'elle n'est plus elle-même en capacité de l'assumer seule sans soutien, sans présence vigilante, inquiète de son existence, à ses côtés au quotidien. Un « bien » complexe en ce qui pourrait le définir, le circonscrire. Il est constitutif de son identité, de son histoire, de ce à quoi elle est attachée, des conditions de son bien-être, pour ne pas dire de la persistance de son être. Dès lors, cette démarche en humanité témoigne d'une bienveillance à l'autre, d'une considération qui engage et oblige.

Il convient de penser ensemble au sens de nos responsabilités là où la cité est interpellée dans ses solidarités les plus urgentes. Comment bien veiller sur la personne qui s'en remet à nous dans cette mission de veilleur qui l'assure d'un indéfectible attachement ? Plutôt que d'estimer, en fonction de critères personnels ou de considérations relevant d'une idée déterminée ou idéalisée ce qui est « bien » pour la personne, il s'avère nécessaire tout mettre en œuvre pour comprendre, considérer et soutenir ses attentes, atténuer voire compenser des incapacités temporaires ou définitives, selon sa propre hiérarchisation de ce qui lui paraît préférable, dans un contexte d'existence souvent limitatif.

La personne peut ainsi mobiliser ses ressources préservées ainsi que les compétences de proximité indispensables à sa complétude, à une certaine sérénité favorable à l'affirmation de ce qui lui importe ici et maintenant. Elle préserve ainsi sa capacité d'initiative, sa faculté d'exercer un pouvoir sur son présent et sur ses choix. Lui reconnaître cette dignité dans l'expression, même ténue et fugace, de son autonomie est l'exigence d'un engagement éthique. Être bienveillant à son égard c'est la respecter dans cette part de liberté, cette aptitude à décider encore, même si parfois ce à quoi elle affirme son attachement peut contester ce qui nous semblerait, pour elle, le plus indiqué. Plutôt que de s'opposer à ce qu'elle souhaite, ne convient-il pas de comprendre les motivations et les significations de ses choix, et d'envisager dans la concertation de quelle manière y satisfaire au mieux ?

Tentons d'aller plus avant dans l'approche de ce qui justifie aujourd'hui de mieux saisir dans les priorités de l'accompagnement l'exigence de « bien faire ». L'invocation d'une conception de ce que signifierait « faire le bien » d'une personne, lui être bienveillant ou bienfaisant, relève de considérations subjectives, idéalisées, mais équivoques, voire contestables dès lors que ne prévaut pas le souci de recueillir ce qu'elle estime de l'ordre de ses envies et de ses représentations de ce que serait pour elle un bien, son bien.

# 1ère séance

Au nom de quelles légitimités ou de quelles certitudes s'évertuer à imposer nos conceptions d'un « bien » dont on serait censé détenir la compétence, pour ne pas dire la vérité alors que cette tentation se heurte aux limites de l'expertise professionnelle ?

Pour éviter les dérives de procédures indifférenciées, il convient de maintenir une position de retenue afin de reconnaître la personne dans sa sphère privée, dans ce qu'est son intimité, ce qui demeure de plus précieux : son intégrité ontologique. Les professionnels de la relation humaine ne parviennent à la plénitude de l'exercice des

missions qui leur sont confiées que s'ils trouvent dans leur propre histoire et leur culture l'intelligence de s'ajuster à cette part d'échange dans le soin et l'accompagnement. La bienveillance ou la bienfaisance d'un tel échange s'éprouvent dans la réciprocité de ce qui se vit et se dit alors, au point de parvenir à cette phase essentielle de la construction d'une relation fondée sur le principe d'une confiance partagée. C'est ce qu'évoquent les professionnels lorsque, en dépit des contraintes et de la complexité de certaines circonstances, ils ont la conviction d'être parvenus « au bout du soin ».

## Une intelligence et une bienveillance collectives

Reconnaître l'histoire de vie et la citoyenneté de la personne c'est concevoir des espaces de sociabilité bienveillants, là où résident en société des femmes et des hommes dont la présence même témoigne de ce qu'ils sont, de leur vie avec ce qu'elle recèle encore de recoins à explorer, de curiosités à éveiller. Comprendre, respecter et intégrer ce passé qui est à la fois le patrimoine sauvegardé, en dépit des renoncements, l'assise et l'asile de la personne, relève d'une intelligence de l'humain dont il nous faut saisir la signification de manière à éclairer le présent et à penser la relation comme un cheminement commun, dans la réciprocité d'un échange. Cette considération n'est effective qu'en donnant audience à ces expériences et à ces savoirs existentiels afin d'en faire les promontoires des nouvelles étapes d'un parcours à poursuivre dans son achèvement.

Au-delà des règles de l'hospitalité, l'exigence de sociabilité défend une éthique de la bienveillance lorsque les liens d'humanité risquent de se rompre à l'épreuve de la maladie, de la perte d'autonomie ou de la relégation sociale.

Comment comprendre cette étrange sociabilité qu'établit la proximité d'une commune expérience qui brise le cours évident d'une existence, accentue les fragilités et les dépendances, affecte les sentiments d'appartenance et de reconnaissance ? Qu'en est-il de cette sociabilité si difficile à définir et parfois à constituer, dont le sens et la cohérence souvent nous échappent ? Au point même de l'ignorer ou d'en réfuter la valeur ?

Je l'ai évoqué précédemment, attester de ce qui pour la personne est constitutif de son intégrité, du souci de soi et des autres dans des contextes d'existence qui trop souvent la révoquent dans ses droits, la destituent d'une souveraineté sur ses choix de vie et la relèguent aux marges des préoccupations sociales, c'est envisager l'exigence de sociabilité comme l'expression d'une résistance à l'indifférence ou à l'abandon – comme un acte de dignité politique.

L'invention d'une sociabilité dans les territoires d'hospitalité de la République où l'excès de souffrance accule à la solitude, au repli sur soi et parfois au mutisme, faute d'être reconnu hors de ces refuges encore membre à part entière de la communauté nationale, est une conquête de l'intelligence humaine irréductible aux renoncements ou aux abdications inacceptables.

# 1ère séance

Cette sociabilité témoigne de ce qui demeure essentiel à ceux qui savent d'expérience ce qu'est la menace d'inhumanité et ce que signifient la confiance et la force d'engagement qui permettent, ensemble et avec, de s'y opposer. Cette sociabilité se forge et se renforce dans notre confrontation aux vulnérabilités et aux défis de l'existence, lorsque, membre de la cité, la personne ainsi n'abdique pas et porte nos principes d'humanité au degré supérieur de l'exigence démocratique. Il convient de comprendre que c'est souvent aux marges de la société, dans des tiers lieux de la bienveillance accessibles à un renouveau de la pensée et à la réinvention de nos communs, que se reconstituent nos principes, nos systèmes de référence et nos représentations, ainsi que l'envie de refaire société.

L'exigence de sociabilité impose de s'accorder sur nos valeurs, de mettre en œuvre des conduites et des lignes d'action qui en témoignent et les préservent. Cette sociabilité peut se définir comme un alliage assemblant dans une même attention, une même intention, une conscience de nos responsabilités que comprennent, assument et partagent ceux qui – professionnels, membres d'associations, proches, instances représentatives ou acteurs de la société civile – opposent l'intelligence du réel, le courage et la résolution de leurs engagements quotidiens au service du bien commun, aux assauts répétés des contempteurs de notre démocratie.

Notre relation avec une personne en situation de vulnérabilité engage à un rapport de confiance et d'estime réciproques d'autant plus essentiel qu'on le sait fragile, dépendant d'aléas qui parfois déroutent les meilleures intentions. Cette rencontre interindividuelle implique et expose — elle n'est jamais neutre. Comment être présent à la sollicitation qu'il nous revient d'accueillir sans nous efforcer de la reconnaître et de la comprendre à la fois dans son identité profonde, son histoire, sa culture et ses besoins ? Il peut s'agir d'une aventure humaine exceptionnelle dès lors que tout est mise en œuvre afin qu'aucune entrave ou aucune négligence ne compromette ou ne trahisse le pacte qui scelle la relation. Il y faut une intelligence de l'humain, une passion de l'autre, une disponibilité, un courage et le sens d'une dignité à défendre de manière inconditionnelle.

Considérer la démarche éthique comme une forme de militance au service des valeurs de la démocratie, ne peut s'envisager que dans le cadre d'une concertation ouverte à tous, sans exclusive, à la fois incarnée, impliquée et responsable. C'est ainsi que nous contribuons, à notre juste place, à l'expression d'une intelligence et d'une bienveillance collectives.

Si penser et assumer l'engagement éthique est important, reconnaître à ceux qui ont la responsabilité de décider la légitimité, l'autorité et la charge de leurs décisions relève d'une exigence qui doit être reconnue et respectée.

Il nous faut penser ensemble les pratiques favorables à une plus juste approche d'enjeux éthiques qui tiennent pour beaucoup à nos conceptions des principes de dignité, de respect, de bienveillance, de non-maltraitance, de justice, d'intégrité et de loyauté.

C'est admettre la dimension politique, le nécessaire engagement citoyen dont nous sommes personnellement et collectivement comptables.

## Corps et vulnérabilités dans la relation soignant-patient

Blandine HUMBERT

Docteur en Philosophie et Directrice de l'École de santé publique à l'ICP (Paris)

26 novembre 2025 - Bruxelles

### Premier moment: Le corps: évidence de l'expérience, insaisissable par la pensée.

Le corps, c'est ce qui est le plus proche de moi, mais en même temps il m'échappe. Chez Platon, le corps est subordonné à l'âme, mais toujours bien présent. Pour Descartes, il s'agit de mettre le corps de côté, pour mettre en avant la pensée, seule certitude que nous ayons. Pourtant, dans un autre écrit, il parle de « l'union de l'âme et du corps ».

Regardons ce que disent du corps les philosophes de la phénoménologie : Heidegger, Merleau-Ponty, Michel Henry, ...

### Trois types de corps (Michel Henry)

1. Corps objectif : le corps comme objet. Ex : la table
2. Corps vivant : le corps éprouvant de la douleur ou du plaisir. Ex : les plantes, les animaux.
3. Corps subjectif-l'incarnation : le corps éprouvé, touché par le pâtir (joie, souffrance). C'est ce qu'on appelle la « chair », en tant que corps affecté par. C'est lui dont le soignant se préoccupe. Cela suppose de travailler des émotions, de percevoir d'être ému et touché par un patient.

### Les caractéristiques de la chair

4. Pauvreté : dans la chair, il n'y a que moi. Je ne peux pas devenir autre que ce que je suis. Je ne peux pas changer la façon dont je suis, dont j'éprouve le monde. Deux modalités de cette pauvreté, qui nécessitent un effort : la jouissance, et la souffrance. La souffrance est donc une situation ontologique : on ne peut pas la supprimer, mais l'accompagner.
5. Passivité : je reçois le monde des vivants, je reçois la vie => reconnaissance. Tout le monde a reçu la vie. Cela rend possible la rencontre avec l'autre, la ressemblance (il a reçu la vie comme moi je l'ai reçue) mais aussi l'altérité. Nous avons en partage cette expérience d'être vivant.

# 2ème séance

## **Deuxième moment: La vulnérabilité: de la fragilité à la blessure, éloge de la condition humaine.**

### **Vulnérabilité**

Nous vivons des blessures, qui me frappent, qui sont extérieures à moi et qui nous éprouvent de l'intérieur. Dans l'épreuve de la maladie, nous découvrons que nous avons besoin des autres. J'éprouve la finitude -parce que pauvres et passifs-, alors que j'ai un désir d'infini.

### **Fragilité**

Tout homme peut à un moment donné se briser. Il se brisera selon le soi, selon ce qu'il est, sa chair. Ex. de la bulle de savon : on sait qu'elle éclatera à un moment donné. La fragilité nous donne une matière à accueillir. Un lieu commun, un point d'appui pour la fraternité.

## **Troisième moment: Rencontre et communauté: qu'est-ce que l'incarnation change dans le soin?**

### **L'alliance thérapeutique : le soignant et le patient doivent se mettre d'accord sur**

1. Le ou les objectifs du soin
2. Les moyens
3. Le lien affectif : qui ouvre à la confiance, l'attention, l'écoute

Quatre étapes du soin pour le soignant :

1. Écouter (pour le patient : nommer)
2. Reformuler le besoin pour être certain d'avoir bien compris ce qui est demandé
3. Se sentir responsable. Attention : on peut entendre un besoin, sans devoir y répondre.
4. Laisser l'autre me donner quelque chose en retour (ex : « Merci Docteur », laisser un moment de silence avant de quitter le patient,...)

### **L'asymétrie de la relation ou l'expérience de la verticalité**

Le soignant doit pouvoir dire ce qui est selon lui, selon l'état de la science, la meilleure option. Il a une vraie responsabilité de le dire au patient, même si celui-ci peut choisir une autre voie.

### **L'authenticité existentielle ou l'expérience de l'horizontalité.**

Travailler l'épreuve du fini. Méditer sur la fragilité.

### **Conclusion :**

1. La chair : lieu originaire de notre expérience. Rien sans incarnation.
2. La fragilité : c'est un existentiel (dimension ontologique). Un appui pour penser une relation ajustée avec les autres. Permet à l'autre d'être ce qu'il est.
3. Verticalité des compétences, et horizontalité dans l'accueil des fragilités = résume la relation patient-soignant.

NB : il faut une « cordée soignante » pour que le soignant se sente soutenu en cas de difficulté, sinon il risque de réagir par la puissance.

## Bioéthique, dignité et valeur de la vie

Éric FIAT

Professeur de philosophie à l'Université Gustave Eiffel (Paris)

17 décembre 2025 - Bruxelles

### D'une dignité l'autre

Etrange concept que celui de dignité... Fort à la mode, assurément ! Mais fort étrange cependant.

#### Fort à la mode

On soignait jadis au nom de l'amour du prochain, on soigne aujourd'hui au nom du respect de la dignité de la personne humaine. Mais aussi fort étrange, car c'est au nom de la même valeur de dignité que certains militent pour la légalisation de l'euthanasie (à l'ADMD), d'autres contre elle (par ex. chez les palliatologues) ; encore au nom de cette même dignité que certains ont refusé que de jeunes musulmanes puissent porter un voile à l'école, quand d'autres ont voulu qu'il fût permis. Lorsqu'un concept est plus l'objet d'une invocation que d'une définition, d'une instrumentalisation que d'un travail, d'une évocation plus que d'une compréhension, alors il y a grande nécessité à tenter de le clarifier – ce à quoi les auteurs du présent dossier ont consacré leur industrie. Que faire d'autre en effet, quand un concept qui pourtant sature de sa présence à la fois solennelle et creuse tant de déclarations, textes de lois et discours inspirés, est cependant si vague qu'il puisse être agité pour justifier les positions les plus éloignées ? Que faire, quand une valeur révéralée par toute notre époque est cependant d'un sens si peu assuré, qu'il semble qu'on n'y trouve rien d'autre que ce qu'on veut bien y apporter, comme dans l'auberge que l'on sait ?

Pour le dire vite, il nous semble que nos difficultés au sujet de la dignité tiennent au fait que notre époque balance entre deux sens du mot, ne sachant guère comment les accorder.

Nous dirons le premier sens ontologique, le second postural.

Qu'est-ce à dire ?

Donner un contenu ontologique à la dignité, c'est murmurer que dans l'être même de l'homme (« ontologique » vient du grec *ôn* qui veut dire « être ») se trouve quelque chose qui lui donne une valeur absolue, intrinsèque, inaliénable (dignus signifie « qui vaut, qui a de la valeur »). De sorte qu'il n'existerait pas d'hommes indignes et que nul ne saurait perdre sa dignité : tout homme devrait être respecté et l'être inconditionnellement, quels que soient son sexe, son intelligence, son état, sa religion, sa condition, ses opinions et même sa conduite (le respect est le sentiment qui va à la dignité comme le chapeau va à la tête).

# 3ème séance

Remarquons que cette conviction n'était pas celle des mondes gréco-romains : pour les Latins, il ne suffisait point d'être homme pour être digne. La dignitas était une charge publique que ne pouvaient recevoir les femmes et les enfants, les barbares et les pérégrins, les esclaves pas plus. De cet emploi du mot nous avons gardé trace, par exemple lorsque nous disons d'un homme qu'il a été élevé à la dignité de chevalier de la légion d'honneur. Mais la doxa contemporaine veut plutôt que la dignité soit attachée à l'humanité comme telle, et que tout homme ait une valeur absolue. On dira en somme que ce qui était privilège est devenu bien commun, que ce qui était apanage est à tous donné.

Promoteurs de cette conception : les chrétiens et les kantiens. Les premiers parce que tous les hommes sont faits à Son image et selon Sa ressemblance, et parce que par kénose Dieu s'est incarné dans le plus pauvre, le plus souffrant, le plus méprisé des hommes pour que plus jamais ne soit niée sa dignité. Les seconds parce que tous les hommes sont habités par la loi morale, de sorte que si les choses ont un prix, l'homme lui a une dignité sans degrés ni parties.

D'où vient cependant que tout en posant que la dignité est intrinsèque à l'humanité, nombre de nos contemporains jugent que certaines situations font perdre à l'homme sa dignité ? Ce qui est contradictoire ! Si la dignité pouvait se perdre comme un homme perd ses cheveux ou un adolescent sa virginité, elle ne serait pas la composante ontologique qu'on a dite. Et bien cela vient selon nous d'un attachement pérenne à un autre sens du mot, qu'on dira postural.

C'est bien ce sens qu'a en tête celui qui voyant passer dans les rues du bourg une bourgeoise au maintien un peu compassé la décrira comme une femme « très digne », ou celui qui après l'enterrement jugera qu'il s'est agi d'une cérémonie digne, parce que nul ne s'est laissé aller à cris, hurlements, torrent de larmes.

La dignité ne se trouverait pas dans l'homme comme le bois dans l'arbre, elle ne s'obtiendrait que par certaine posture, conduite faite de retenue, contenance, décence, componction, maintien, s'opposant à vulgarité, laisser-aller. Se retenir est le dogme, afin que soit contenu tout ce dont la monstration provoquerait l'indignation : d'une part ce qui rappelle l'animalité de l'homme (tous les orifices du corps sont des portes à surveiller, éructations, flatulences, urines, bave, larmes), d'autre part les affects et surtout ceux jugés bas (désirs, jalousies, haines, violences). Si les bobos nous invitent plutôt à nous « lâcher » qu'à nous retenir, eux aussi ne jugent pas la dignité contemporaine de l'humanité : c'est la performance, l'adaptabilité, la réussite qui la font. Conception discriminante et hiérarchisante de la dignité : certains hommes sont dignes en raison de leur conduite, d'autres ne le sont pas, et ceux qui le sont ne le sont pas également : cette dignité supporte des degrés et peut se perdre

Que faire de ces deux sens du mot ? Ils ont tous les deux leur importance, mais la question est de savoir lequel passe en premier. Nous ferons décidément toujours passer l'ontologique avant le postural : même le dément, l'incontinent, le lâche et le méchant sont porteurs d'une dignité, même si ces deux derniers ont été par leur conduite indignes de leur dignité. Mais le postural ne saurait être négligé, pour cette raison que chacun doit faire effort pour avoir une conduite digne de sa dignité, et effort pour assurer à l'autre une condition digne de sa dignité. S'il n'est pas d'homme indigne, il est des conduites et des conditions indignes. La dignité ne peut se perdre – mais le sentiment de dignité si. Veillons sur nos frères pour qu'ils ne le perdent pas !

## Intelligence artificielle et médecine : Balises pour une éthique du respect de la dignité humaine

Bernard ARS,  
M.D., Ph.D., Président F.I.A.M.C.

4 février 2026 - Bruxelles

L'Intelligence Artificielle est une avancée technologique considérable. Elle transforme les sciences, mais aussi les sociétés. Il s'agit d'une réelle mutation de civilisation. Son impact est gigantesque sur le Droit, la Culture et le « vivre ensemble », spécifiques à notre Chrétienté, mais également sur la Médecine qui a dans son champ d'action, la Vie et l'appréhension du corps humain.

Pour bien cerner les problèmes éthiques et juridiques véritables la concernant, l'I.A. peut être vue concrètement comme un dispositif technique procédural, comportant trois composants :

- la collection de données, la plus importante possible ;
- l'élaboration d'algorithmes, c. à d. de séquences d'instructions, de calculs, selon un processus défini, aboutissant à une solution, simulant des fonctionnalités humaines ;
- et enfin, le traitement des données par ces algorithmes, en vue d'obtenir très rapidement un résultat le plus exact possible.

L'objectif de ce propos est d'examiner chacune de ces trois dimensions afin d'établir et de promouvoir à travers cette puissante technologie, l'Humanisme, c. à d. le rôle central et le caractère transcendant de la personne dans l'espace et le temps, autrement dit la dignité de la personne humaine.

### 1. Quels sont les usages de l'I.A. dans le monde médical ?

De l'aide au diagnostic à l'optimisation de la logistique de la prise en charge thérapeutique, l'I.A. envahit les activités médicales des praticiens généralistes, des spécialistes hospitaliers, des gérants d'institutions de soins, des responsables politiques de santé publique, ainsi que des chercheurs.

L'I.A. promet de nous libérer des tâches rébarbatives, afin de permettre de nous concentrer sur celles dites à plus haute valeur ajoutée.

En médecine curative, l'I.A. coordonne les processus de diagnostic, de traitement, de soins ; et accompagne le médecin et le patient, dans leur application et leur contrôle.

L'I.A. reconnaît et interprète très finement les images médicales, particulièrement en dermatologie, en radiologie et en ophtalmologie. En imagerie endoscopique, elle permet même de filmer les cellules cancéreuses en temps réel.

En médecine préventive, l'I.A. permet les anticipations épidémiologiques et la prise en charge rapide des pandémies. Elle facilite également l'adaptation de la vaccinothérapie et la découverte de nouveaux vaccins.

Quant à la gestion hospitalière, copiée sur celle des grandes entreprises commerciales, avec sa minimisation des frais et maximalisation des profits, l'I.A. se réalise pleinement.

Le personnel humain d'accompagnement des malades est remplacé par des robots d'assistance, pilotés par l'Intelligence Artificielle.

En santé publique, l'I.A. peut rendre service aux différents agents en poste, là où il y a un accroissement incontrôlé de la bureaucratie, ainsi que des pressions juridiques et économiques quant à la traçabilité des actes médicaux et à la responsabilité médicale.

En recherche médicale, la capacité de l'I.A. à apprendre automatiquement un ensemble à partir de données, l'apprentissage profond, des méga-données permet l'extraction de corrélations, utiles certes, mais « corrélation » ne signifie évidemment pas « cause ».

## **2. La relation médecin – malade est médiatisée, brouillée par l'introduction d'un intermédiaire qu'est l'I.A. et son écran. Quelles en sont les conséquences positives et négatives pour le médecin et pour le patient ?**

**2.1. Les conséquences positives**, pour le médecin, sont les robots spécifiques d'aide au diagnostic, à la prise de décision thérapeutique, à son exécution et à son suivi ; ainsi qu'un instrument référent de protection médico-légale standardisée.

Les conséquences positives pour le patient relèvent davantage d'une disponibilité immédiate d'informations. Mais l'information n'est pas la compréhension, et encore moins la responsabilité.

**2.2. Les conséquences négatives**, pour le médecin, résultent de la réduction de la relation entre personnes humaines, via leurs corps et leurs cinq sens ; en une connexion purement technique, gérée de façon normée par un système formel, avec des risques bien réels de biais et de discrimination. La relation médecin – malade est transformée en une connexion rapide à un système intermédiaire standard. Certes, elle apporte de la sorte une aide professionnelle rapide et permet une rétribution financière codifiée ; mais elle n'en constitue pas moins une mutation toxique et dangereuse.

- En psychothérapie, espace par excellence où la relation médecin-malade constitue « l'instrument » de thérapie, sans autres formes techniques, les intelligences artificielles et notamment des robots conversationnels se fondant sur ChatGPT, se substituant aux médecins psychothérapeutes, risquent de suggérer des solutions thérapeutiques non appropriées, voire inhumaines. Les conseils donnés par ces « machines » peuvent se révéler catastrophiques pour les personnes psycho-labiles. Les données mobilisées par ChatGPT et d'autres I.A. génératives de plus en plus performantes peuvent contenir des solutions radicales, des solutions recommandées sur le réseau par des personnes non-formées ou mal intentionnées, elles peuvent receler des biais éthiques particuliers ou l'absence totale d'éthique. L'agent conversationnel n'est pas un « autre » être humain. C'est une machine-outil. « La machine ne pense pas, elle calcule. la machine ne ressent pas, elle mouline. La machine n'a pas de conscience ni de sens moral, elle compile des datas ».

- En consultation médicale plus habituelle, le processus fonctionnel avec l'intelligence artificielle consiste à passer le plus rapidement possible, d'une personne à l'autre, d'une activité à une autre, sans jamais approfondir le contact personnel, et sans jamais se donner « le temps » et du « temps » pour entrer en empathie avec le patient. C'est ce qui annihile le sens que le médecin donne à sa vocation professionnelle. D'autre part, le patient qui trouve un diagnostic via ChatGPT risque de le croire supérieur à celui du médecin. Il peut ainsi penser que ce dernier n'est plus indispensable.

Ne s'agit-il pas d'une accélération de la productivité dans le commerce relationnel et d'une réelle marchandisation de la relation humaine ?

Pour le patient, l'aspect négatif réside dans la disparition du « vis à vis humain », de la véritable sensation humaine, de cette perception de l'autre par nos cinq sens. D'un point de vue plus neuro-physiologique, que ce soit la vue, l'ouïe, le toucher, le goût ou l'odorat, l'exercice de chaque sens fait apparaître deux éléments : d'une part, la détermination de la sensation, c. à d. le rouge d'une couleur, la douceur d'un contact, l'aigu d'un son, ... et d'autre part, le « sentir de cette sensation ».

Le sentir doit se sentir soi-même. C'est dans ce sentir soi-même que la conscience de soi donne un sens. C'est tout l'être, le corps, la chair, lieu à la fois de réceptivité et d'activité, qui parle au travers de l'expérience sensible.

Et par la médiatisation de l'I.A., par cet écran intermédiaire entre le corps du médecin et celui du malade, la relation vraie est estompée, elle est voilée. Elle ne va plus au-delà de ce qui est déterminé par les processus, les « règles ». Il n'y a plus de place pour le gratuit, l'inutile, pour le temps offert pour écouter ce que le patient a à dire de sa vie et pas seulement de sa maladie, de son état pathologique.

Or selon Lévinas, la rencontre du visage de l'autre est un des fondements de l'éthique : « l'infinie transcendance du visage de l'autre » ! Le visage appelle à une responsabilité. Quand je regarde quelqu'un dans les yeux – pas son image pixélisée – je suis interpellé au plus profond de ma vie... je lui laisse ainsi la place pour qu'il puisse être devant moi.

L'I.A., quant à elle, prend la place de l'autre, elle en capte les données, elle voit ce qu'elle peut en retirer ... La relation humaine, quant à elle, refuse de prendre la place de l'autre, elle le laisse être ce qu'il est et en préserve le mystère.

La relation de soin vise à protéger la liberté du patient et à lui donner un espace pour qu'il puisse dire son ressenti, sa souffrance, ses espoirs, ... Il y a de ce point de vue une grande différence entre l'enregistrement de données venant du patient par une I.A. et l'écoute attentive du médecin.

Une I.A. capte, mais n'écoute pas. L'écoute demande une attitude centrée sur l'autre, déployant une empathie, une bienveillance, une compréhension que la machine ne peut pas fournir.

**3. Les deux défis anthropologiques MAJEURS de l'I.A.** en médecine sont d'une part, la lutte contre la réduction de l'Intelligence Humaine à « l'intelligence artificielle », et d'autre part, l'introduction renouvelée de l'« Humain », dans la relation de soin entre le médecin et son malade, également dans la recherche médicale.

## 3.1. Lutte contre la réduction de l'Intelligence Humaine à « l'I.A. ».

3.1.1. Penser que tous les paramètres de la relation « médecin-patient », toute l'intelligence d'une situation, puissent être réduits à des facteurs formels (des nombres, des bits) gérés par des règles prescrites (des algorithmes), et de plus sur base de données récoltées dans le PASSÉ, est une illusion, voire une grave imprudence.

Contrairement à l'I.A. qui s'appuie sur des algorithmes et des processus prédéfinis, l'Intelligence Humaine se déploie au sein d'un réseau complexe de capacités cognitives telles que la perception, le langage, le raisonnement et la créativité. Ces capacités interagissent de manière complexe et se révèlent souvent difficiles, voire impossibles à reproduire dans les machines. L'Intelligence Humaine permet la capacité de « comprendre », de « prendre-avec », le monde, dans sa globalité. Mais pour comprendre, il ne faut pas réduire le réel à un objet de traitement logique et calculeur qui relie des symboles ou des nombres, il faut aussi l'accueillir sans objectivation, sans réduction. L'Intelligence Humaine est très riche via de nombreux biais, elle est logique, intuitive, et quantitative, sociale, collective et émotionnelle, littéraire et philosophique ; perceptive et artistique, réactive et psychomotrice et même mémorielle.

Au centre de la personne Humaine, siège de nos sentiments et de nos intentions, l'intelligence, le discernement rationnel, dialogue avec la volonté. De là émerge le courage, impossibilité pour la machine !

L'Intelligence Artificielle, par contre, est une intelligence formelle, calculatrice, algorithmique, notionnelle, désincarnée, sans réelle empathie ; ne comprenant pas et dès lors étant dans l'impossibilité de communiquer, d'échanger à sa juste intensité et en quantité appropriée ; dans la relation de soin entre le médecin et son malade.

La sortie des règles prescrites, la sortie du « formel » signifie la créativité. Or, c'est cela qui fait l'Humain et qui permet de sortir des dilemmes, des impasses, ... !

3.1.2. En science bio-médicale, jusqu'à présent, la recherche d'une vérité que nous savons provisoire, nécessitait d'être étayée par des hypothèses, des théories et des expériences critiques de validation. Actuellement, l'Intelligence Artificielle permet de MODÉLISER des systèmes complexes comme par exemple, le fonctionnement du cerveau. Ce qui est recherché par la modélisation, ce sont des CORRÉLATIONS qui prédisent parmi les paramètres en interaction et non les causes des phénomènes qui expliquent, et dès lors sans avoir accès aux mécanismes profonds du système. Autrement dit, c'est prévoir sans comprendre !

## 3.2. Introduction renouvelée de l'Humain dans la relation médecin-malade et dans la recherche médicale, domaines où l'I.A. a pris une place très dominante.

3.2.1. Ici, il s'agit avant tout, d'avoir le courage, la volonté, une intention déterminée de considérer l'I.A. comme une assistance, une aide au diagnostic et à la prise de décision thérapeutique, ainsi qu'à son contrôle ; mais jamais comme un substitut du jugement du médecin.

# 4ème séance

L'I.A. médicale n'est pas une « intelligence », mais un outil d'assistance.

La relation entre le médecin et son malade ne peut se réduire à des paramètres standardisés. Le médecin n'est pas une machine à soigner ou « une boîte noire qui produit automatiquement des réponses à des questions posées par le patient ».

Humain, le médecin est aussi celui qui écoute, qui comprend, qui manifeste une réelle compassion et qui invente des gestes qui redonnent confiance et espérance dans la Vie. Le médecin, dans sa relation avec son malade, crée un lien qui va beaucoup plus loin que la simple connexion technique visant à résoudre un problème.

Par analogie à ce que Ricoeur disait à propos du magistrat : le médecin est celui qui humanise le soin. Certes, il applique des protocoles, s'appuyant sur des algorithmes, MAIS qui n'est jamais seulement cela, car la médecine n'est pas seulement l'exécution d'un ensemble de techniques, c'est le vécu d'une relation en chair et en os.

Le « challenge » pour les médecins face à l'emprise de l'I.A. dans leur domaine, est de ne pas demeurer fasciné par une technologie ayant certes une efficacité technique et ponctuelle, par sa vitesse et par son exactitude à résoudre certains problèmes: mais de concevoir et montrer que l'Humain n'est pas l'objet d'un problème à résoudre, de paramètres à optimiser ... mais est une réalité riche et profonde qui, ne se réduisant pas à des standards, ne peut être approchée seulement par des calculs, mais par et dans une relation attentive à son mystère, accueillante à son vécu, à sa souffrance. L'I.A. ignore le mystère.

Or l'expérience du mystère est une caractéristique exclusive de la conscience humaine. Le mystère protège ce qui est trop sensible pour ne pas être blessé douloureusement ou détruit par la réalité trop crue de la raison.

Nous pouvons reprendre ici la distinction entre « problème » et « mystère » mise en évidence par l'existentialisme chrétien : l'I.A. résout très bien des problèmes et mieux que l'humain souvent ! beaucoup plus vite, aussi ! Mais l'I.A. ne pénètre pas le moins du monde dans le « mystère », dans la profondeur du sens. L'I.A. traite les choses formellement, « syntaxiquement », mais lui échappe la nécessaire « sémantique », la compréhension profonde du sens tellement important pour saisir ce que le patient dit et veut.

Le mystère est appréhendé par et dans l'intuition du chercheur comme dans l'inspiration de l'artiste. Il est cette saisie de la profondeur, cette « méta-physique » des êtres et des personnes par-delà ce qu'elles nous en montrent dans l'expérience sensible. c'est sur le fond de ce « mystère » que prend sens, la prière, comme toutes les formes de sacrifice – « Donner sa vie ! », c'est à dire la perdre pour que d'autres puissent la préserver.

Un système d'I.A. peut s'auto-détruire, mais l'I.A. ne peut pas « donner sa vie », car il n'a pas de vie comme telle et il n'a rien à perdre étant sans aucune conscience, mais aussi sans profondeur méta-physique.

Il n'y a en lui que du « physique ». Son auto-destruction ne détruit que des composants matériels. Le « don de sa vie » est un don qui engage bien plus que le matériel, c'est un don de toute la profondeur de l'être.

# 4ème séance

3.2.2. En recherche scientifique, via le développement de l'I.A., l'ouverture au monde complexe ET la reconnaissance de notre incomplétude pour le connaître, permettent de développer des pistes de formation interdisciplinaire à la meilleure compréhension de notre humanité.

Ce qui constitue un défi, c'est de ne pas connecter l'I.A. à la stupidité humaine, car l'humain est hélas aussi diaboliquement complexe et totalement imprévisible.

De la sorte, non seulement par le discernement rationnel, mais aussi par la volonté, par tout notre esprit humain, donnons-nous l'autorité et le courage, ainsi que les moyens éthiques, juridiques et les actes, par une anthropologie médicale de la profondeur, de préserver les droits du mystère face à l'Intelligence Artificielle, en médecine !

L'objectif de la médecine est la Personne Humaine, dans toute sa dignité !

Texte issu du discours prononcé lors de la séance inaugurale de la Conférence internationale « AI and Medicine : the Challenge of Human Dignity » (Rome, 10 novembre 2025)

## Références :

- Pouliquen L., « I.A. : Maître du temps », 210 pp., 2024, Les Acteurs du Savoir éd., I.S.B.N. : 978-2-412-04340-0.
- Ars B., Lambert D., « Réparer ou Transformer ? », 115 pp., 2023, Presses Universitaires de Namur éd., I.S.B.N. : 978-2-39029-181-7.
- Lambert D., voir textes suivants dans le compte rendu des exposés-2025. 4. Ars B., « Medicine: Restorative or Transformative ? », 226 pp., 2023, Kugler Publ., I.S.B.N.: 978-90-6299-296-6.
- Lambert D., « Que pensez de ... ? La robotique et l'intelligence Artificielle. », 140 pp., 2019, Fidélité éd., I.S.B.N. : 978-2-87356-829-0.
- Bienvenu J.B., « Ils nous bouffent », 137 pp., 2021, Artège éd., I.S.B.N.: 979-10-336-1084-7. 7. Julia L., « L'Intelligence Artificielle n'existe pas », 287 pp., 2019, First Edt., I.S.B.N. : 978-2-412-04340-0.
- Tisseron S., « L'emprise insidieuse des machines parlantes », 208 pp., 2020, Les liens qui libèrent éd., I.S.B.N. : 979-10-209-0842-1.
- Cotta A., « La domestication de l'humain », 230 pp., 2015, Fayard éd., I.S.B.N. : 978-2-213-68243-3.
- Damasio A., « Sentir et Savoir », 240 pp., Odile Jacob éd., I.S.B.N. : 978-2-7381-5460-6. 11. Magnin Th., « Penser l'humain au temps de l'homme augmenté », 300 pp., 2017, Albin Michel éd., I.S.B.N.: 978-2-226-32659-1.
- Magnin Th., « Foi et neurosciences », 230 pp., 2022, Salvator forum éd., I.S.B.N. : 978-2-7067-2277-6.
- Giorgini P., « Vers une civilisation de l'algorithme ? », 341 pp., 2021, Bayard éd., I.S.B.N.: 978-2-227-50025-9.
- Lévinas E., « Totalité et Infini » (1965), 346 pp., 1990, Poche éd., I.S.B.N. : 13-978-2253053514.
- Ricoeur P., « Soi-même comme un autre », 424 pp., 1996, Dimensions éd., I.S.B.N.: 978-2020299725.
- Merleau-Ponty Maurice, « L'Œil et l'Esprit », 93 pp., 1964, Gallimard éd., I.S.B.N.: 2-07-032290-4.
- L'existentialisme chrétien repose principalement sur la conception de la religion chrétienne, selon Søren Kierkegaard qui avance que l'univers est fondamentalement paradoxal et que son plus grand paradoxe réside dans la transcendante union entre Dieu et l'homme en la personne de Jésus-Christ.
- Ars B., « The Meaning of Medicine: The Human Person », 194 pp., 2001, Kugler Publications, I.S.B.N.: 90-6299 183 1.

## Liberté de conscience, droits du patient et liberté des institutions

François TRUFIN

Infirmier en chef chez les Petites Sœurs des Pauvres (Belgique)

Léopold VANBELLINGEN

Docteur en droit, Directeur de l'Institut Européen de Bioéthique

4 mars 2026 - Bruxelles

### Introduction

Aux fins d'introduire de manière tangible l'objet de cette contribution, illustrons d'emblée les enjeux soulevés par l'objection de conscience dans les soins de santé à travers une mise en situation concrète.

Éléonore, sage-femme tout juste diplômée, pose sa candidature pour un emploi de sage-femme au sein d'un hôpital. Sa candidature retenue, la voici sélectionnée pour un entretien d'embauche. Lors de l'entretien, Éléonore fait part de sa motivation pour la fonction, tout en précisant qu'il lui sera impossible de pratiquer des avortements, pour motif de conscience.

La candidature d'Éléonore est finalement rejetée par l'hôpital, en raison du fait qu'elle refuse de pratiquer des avortements. Du point de vue de l'hôpital, l'avortement fait naturellement partie des tâches qu'une sage-femme doit être disposée à accomplir. Le même scénario se répète lorsqu'Éléonore pose sa candidature dans d'autres hôpitaux, à tel point qu'elle se voit finalement dans l'impossibilité d'exercer le métier de sage-femme.

Ainsi, à travers l'opposition entre l'exigence de l'hôpital en matière d'avortement et la liberté de conscience exprimée par la candidate à cet égard, apparaît l'enjeu de l'objection de conscience des soignants face aux actes éthiquement controversés. Le champ de cette présentation dépasse donc à double titre la seule question du refus de soins du praticien pour motif religieux : d'une part, il sera ici question de la liberté de conscience, en l'occurrence plus large que la seule liberté de religion ; d'autre part, les actes sur lesquels porte l'objection de conscience en contexte médical sont qualifiés d'actes éthiquement controversés, dès lors que, comme nous le verrons, l'enjeu consiste aussi à définir ce qui constitue un soin de santé ou non.

Nous envisagerons de manière liminaire le cadre juridique européen relatif à la liberté de conscience et, plus spécifiquement, la reconnaissance de la notion d'objection de conscience dans ce contexte (I). Le deuxième point portera sur le sens et la portée spécifiquement attachés à l'objection de conscience dans le chef des professionnels de la santé (II). En troisième lieu, seront abordés différents enjeux actuels relatifs à la prise en compte de l'objection de conscience dans le cadre de la santé et de la médecine (III).

## I. Cadre juridique européen de l'objection de conscience

Une compréhension précise du cadre normatif européen entourant l'objection de conscience (C) requiert que soit préalablement abordée l'acceptation juridique des notions de conscience (A) et de liberté de conscience (B).

### Conscience

Envisagée dans son sens courant, le terme de conscience renvoie à deux notions principales : d'une part, la conscience psychique de l'être humain, correspondant au fait d'être conscient de ses propres actes, de sa propre personne, et du monde qui nous entoure ; d'autre part, la conscience morale de l'homme, visant son aptitude spécifique à porter un jugement moral sur ses propres actions. De cette seconde acception découle précisément la notion de liberté de conscience.

En cela, la conscience se distingue de la conviction, dans la mesure où cette dernière peut certes être inspirée de la conscience morale, mais peut tout autant n'être liée qu'à des croyances religieuses.

### Liberté de conscience

L'importance fondamentale que revêt la conscience pour l'homme explique que cette conscience soit, dans son acception morale, protégée en tant que liberté fondamentale dans nos systèmes juridiques.

Ainsi, la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH), instrument de référence en matière de droits fondamentaux en Europe, consacre la liberté de pensée, de conscience et de religion en son article 9. Cette liberté fondamentale est soutenue non seulement par le principe de laïcité, s'agissant du contexte français, mais aussi, plus largement, par les exigences de pluralisme et de neutralité de l'État.

La protection dont bénéficie la conscience au même titre que la liberté de pensée et de religion a trait au fait que ces trois éléments (pensée, conscience, religion) partagent le fait d'être considérés comme des convictions ultimes, présentant un « degré suffisant de force, de sérieux, de cohérence et d'importance » comme l'indique la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH) à propos des convictions couvertes par l'article 9 de la CEDH.

Le caractère fondamental des convictions de conscience justifie la protection spécifique et renforcée dont celles-ci bénéficient en vertu de l'article 9, en comparaison notamment de la liberté d'expression, protégée par l'article 10, et visant quant à elle l'expression de convictions considérées comme moins fondamentales, telles que les convictions politiques.

L'article 9 de la CEDH protège à la fois le for interne et le for externe de la liberté de pensée, de conscience et de religion. Par for interne, on entend la liberté d'avoir des convictions ou de ne pas en avoir, de changer de conviction et de ne pas révéler ses convictions. Le for externe est également protégé, et vise la manifestation de ses convictions par les rites ou par toute autre expression. Ce for externe, contrairement au for interne, peut être limité pour autant que l'objectif de la restriction soit légitime et que la restriction soit proportionnée à cet objectif.

En son for interne, la liberté de conscience est absolue et ne saurait d'ailleurs que difficilement être altérée (sinon par le biais de violences psychologiques). La particularité la plus significative de la liberté de conscience apparaît lorsqu'une personne se trouve juridiquement obligée de poser un acte contraire à sa conscience.

## Objection de conscience

L'objection de conscience correspond à une forme spécifique de la liberté de conscience, qui consiste, pour un individu, à refuser d'accomplir un acte qui lui est prescrit, car il considère que celui-ci heurte gravement sa conscience.

L'objection de conscience porte bien sur un refus, et ne vise dès lors pas n'importe quel acte motivé par la conscience. Elle se situe en ce sens à cheval entre le for interne et le for externe de la liberté de pensée, de conscience et de religion : l'objection de conscience présuppose en effet paradoxalement que la personne affirme sa conviction afin de faire connaître son refus d'accomplir le geste heurtant sa conscience.

La manifestation de la conscience présente en outre une dimension fondamentalement négative, dès lors que celle-ci consiste en une abstention. À cet égard, notons que la restriction portant sur une manifestation négative de la conscience est sensiblement plus sévère que celle portant sur une manifestation positive : contraindre quelqu'un, fût-ce une seule fois, d'agir contre sa conscience est en effet plus grave que de l'empêcher de faire tout ce que dicte sa conscience. Là où la première ingérence ne peut être modulée (faire ou ne pas faire ce que l'on considère comme mal), la seconde est davantage une question de mesure (contribuer plus ou moins grandement à ce que l'on considère comme bien).

L'objection de conscience se rapportant à la conscience morale, elle n'est pas nécessairement liée à des convictions religieuses ou philosophiques. L'on distingue ainsi l'objection de conscience, l'objection religieuse et l'objection mixte. À la différence de l'objection de nature religieuse, qui se rapporte à une prescription spécifique de sa foi, l'objection de conscience présente un lien avec la raison objective, et est à ce titre universalisable, dans le sens où elle a trait à la notion de justice et de bien commun.

S'agissant de la reconnaissance formelle de l'objection de conscience au sein du droit européen, seule la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne consacre explicitement celle-ci en son article 10.2. Du point de vue de la CEDH, en l'absence de mention de la notion dans le texte de la Convention, il convient de se tourner vers la jurisprudence de la CourEDH. Initialement réticents à l'intégrer formellement au nombre des droits et libertés garantis par la CEDH, les juges de Strasbourg ont finalement reconnu l'objection de conscience – d'abord concernant le service militaire, puis de manière plus large – en tant que modalité de manifestation des convictions couverte par l'article 9 de la Convention.

Selon d'aucuns, la figure de l'objection de conscience peut sembler, sinon suspecte, à tout le moins paradoxale du point de vue de sa compatibilité avec le respect de la démocratie majoritaire. Une reconnaissance appropriée et prudemment circonscrite de l'objection de conscience par l'État offre en réalité un espace de liberté aux minorités, en admettant le caractère – forcément – imparfaitement juste des lois votées démocratiquement. Loin d'être seulement l'expression d'un intérêt privé, l'objection de conscience est parfois un devoir civique ainsi qu'une précieuse contribution à l'enrichissement du débat public et à la qualité de la loi.

Pour que lui soit accordée une protection juridique spécifique, encore s'agit-il de démontrer que l'objection en question n'outrepasse pas le champ d'application de la notion d'objection de conscience, tant du point de vue de ses limites internes que de ses limites externes.

Du point de vue des limites internes, il convient d'apprécier dans quelle mesure l'objection formulée mérite effectivement le bénéfice de la protection au titre du droit fondamental à la liberté de conscience. Trois critères peuvent être ici mentionnés. L'appréciation porte en premier lieu sur la qualité de la conviction de conscience – religieuse ou non – à laquelle se rattache l'objection, celle-ci devant présenter un degré suffisant de force, de sérieux, de cohérence et d'importance. En deuxième lieu doit être évaluée la sincérité du sujet face à la conviction invoquée à l'appui de son objection : en vérifiant le degré de « cohérence vécue entre la pensée et l'action », l'on vise ici à éviter la récupération intéressée d'une croyance ou philosophie par un individu désireux de bénéficier d'une dérogation. En troisième lieu, il s'agit d'apprécier l'existence d'un lien suffisamment direct et étroit entre l'acte sur lequel porte l'objection et le motif de cette objection : n'importe quelle collaboration, aussi minime soit-elle, à l'acte légitime reconnu comme répréhensible ne sera en effet pas automatiquement couverte par l'objection.

Quant aux limites externes de l'objection de conscience, celles-ci consistent à mettre en balance le droit fondamental de l'objecteur avec l'objectif poursuivi par la mesure portant atteinte à ce droit. Cette mise en balance se déploie à travers un triple test d'admissibilité, tel que développé par la CourEDH, et portant sur la légalité – le fait d'être prévu par une loi –, la légitimité et la proportionnalité de la restriction.

## II. L'objection de conscience dans le contexte de la médecine et de la santé

Si la reconnaissance de l'objection de conscience a historiquement émergé dans le contexte du service militaire obligatoire, le champ matériel des lieux de survenance de l'objection de conscience s'est progressivement élargi à d'autres sphères sociétales. Ceci est particulièrement le cas à mesure que sont adoptées des lois dites « éthiques » dont la mise en œuvre implique parfois une remise en cause de la mission originelle de certaines professions, en particulier médicales.

Ainsi, dans le contexte spécifique des soins de santé, sont apparues des clauses de conscience concernant la pratique de l'avortement, de l'euthanasie ou d'autres actes éthiquement controversés. Dans ce deuxième point, nous précisons en premier lieu la ratio legis de telles clauses de conscience au profit des soignants, de même que leur articulation avec les objections de conscience soulevées contre la loi (A). En second lieu, nous reviendrons sur les limites internes et externes de l'objection de conscience en envisageant celles-ci dans le contexte particulier des soins de santé (B).

### Pertinence des clauses de conscience spécifiques

En dépit de la reconnaissance principielle de l'objection de conscience au titre de la liberté de pensée, de conscience et de religion, sont apparues, en particulier dans le secteur des soins de santé, des clauses de conscience légales ou réglementaires consacrant explicitement le droit à l'objection de conscience. Ces clauses sont tantôt générales, lorsqu'elles reconnaissent le droit à l'objection de conscience à une catégorie de soignants, tantôt spécifiques lorsqu'elles visent un acte particulier.

Le droit français comprend ainsi une clause de conscience générale destinée aux médecins, de même qu'aux sages-femmes et aux infirmiers.

Des clauses de conscience spécifiques sont par ailleurs prévues en matière d'avortement, de stérilisation à visée contraceptive et de recherche sur les embryons.

D'aucuns s'interrogent sur la pertinence et la plus-value de telles clauses de conscience, générales ou, a fortiori, spécifiques, dès lors que l'objection de conscience est quoi qu'il en soit reconnue en tant que modalité de la liberté de conscience. Plusieurs éléments peuvent être développés à cet égard.

À titre liminaire, s'agissant de l'articulation entre les clauses générales et les clauses spécifiques, et de la supposée redondance de ces dernières, il convient de préciser que la nature législative des clauses spécifiques confère à celles-ci une valeur juridique plus élevée que celle accordée aux clauses générales. Ces dernières, quoi que plus englobantes du point de vue des actes visés, sont de nature réglementaire, et peuvent dès lors être modifiées de plein droit par le gouvernement sans que soit requise la tenue d'un débat parlementaire.

Plus largement, le sens de ces clauses de conscience est double en droit de la santé.

Premièrement, il s'agit de reconnaître la place et le rôle particuliers qu'occupe la conscience dans le chef du médecin et, plus largement, de tout soignant. Cette singularité tient au fait que leur fonction les amène à réaliser des actes qui touchent à l'intégrité du corps de la personne – a priori dans une optique thérapeutique, ou en tout cas de soins. Un lien peut donc ici être fait entre la liberté de conscience personnelle du médecin, d'une part, et la déontologie médicale – ou conscience médicale – d'autre part, formalisée spécialement dans le Serment d'Hippocrate. Tel est notamment le cas lorsque l'acte auquel il est objecté consiste à mettre intentionnellement fin à une vie humaine (comme dans le cas de l'avortement ou de l'euthanasie) et entre ainsi en contradiction potentielle avec l'éthique hippocratique.

Le deuxième élément venant appuyer la pertinence de telles clauses de conscience dans les soins de santé a précisément trait à l'évolution de certaines pratiques médicales, en lien avec le vote des « lois bioéthiques ». L'on pense ici à l'encadrement légal de l'avortement, de la procréation médicalement assistée, ou – hors contexte français – de l'euthanasie. Ces évolutions législatives conduisent désormais à ce que le soignant puisse être sollicité pour effectuer des actes éthiquement controversés, dans la mesure où ces actes ne sont plus du ressort de la médecine au sens de l'art de guérir ou de soulager le patient.

En cela, la reconnaissance explicite et spécifique du droit à l'objection de conscience à l'égard de ce type d'actes opère une mise en balance entre, d'une part, la dépénalisation partielle de certaines pratiques attentatoires à la vie humaine au nom de l'autonomie et de l'autodétermination individuelles – tels qu'interprétées à partir du droit au respect de la vie privée – et, d'autre part, la conservation du droit à la vie en tant que valeur fondamentale et générale du système juridique.

En définitive, si la liberté – et, le cas échéant, l'objection – de conscience est reconnue aux soignants même en l'absence de clause spécifique, la formulation explicite d'une telle clause concourt à deux objectifs. Elle permet premièrement d'asseoir clairement la légitimité de l'objection de conscience dans certaines situations médicales éthiquement controversées. Elle contribue en outre à préciser les modalités concrètes d'exercice de l'objection dans la situation visée.

# 5ème séance

Le risque peut naturellement émerger que le cadre légal entourant une clause de conscience spécifique s'avère plus restrictif que le régime juridique général relatif à la liberté de conscience. Une telle hypothèse illustre la difficulté consistant à « confier entièrement l'objection de conscience au législateur ». En tout état de cause, il appartiendra in fine au juge de réaliser la mise en balance des droits et intérêts en présence.

## Limites internes et externes de l'objection de conscience du soignant

Plusieurs considérations spécifiques peuvent être développées au sujet de l'appréciation des limites internes et externes de l'objection de conscience formulée par un soignant.

Rappelons que les limites internes portent sur le sens et la portée de l'objection de conscience, tandis que les limites externes renvoient à la mise en balance entre cette objection et l'objectif poursuivi par la mesure de restriction de la liberté de conscience.

L'appréciation des limites internes requerra en premier lieu, pour le soignant, la nécessité de prouver que son refus de réaliser un acte est bien fondé sur une véritable conviction de conscience à laquelle il adhère sincèrement, et qu'il n'est pas lié à une simple opinion personnelle. À cet égard, l'on rappellera l'entremêlement potentiel entre la conscience individuelle du soignant et sa déontologie professionnelle.

Par ailleurs, concernant le critère du lien entre le motif de l'objection et l'acte auquel il est objecté, le soignant devra démontrer que l'acte en question présente un lien suffisamment direct et étroit avec l'élément sur lequel porte l'objection de conscience.

Sur le plan du lien direct, il s'agit d'évaluer la contribution de l'acte auquel il est objecté à la réalisation de l'acte que la conscience réprovoque. Ainsi, en matière d'avortement, le fait pour un pharmacien de délivrer un médicament qui sera utilisé pour effectuer un avortement médicamenteux ne laisse aucun doute sur le lien direct entre l'acte auquel il est objecté – la délivrance – et l'acte réprovoqué – l'avortement.

À l'inverse, une personne chargée du nettoyage de la salle d'opération au sein de laquelle sont réalisés des avortements pourra difficilement démontrer l'existence de ce lien direct.

Sur le plan du lien étroit, il s'agit d'évaluer le degré de proximité entre l'acte auquel il est objecté et le motif de l'objection. Citons ici le fait, pour une infirmière dont la conscience réprovoque l'euthanasie, d'être contrainte de préparer l'injection intraveineuse du produit létal au patient. Si un tel acte n'implique pas, pour l'infirmière, de mettre elle-même fin à la vie du patient, le degré de proximité de cette obligation avec l'euthanasie est cependant suffisamment étroit que l'objection de conscience trouve à s'appliquer : l'acte auquel il est objecté – la préparation de la perfusion – est en effet nécessaire à la réalisation de l'acte que la conscience réprovoque – l'euthanasie. A contrario, exemple peut être pris du refus de payer l'impôt motivé par le fait que cet impôt va servir notamment à financer les coûts de l'euthanasie pour la sécurité sociale : l'on perçoit ici que le lien entre l'objet et le motif de l'objection n'est pas suffisamment étroit pour que l'objection de conscience au paiement de l'impôt soit admissible.

En filigrane de ces deux critères se pose la question du champ d'application personnel de l'objection de conscience dans le contexte des soins de santé. Sont en effet potentiellement concernés non seulement les médecins, infirmières et sages-femmes, mais aussi les auxiliaires de soins, les pharmaciens, ou les étudiants en stage de formation.

Du point de vue des limites externes de l'objection de conscience des soignants, il convient tout d'abord d'identifier l'objectif sociétal venant justifier la restriction de la liberté de conscience. Dans le contexte de la médecine et de la santé, est régulièrement cité l'objectif lié à l'accessibilité de la pratique en question. S'agissant par exemple de l'avortement, cette question se pose en particulier lorsqu'une proportion importante de médecins susceptibles de réaliser un avortement dans une région donnée expriment une objection de conscience. Que ces objections portent sur l'avortement en tant que tel, ou, plus spécifiquement, sur certains types d'avortement – notamment tardifs – leur récurrence peut rendre de facto plus ardue la prise en charge de la demande d'avortement dans cette région.

Parmi les enjeux soulevés par une telle multiplication d'objections de conscience individuelles, se pose alors également la question de savoir dans quelle mesure cette situation ne constitue pas le signe du caractère potentiellement inadéquat de la manière dont le droit régit la pratique en question.

Dans l'hypothèse d'une restriction de la liberté de conscience des soignants fondée sur ce motif d'accessibilité, il conviendra quoi qu'il en soit de veiller au respect des conditions de légitimité et de proportionnalité de la restriction. Un tel exercice requiert que soient particulièrement pris en compte la place qu'occupe la pratique en question du point de vue de la définition des soins de santé, ainsi que le rôle des soignants et des établissements de santé à cet égard.

### III. Enjeux actuels

Notre troisième et dernier point vise à exposer trois problématiques contemporaines relatives à l'objection de conscience dans les soins de santé. Sera premièrement abordé l'enjeu relatif à la définition du soin de santé, et l'influence de cette dernière sur la reconnaissance de l'objection de conscience (A). Dans la foulée de ce premier enjeu, nous évoquerons en deuxième lieu la tendance consistant à conditionner l'accès à certaines professions de santé à l'absence d'objection de conscience (B). Enfin, le troisième enjeu porte sur la relation qu'entretient la liberté de conscience des soignants avec la liberté institutionnelle des établissements de santé en matière éthique (C).

#### Liberté de conscience et définition du soin de santé

Comprendre le sens et la portée de l'objection de conscience dans le contexte des soins de santé implique que soit posée la question du statut de l'acte auquel il est fait objection, du point de vue de la définition du soin de santé.

En effet, la légitimité de l'objection de conscience exprimée par le soignant est d'autant plus grande que l'acte en question s'écarte de la définition usuelle du soin de santé, au sens de soin visant à guérir ou à soulager le patient. Ainsi, dans le cas d'une assistance médicale à la procréation réalisée pour une femme seule, le lien entre la fonction thérapeutique du médecin ou du soignant et l'acte technique qui lui est demandé s'avère a priori inexistant ; la légitimité de l'objection de conscience s'en trouve de ce fait renforcée. À l'inverse, la légitimité de l'objection formulée par un médecin à un acte tel qu'une opération du genou apparaît plus discutable, dès lors que l'acte en question présente assurément un caractère thérapeutique.

Ces considérations expliquent aussi la volonté de plus en plus marquée de certains décideurs politiques d'inscrire explicitement certains actes non véritablement thérapeutiques au rang des soins de santé.

L'on pense en particulier à l'euthanasie, parfois considérée comme un « soin de fin de vie » en Belgique.

Dès le moment où l'acte en question est considéré comme un soin de santé comme un autre ou comme un acte médical à part entière, l'accès à cet acte est rapidement envisagé comme un droit subjectif, opposable par le patient à son médecin. L'objection de conscience à cet acte voit sa légitimité remise en cause, dès lors que cette objection entre en confrontation avec le droit du patient d'accéder à ce « soin ».

Dans le même temps, il est nécessaire d'insister sur le fait que certains refus peuvent être considérés à tort comme une objection de conscience alors qu'ils sont en réalité fondés sur l'éthique médicale ou déontologique du soignant. Exemple peut ici être pris du médecin qui n'est pas opposé par principe à l'euthanasie, mais qui considère que la demande d'euthanasie formulée par le patient est en l'occurrence irrecevable, au regard des critères médicaux requis par la loi. Certes, comme il a pu être indiqué précédemment, l'objection de conscience entretient des liens clairs avec la déontologie et l'éthique professionnelle du soignant. Toutefois, catégoriser automatiquement tout refus du soignant d'accomplir certains actes comme une objection de conscience conduirait à dénaturer tant l'objection de conscience que l'éthique médicale.

## Accès à certaines professions de santé conditionnée à l'absence d'objection de conscience

Ce premier enjeu de la définition du soin de santé entre en lien avec un deuxième enjeu, relatif à la tendance consistant à conditionner l'accès à certaines professions de santé à l'absence d'objection de conscience par le praticien.

Cette hypothèse fait écho à la situation évoquée en introduction de notre contribution, s'agissant de l'impossibilité pour une sage-femme de trouver un emploi du fait de son refus de pratiquer des avortements. Le raisonnement tend en l'occurrence à considérer que, dès lors que l'avortement est envisagé comme un soin de santé à part entière, toute personne peut certes refuser en conscience d'en pratiquer, mais ne peut dans le même temps vouloir exercer le métier de sage-femme.

Un tel cas de figure correspond exactement aux faits examinés en 2020 par la CourEDH dans les décisions *Grimmark* et *Steen c. Suède*. Ces deux affaires portent sur la situation de deux sages-femmes s'étant vu l'une et l'autre refuser plusieurs contrats de travail dans des cliniques suédoises, en raison du fait qu'elles avaient fait savoir qu'elles ne seraient pas disposées à pratiquer des avortements. Dans ces deux décisions étonnamment succinctes, les trois juges de la CourEDH concluent au caractère justifié de la restriction de la liberté de conscience des sages-femmes, au motif que « l'exigence que toutes les sages-femmes soient disposés à réaliser toutes les obligations liées à la fonction n'était pas disproportionnée ou injustifiée » et que « la requérante avait volontairement choisi de devenir sage-femme et de poser sa candidature à des postes tout en sachant que cela impliquerait de participer à des avortements ». Il convient de souligner que l'idée selon laquelle la liberté de conscience des sages-femmes serait en l'espèce garantie par la possibilité d'exercer un autre métier est manifestement en décalage avec l'interprétation récente de l'article 9.2 de la Convention par la CourEDH, suivant laquelle la possibilité de changer d'emploi ne peut conduire à exclure toute ingérence dans le droit à la liberté de conscience.

L'enjeu de l'accès aux professions de santé se pose également au stade de la formation des étudiants soignants. En effet, dans cette même logique de remise en question de la légitimité de l'objection de conscience, l'on voit se développer l'imposition de certaines pratiques éthiquement controversées dans le cadre des cursus obligatoires au sein de certaines formations, et dont l'étudiant ne pourrait pas – ou difficilement – être exempté, même pour un motif de conscience.

## Relation entre la liberté de conscience et la liberté des établissements de santé

Le troisième enjeu contemporain de l'objection de conscience a trait au lien entre la liberté de conscience individuelle du soignant et la liberté des établissements de santé.

À titre liminaire, rappelons que les droits fondamentaux sont généralement reconnus sur une base personnelle et individuelle, nonobstant le fait que certains de ces droits – tels que la liberté d'expression ou le droit au respect de la vie privée – peuvent être, dans une certaine mesure, reconnus à des personnes morales ou à des collectivités. La liberté de conscience, en l'occurrence, peut uniquement être invoquée par une personne physique, dès lors que seuls les êtres humains possèdent une conscience, au contraire des personnes morales.

L'article 9 de la CEDH, relatif à la liberté de pensée, de conscience et de religion, reconnaît en revanche la dimension collective de la liberté de pensée et de religion. Cette dernière peut ainsi être invoquée par des collectivités ou des institutions « dont l'éthique est fondée sur la religion ou les convictions », en plus de la liberté d'association dont elles jouissent par ailleurs. Cette liberté institutionnelle constitue ainsi le prolongement nécessaire de la liberté religieuse individuelle, permettant aux individus de trouver appui auprès de structures éducatives, culturelles, de santé, ... qui accueillent et incarnent leurs convictions personnelles.

Dans le contexte spécifique de la santé, l'enjeu consiste à savoir dans quelle mesure la jouissance effective de la liberté de conscience par un soignant ne passe pas aussi par la reconnaissance d'une liberté institutionnelle pour les établissements de santé face aux questions éthiques. Un hôpital ou une maison de retraite ne peut pas formuler une objection de conscience à certaines pratiques. Néanmoins, ces établissements jouissent d'une liberté leur permettant de revendiquer une certaine éthique en matière de soins, qui privilégierait par exemple les soins palliatifs et exclurait toute forme d'euthanasie.

Une conception exclusivement individuelle et subjective des droits fondamentaux conduirait en ce sens injustement à dénier la possibilité aux établissements de santé de pouvoir conserver cette éthique propre, et de refuser par exemple qu'un médecin pratique une euthanasie en leurs murs. Au-delà de l'impact sur les institutions, l'enjeu se pose aussi et même surtout du point de vue du soignant, et de la possibilité qui lui est laissée de travailler dans un établissement qui partage la même conception éthique de la médecine, et où il ne sera pas amené à devoir s'impliquer dans des actes qu'il juge non seulement contraires à sa conscience, mais aussi à sa déontologie professionnelle.

## Conclusion

En guise de conclusion, quelques réflexions complémentaires méritent d'être soulevées.

Il convient tout d'abord de constater que l'attention portée à la figure de l'objection de conscience en tant qu'expression de la liberté de conscience s'est accentuée ces dernières années, au fil de l'adoption de lois autorisant certaines pratiques éthiquement sensibles, et qui font le choix d'impliquer les soignants dans la réalisation de ces actes.

Partant de ce constat, une considération d'autant plus grande devrait logiquement être accordée à l'objection de conscience des soignants, à mesure que ceux-ci sont sollicités pour accomplir des actes qui s'écartent de la définition commune des soins. En pratique, émergent plutôt des initiatives visant à limiter l'objection de conscience, vue en l'occurrence comme une remise en cause implicite du caractère non problématique de l'acte en question – même si, en pratique, cette objection ne remet pas en cause l'accès à cet acte.

Cette tendance soulève donc la question de la place qu'on souhaite encore accorder à la liberté de conscience en tant que droit fondamental auquel est accordée une protection spécifique. Cette évolution nous renvoie aussi à la conception sociétale du rôle du médecin, du soignant et, plus largement, de la médecine : s'agit-il de continuer à développer une médecine centrée sur l'art de guérir et de soulager, dans le respect des droits du patient, ou convient-il plutôt d'évoluer vers une médecine dans laquelle les soignants sont mis au service des desiderata subjectifs du patient, y compris concernant des actes techniques non thérapeutiques ?

Face à cette ultime interrogation, nous renvoyons aux mots du Professeur François Viala, selon lequel « il faut reconnaître à chacun, dont les médecins, le même statut de sujet de droit. Sinon, nous les confinerons à un rôle de technicien, et les patients, à des consommateurs ».

Texte publié dans l'ouvrage collectif *Hippocrate à l'épreuve de la foi*, Bordeaux, LEH Edition, 2021 (pp. 35-50).

## Éthique clinique, déontologie et pratiques institutionnelles

**Timothy DEVOS MD, PhD**  
UZ Leuven, KU Leuven  
Hématologue et Médecine Interne

18 mars 2025 - Bruxelles

### Pourquoi l'éthique clinique ?

- décisions médicales complexes
- fin de vie et limitation de traitements
- respect de l'autonomie du patient
- conflits entre familles et équipes médicales

### Qu'est-ce qu'un comité d'éthique clinique (CEC)?

- groupe multidisciplinaire
- analyse les questions éthiques liées aux soins
- soutient les équipes soignantes
- avis consultatif (pas décisionnel)

### Composition du comité

- Médecins (différent spécialistes + généraliste)
- Infirmiers, psychologues, pharmacien
- Juristes
- Éthiciens
- aumôniers ou représentants spirituels
- représentants des patients

**Missions du comité** Mission principale: aider les équipes soignantes, les patients et les familles à réfléchir sur des situations médicales difficiles.

1. Consultation éthique pour cas cliniques: conseiller (avis non contraignant)
  - ad hoc: peut être vraiment à court terme (besoin d'un conseil 'extérieur'; parfois parce que conflit 'éthique' entre soignants)
  - parfois une consultation qui prend plus de temps
  - parfois le CEC décide que chaque cas (p.ex. don d'organes après euthanasie pour souffrance psychologique/psychiatrique) doit être révisé par le CEC: quand-même contraignant?
    - le conseil est un support pour les soignants aussi (p.ex. quand objection de conscience)
    - processus de la consultation:
      1. explorer le cas, demande de faits (facts) et explications ("expliquez-nous de quoi il s'agit.")
      2. la question est-elle recevable?
      3. réflexions sur les valeurs en jeu; quelles sont les valeurs à prendre en compte?
      4. formuler conclusions

## 2. Réflexion institutionnelle:

par exemple: don d'organes après euthanasie; nouvelle version de la loi sur les droits du patient et ses implications; euthanasie et démence; don de sperme; transfusion et témoins de Jéhovah, etc → CEC comme conseiller du médecin chef, de la direction d'un hôpital.

## 3. Formation du personnel

## 4. Promotion d'une culture éthique

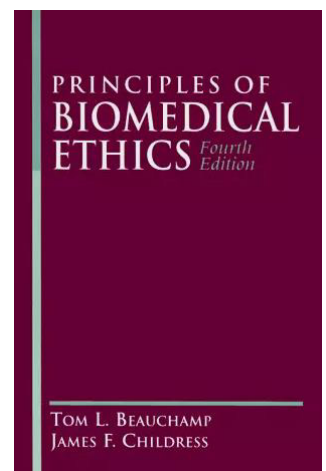
CEC → lieu/où? : hôpitaux ou institutions de soins

## Principes éthiques

**Principlisme** (Beauchamp & Childress, 1979. Principles of Biomedical Ethics)

### 4 critères d'évaluation éthique:

- *Beneficence* (bienfaisance) : favoriser le bien-être du patient
- *Non-maleficence* (non-malfaisance) : primum non nocere (ne pas causer de préjudice)
- *Autonomy* (droit à l'autodétermination) : respect de l'autonomie du patient
- *Justice* (équité) : principe de répartition équitable des ressources et des traitements (répartition équitable des ressources)



### Application concrète / conflits possibles:

- soins au patient (dilemmes individuels): que faire si patient fait lui-même des choix que vous ne soutenez pas entièrement ? (autodétermination/autonomie vs bienfaisance)
- (organisation) des soins de santé : pouvoir politique et législatif décide la (ré)distribution des ressources (hôpitaux, médecins, etc.) (justice); toujours dans l'intérêt du bien-être du patient (bienfaisance) ?
- en cas de force majeure/de crise (covid 19 p.ex): priorisation aux soins intensifs (justice vs bienfaisance/bénéfice individuel)

## Personnalisme

Personnalisme: la dignité intrinsèque de la personne est au centre = norme de la moralité. Qu'est-ce qui est objectivement bon pour la personne ? Selon les personnalistes : cette dignité de la personne en tant que norme directrice prime sur « les 4 principes du principlisme ».

Dans le personnalisme, la personne humaine occupe une place centrale. Chaque personne est unique et possède une dignité inviolable.

**Vision relationnelle de l'homme** : la personne se forme et s'épanouit dans ses relations avec les autres, avec le monde et, parfois, dans une dimension spirituelle.

**Liberté et responsabilité** : la personne est consciente d'elle-même, libre et moralement responsable de ses choix.

**Face aux systèmes collectifs** : le personnalisme rejette les systèmes qui considèrent la personne comme subordonnée à un ensemble plus vaste, tel que l'État ou un collectif, car cela méconnaît la dignité unique de l'individu.

Surtout dans l'interprétation de la liberté individuelle et de l'autonomie: différence entre personnalisme et principisme (Engelhardt).

## Code de déontologie médicale commenté



### Le médecin respecte la dignité humaine et l'autonomie du patient - Art.17

... en concertation avec le patient, le médecin vérifie ses besoins en matière de soins et lui dispense, dans son intérêt, des soins professionnellement justifiés et compétents. La confiance, le respect et la responsabilité sont les fondements de la relation médecin-patient (art. 8, 16, 30 CDM). Au sein de celle-ci, le respect de la dignité humaine et du droit à l'autodétermination du patient se manifeste par un processus décisionnel commun (« **shared decision making** »).

**Le patient développe son autonomie au sein de la relation de confiance avec son (ses) médecin(s) traitant(s) et d'autres professionnels des soins de santé qui, en tant qu'experts, l'accompagnent dans un processus de soins de qualité.** La loi relative aux droits du patient, récemment modifiée, souligne l'importance de la collaboration et du respect mutuel entre le médecin et le patient (art. 4 de la loi relative aux droits du patient) et la volonté à parvenir ensemble à une décision (art. 8, §1, de la loi relative aux droits du patient).

Dans le contexte du «patient empowerment», le patient est encouragé à participer activement au processus de soins. Selon que le patient est en mesure d'exercer plus ou moins son droit à l'autonomie, le médecin adapte son accompagnement en tenant compte de sa situation et de ses besoins. Il encadre le patient de façon responsable et le guide, ce qui ne signifie pas que le médecin décide à la place du patient ou impose son avis. **Dans une relation de confiance médecin-patient optimale, tant le médecin que le patient assument une responsabilité.**

**L'autonomie du patient n'est pas illimitée.** Elle se confronte notamment aux moyens disponibles, aux évolutions sociétales, etc. (art. 41 CDM). **Le médecin respecte l'autonomie du patient, sans porter préjudice à son indépendance professionnelle et à sa responsabilité vis-à-vis de la société** (art. 7 CDM).

## Exemples de questions traitées par CEC

- arrêt ou limitation de traitement
- obstination thérapeutique
- refus de soins
- fin de vie
- décisions pour patients incapables de s'exprimer

## Comment fonctionne un comité d'éthique clinique ?

'**consent**' (no significant objection) et non pas '**consensus**' (accord unanime); pas de vote ...

Quand quelqu'un pose son véto: conclusion CEC « pas de consensus »

## Cas clinique réel

- Un patient de 68 ans souffre d'un cancer très avancé.
- Les médecins estiment que la poursuite du traitement est inutile et très lourde.
- La famille demande : « faites tout pour le maintenir en vie. »
- Le patient, lui, avait auparavant exprimé qu'il ne voulait pas d'acharnement thérapeutique.

## Questions éthiques dans ce cas

- Faut-il suivre la volonté du patient ?
- Comment prendre en compte la souffrance de la famille ?
- Quand un traitement devient-il disproportionné ?
- Comment respecter la dignité du patient ?

## Rôle du comité d'éthique dans ce cas

- analyse de la situation avec l'équipe
- clarification des valeurs et principes en jeu
- dialogue entre soignants et famille
- proposition d'un avis éthique pour aider la décision

## Apports des comités d'éthique clinique

- dialogue interdisciplinaire
- clarification des valeurs
- soutien aux équipes
- amélioration de la qualité des soins

## Autre exemple - 1

- une **demande d'euthanasie** à laquelle aucun médecin (qu'il s'agisse ou non d'un médecin spécialisé en soins palliatifs) rattaché à l'hôpital ne peut/veut donner suite. La question se pose de savoir si un médecin (médecin généraliste, médecin EOL-LEIF, etc.), non rattaché à l'établissement, peut pratiquer une euthanasie au sein de cet établissement, pour un patient qui n'est plus en mesure de rentrer chez lui.
- convient-il ou non de mettre en place un cadre formel?
- l'assemblée (CEC) indique que pour toute demande d'euthanasie au sein de l'hôpital, l'équipe spécialisée en soins palliatifs doit être contactée. Cette équipe dispose des directives et des moyens nécessaires pour suivre chaque cas de manière sereine.

## Autre exemple - 2

- Question concernant la **stérilisation d'un homme de 30 ans avec un retard mental** – question de la maman.
- le patient n'a pas de tuteur. Il vit certes encore chez ses parents, mais en principe, il est majeur et n'est soumis à aucune tutelle.
- sa capacité de compréhension: consultation avec le psychiatre et le neurologue (demande d'un examen neuropsychologique et un test d'intelligence)

# 6ème séance

- CEC se réunit:
  - le patient est capable de discernement et peut, d'un point de vue juridique, exercer légalement ses propres droits.
  - CEC peut comprendre les inquiétudes de la mère. CEC conseille à la mère d'aborder ce sujet avec son fils. Le médecin doit faire de même.
  - la stérilisation est une intervention lourde qui porte atteinte à l'intégrité du patient.

## Autre exemple - 3

- Il s'agit du cas d'une femme d'âge moyen souffrant d'un **choc septique** et nécessitant un apport important d'inotropes, pour lequel il fallait **décider s'il fallait poursuivre ou non le traitement, compte tenu du risque de lésions irréversibles et invalidantes.**
- Compte tenu de la gravité de la situation, l'intensiviste a souhaité aborder cette question dans le cadre d'une approche multidisciplinaire.
- Une concertation réunissant plusieurs parties, dont le président du comité d'éthique, a été organisée, au cours de laquelle divers avis ont été recueillis et un consensus a été atteint.
- La décision finale, à savoir l'arrêt du traitement, a été prise de manière multidisciplinaire.

## Autre exemple - 4

- témoins de Jéhovah et transfusions: différence patient adulte – patient mineur

## Types de comités d'éthique

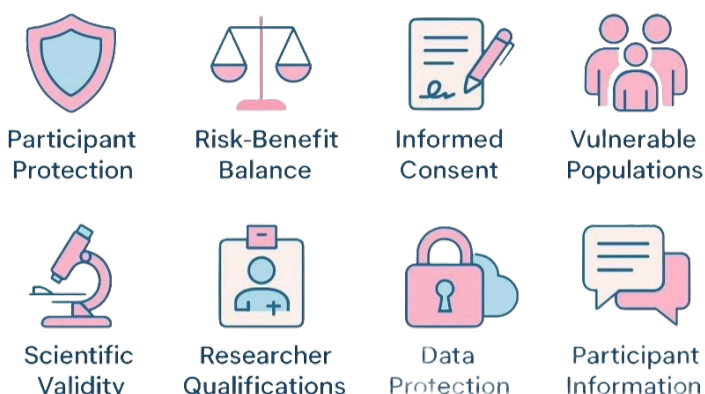
- Les comités d'éthique clinique
- Les comités d'éthique de la recherche
- Les comités nationaux ou consultatifs d'éthique
- Les comités d'éthique institutionnels ou organisationnel

## Les comités d'éthique clinique

## Les comités d'éthique de la recherche (CER)

On les appelle aussi souvent IRB (Institutional Review Board)

### 8 Key Research Ethics C



# 6ème séance

**Mission:** protéger les personnes participant à la recherche scientifique.

Ils évaluent:

- protocoles d'essais cliniques
- études impliquant des patients ou volontaires
- recherches avec données personnelles ou matériel biologique

Ils vérifient notamment:

- le **consentement éclairé** (informed consent)
- le rapport **bénéfice / risque**
- la protection des participants
- la confidentialité des données



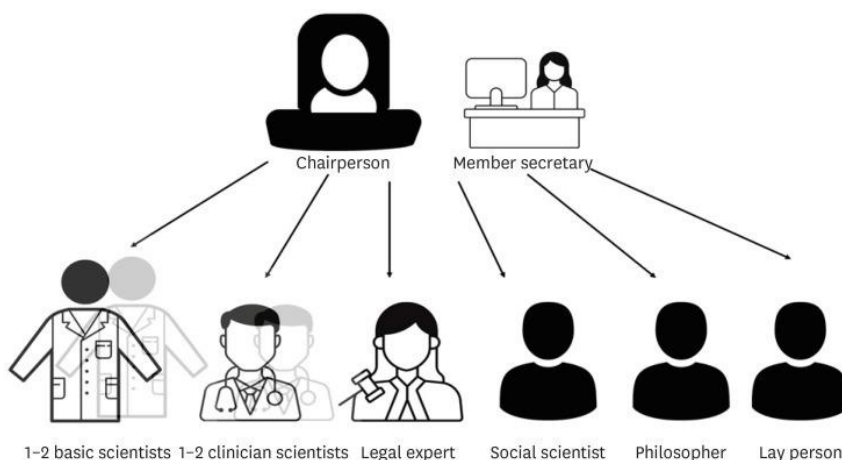
## WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN PARTICIPANTS

*Adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964 and amended:  
by the 75<sup>th</sup> WMA General Assembly, Helsinki, Finland, October 2024 (version 10)*

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

### Les comités nationaux ou consultatifs d'éthique

Ces comités travaillent au niveau d'un pays.



**Mission:** réfléchir aux grandes questions éthiques liées aux progrès scientifiques et médicaux

# 6ème séance

## Exemples de sujets:

- génétique et manipulation du génome
- procréation médicalement assistée
- intelligence artificielle en médecine
- euthanasie
- recherche sur l'embryon

## Ils produisent:

- avis publics
- recommandations pour les gouvernements
- rapports pour orienter les lois.



## Le Comité a une double mission

### Rendre des avis

- plus de 100 avis rendus
- des avis sur divers thèmes éthiques tels que l'euthanasie, le don d'organes, la recherche scientifique sur la personne humaine et sur les embryons, les problématiques liées à la fertilité, les tests génétiques, l'obligation vaccinale, le statut des restes humains et bien d'autres...

### Informier le public et les autorités

- publier un rapport annuel de ses activités
- organiser une conférence grand public tous les deux ans
- gérer une bibliothèque
- informer la presse de ses avis
- alimenter une page linkedIn
- publier des bulletins d'information

## Les comités d'éthique institutionnels ou organisationnels

### On les trouve dans:

- universités
- hôpitaux
- organisations internationales
- entreprises

- Mission:**
- définir les principes éthiques de l'institution
  - élaborer des chartes ou codes éthiques
  - traiter certains conflits éthiques internes

# 6ème séance

| Type de comité                   | Domaine                | Mission principale                               |
|----------------------------------|------------------------|--|
| Comité d'éthique clinique        | Hôpital                | Aider à décider dans des cas médicaux difficiles |
| Comité d'éthique de la recherche | Recherche scientifique | Protéger les participants aux études             |
| Comité national d'éthique        | Niveau national        | Réflexion sur les enjeux de société              |
| Comité institutionnel            | Organisation           | Définir des règles et politiques éthiques        |

## Limites du CEC

- avis non contraignant
- temps limité en urgence
- situations humaines très complexes

## Réflexions

- Important que les CECs continuent à exister avec des membres bien formés: risque de juridicisation des soins de santé.
- CEC toujours bien présent et aide pour les soignants?
- CEC vraiment neutre par rapport à la direction?

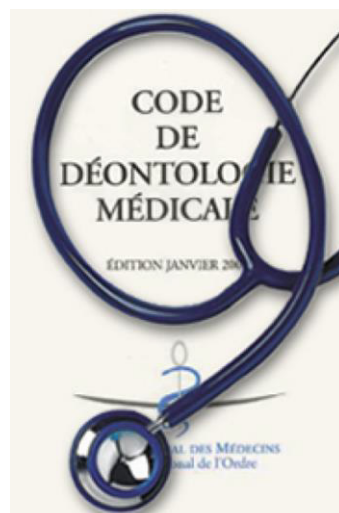
## Déontologie médicale

ORDRE DES MEDECINS  
CONSEIL NATIONAL



ORDE DER ARTSEN  
NATIONALE RAAD

## Code de déontologie



## COMMENT DEVENIR UN BON MÉDECIN

Les clés de l'apprentissage  
et de l'exercice de la médecine



## Qu'est-ce que la déontologie médicale ?

Le mot déontologie vient du grec *deon* (devoir) et *logos* (discours/science).

La déontologie est la discipline de la **bonne pratique de la médecine**.

La déontologie médicale est l'ensemble des principes, règles de comportement et usages que tout médecin observe et dont il s'inspire dans l'exercice de sa profession.

Tend à veiller, dans l'intérêt du patient, de la santé publique et du bien-être général:

- à la relation particulière de **confiance entre le médecin et ses patients**.
- au **maintien de l'intégrité morale de la profession**
- à la correcte mise en œuvre de l'autonomie professionnelle
- à la qualité des soins
- à la **confiance que le citoyen place dans le médecin**
- à la **relation particulière de confiance entre le médecin et ses patients**.

## Sources/bases de la déontologie médicale

- éthique médicale, bioéthique
- Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)
- Serment d'Hippocrate
- Déclaration de Genève de l'AMM (association médicale mondiale (2020, v.8) = « serment d'Hippocrate moderne »
- Déclaration d'Helsinki de l'AMM (2024, v.10): recherche et expériences
- Guide européen d'éthique médicale (1987): CEOM (conseil Européen des Ordres des médecins)
- Orde des Médecins: code de déontologie médicale (2018)

## Déontologie médicale - thèmes

- secret médical
- continuité des soins
- collégialité, demande d'avis
- autonomie du patient (consentement éclairé, directives anticipées, etc)
- dossier médical, attestations
- soins de fin de vie
- télémédecine, réseaux sociaux
- médecin et publicité

1. Professionnalisme

2. Respect

3. Intégrité

4. Responsabilité

## **Le Serment du médecin**

EN QUALITÉ DE MEMBRE DE LA PROFESSION MÉDICALE

JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

JE CONSIDÉRERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

JE RESPECTERAI l'autonomie et la dignité de mon patient ;

JE VEILLERAI au plus grand respect de la vie humaine ;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

JE PERPÉTUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

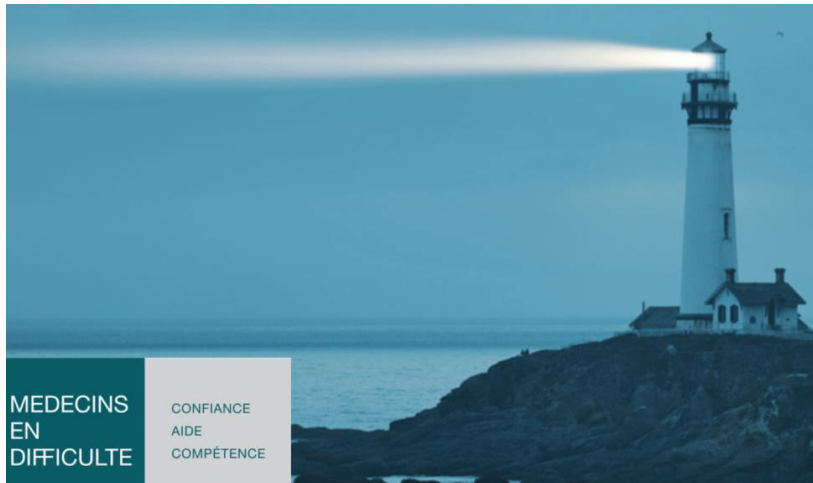
JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiles, même sous la contrainte ;

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement.



## Point de contact central pour les agressions commises à l'encontre des médecins



Le Conseil national de l'Ordre des médecins a organisé le 20 octobre 2023 un symposium "Agression dans les soins" (enregistrement vidéo)

 [Formulaire de notification](#)

## Conclusions

- Les comités d'éthique soutiennent les équipes soignantes et les professionnels de santé
- Ils favorisent le dialogue et la réflexion
- Ils permettent des décisions plus humaines et respectueuses du patient
- Les comités d'éthique sont essentiels (mais souvent pas assez 'visibles', proches des soignants?)
- La déontologie médicale complète l'éthique médicale, plus pratique (bonne pratique du médecin)

---

Résumé des interventions  
2025-2026

---

**Bioéthique et valeurs du soin**

Emmanuel HIRCSH

**Corps et vulnérabilités dans la relation soignant-patient**

Blandine HUMBERT

**Bioéthique, dignité et valeur de la vie**

Éric FIAT

**Intelligence artificielle et médecine :**

**Balises pour une éthique du respect de la dignité humaine**

Bernard ARS

**Liberté de conscience, droits du patient et liberté des institutions**

François TRUFIN

Léopold VANBELLINGEN

**Éthique clinique, déontologie et pratiques institutionnelles**

Timothy DEVOS

Ce document est destiné à un usage privé et personnel, toute reproduction ou diffusion est interdite.



*Des idées qui font vivre !*



**Institut Européen de Bioéthique**

Rue de la Pépinière, 1 bte 2 - 1000 Bruxelles  
+32 2 647 42 45 | [secretariat@ieb-eib.org](mailto:secretariat@ieb-eib.org)  
[www.ieb-eib.org](http://www.ieb-eib.org)