



SEMINAIRE 9 (1ère partie)

JEUDI 25 SEPTEMBRE 2025

UN SOIN

ON LE DEMANDE, ON LE PROPOSE,
ON L'ACCEPTE OU ON LE REFUSE.../

MAIS DE QUELLE(S) MANIÈRE(S)?

Animé par
MICHEL DUPUIS

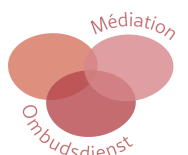
Philosophe,
Professeur UCL



Rédigé par
Hajar LAGHMICHE



CYCLE DE SÉMINAIRES EN SANTÉ MENTALE



TABLES DES MATIÈRES

I.	PRÉAMBULE : DROIT AU CONSENTEMENT	2
II.	INTRODUCTION	3
III.	CONTEXTE SOCIÉTAL	3
	<i>III.a. La bienveillance technologique généralisée</i>	
	<i>III.b. Le petit rationalisme et la perte de sens</i>	
	<i>III.c. Le paradigme de la rationalité des choix individuels</i>	
IV.	LE SOIN, LES SOINS ET QUELQUES BALISES...	5
	<i>IV.a. La distinction fondamentale entre le soin et les soins</i>	
	<i>IV.b. Le triple soin</i>	
	<i>IV.c. Quelques balises éthiques</i>	
V.	EN GUISE DE CONCLUSION	9
	BIBLIOGRAPHIE	10

I. PRÉAMBULE : DROIT AU CONSENTEMENT

Art. 8 de la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002, modifiée le 6 février 2024.

§ 1^{er}. Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du professionnel des soins de santé moyennant information préalable. Le patient et le professionnel des soins de santé visent à parvenir ensemble à une décision.

§ 2. Le professionnel des soins de santé informe le patient préalablement et en temps utile des interventions projetées, et cela dans les conditions et conformément aux modalités formulées dans l'article 7, §§ 2 et 3. Les informations inhérentes à l'intervention, qui sont fournies au patient conformément à l'alinéa premier, concernent au minimum :

- 1° l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence ;
- 2° les évolutions et les soins de suivi probables des interventions ;
- 3° les contre-indications, effets secondaires et risques pertinents pour le patient ;
- 4° les alternatives possibles, exécutées ou non par un autre professionnel des soins de santé ;
- 5° d'autres précisions pertinentes pour le patient, en ce compris le cas échéant les dispositions légales relatives à une intervention qui doivent être respectées. Conformément à l'alinéa premier, le professionnel des soins de santé informe le patient des répercussions financières de l'intervention sans préjudice de l'article 73, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

§ 3. Le consentement visé au paragraphe 1^{er} est donné expressément, sauf lorsque le professionnel des soins de santé, après avoir informé suffisamment le patient conformément au paragraphe 1^{er}, peut raisonnablement inférer du comportement du patient qu'il consent à l'intervention. À la demande du patient ou du professionnel des soins de santé, le consentement est fixé par écrit, soit par un support papier ou forme électronique et ajouté dans le dossier du patient.

II. INTRODUCTION

Dans le cadre de la première partie de son neuvième séminaire,¹ la Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale a eu le plaisir d'accueillir Michel Dupuis, philosophe et professeur émérite à l'Université catholique de Louvain, pour une matinée interactive consacrée à l'**éthique du consentement**. Les participants ont été conviés à un exercice d'intelligence critique collective, au cours duquel la philosophie a été envisagée comme un outil permettant de questionner des évidences et des représentations liées au soin. Fidèle à l'esprit de Nietzsche, Michel Dupuis a proposé de manier la philosophie comme un « marteau » : non pas dans une logique annihilatrice, mais plutôt pour éprouver et faire résonner nos conceptions du consentement.

Consacrée comme droit fondé sur une valeur d'autodétermination, la notion de consentement est souvent perçue comme un processus décisionnel strictement binaire et linéaire qui se conclut par l'acceptation ou le refus d'un soin ou d'un traitement. S'appuyant sur son expérience au sein du *Comité consultatif de bioéthique*² et de la *Commission fédérale des droits du patient*,³ Michel Dupuis a souligné combien le refus de soins ne se réduit pas à un acte purement individuel, tant il s'inscrit dans un tissu relationnel et social. La thèse qu'il formule est la suivante : le refus de consentement ne constitue pas la fin d'un processus mais le début d'une conversation. Il nous a encouragés à interroger la mise en œuvre du consentement à la lumière d'une critique du contexte sociétal et de l'examen de divers principes de bioéthique. L'éthique, en effet, invite à penser les tensions autour des valeurs en tenant compte des contextes concrets où elles s'exercent. Pour illustrer ces dynamiques, Michel Dupuis a mobilisé la métaphore de l'eau. Selon la température, l'eau devient vapeur, liquide ou solide. Les valeurs peuvent se figer lorsqu'elles se traduisent en lois ou règles déontologiques ou se fluidifier lorsqu'elles circulent dans les pratiques sociales. Elles subissent les variations de contexte, de contraintes et d'inégalités, mais ne se dénaturent pas malgré ces changements.

II. LE CONTEXTE SOCIÉTAL

II.a La bienveillance technologique généralisée

Selon l'hypothèse formulée par notre orateur, la question du consentement ou du refus de soin se pose avec une acuité particulière dans les sociétés technologiquement avancées. Dans un contexte où les technologies médicales demeurent limitées, ces questions y sont moins centrales : la rareté de l'offre de soins réduit de fait les possibilités de choix. En revanche, dans un monde moderne saturé de machines et d'innovations,

¹ Ce séminaire comportera deux parties. La première a eu lieu le 25 septembre et la seconde est programmée au premier trimestre 2026

² Le séminaire a débuté sur la mention de l'[Avis 53](#) relatif au refus de soins médicaux par une femme enceinte ayant une incidence sur le fœtus.

³ La Commission fédérale des droits du patient est un organe consultatif établi au sein du Service public fédéral (SPF) Santé publique. Elle a pour mission principale de formuler des avis au ministre de la Santé concernant l'application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

s'installe une forme de bienveillance technologique fondée sur l'abondance d'options disponibles. Le patient évolue alors dans un univers quasi marchand où il peut choisir parmi une multitude d'interventions médicales.

Or, le cerveau humain n'a pas (encore) évolué pour s'adapter à ce paradigme du choix rationnel illimité, ni pour décider comme le ferait une machine. Comment, dès lors, juger de la pertinence d'une décision médicale ? Le paradigme du choix individuel rationnel révèle ses limites : jusqu'où un individu sait-il réellement ce qu'il veut ? Dans quelle mesure, le consentement reflète-t-il une compréhension authentique des implications de ses décisions ?

II.b Le petit rationalisme et la perte de sens

Cette tension illustre la distinction entre **petit rationalisme** et **grand rationalisme**.⁴ Le petit rationalisme privilégie les sciences exactes et biologiques, avec peu d'attention portée aux sciences humaines, tandis que le grand rationalisme mobilise aussi l'intelligence émotionnelle et la dimension relationnelle. La relation de soins ne se limite pas à la simple transmission d'informations : elle implique une présence, une écoute et une résonance qui enrichissent la communication et évitent qu'elle ne devienne technocratique ou mécanique. Ainsi, la véritable adhésion au soin dépasse le simple *oui* ou *non* pour se situer au sein même de la qualité de la relation.

Adopter le petit rationalisme c'est aussi entrer dans un monde sécularisé, un monde qui a perdu une part de son sens spirituel, imaginaire, symbolique ou religieux. Cette perte appauvrit les enjeux de la relation humaine. Michel Dupuis établit un parallèle avec la notion de "**société de verre**" développée par Philippe Corcuff⁵ où les institutions devenues à la fois fragiles et fragilisantes exposent les individus à une tension constante entre autonomie et dépendance. Corcuff propose une *éthique de la fragilité* qui invite à la reconnaissance par l'individu de sa vulnérabilité tout en cherchant à redonner du sens à son existence dans un monde incertain.

Dans la même logique, le sociologue polonais Zygmunt Bauman décrit pour sa part une "**société liquide**"⁶ : une modernité marquée par la fluidité sociale, la multiplication des normes et la volatilité des rôles. Les individus doivent sans cesse réévaluer leur position au sein de multiples carrefours de vie successifs, ce qui engendre fatigue mentale, surcharge décisionnelle et sentiment de perte de sens. Dans le domaine de la santé, cette logique accentue la pression tant sur le patient que sur le professionnel, tous deux confrontés à des décisions complexes dans un environnement où l'offre de soins est abondante et exigeante.

⁴ Ce concept est emprunté au philosophe Edmond Husserl qui a développé une critique de la raison (Vernunft) en 1935 où il distingue deux conceptions de la raison : d'une part la Vernunft classique, soit une faculté abstraite et universelle, associée à la logique formelle et à la pensée pure et d'autre part la Vernunft phénoménologique soit une raison incarnée, enracinée dans la conscience vécue et dans l'expérience subjective.

⁵ Voir P. Corcuff La société de verre : Pour une éthique de la fragilité, Armand Colin, 2002

⁶ Voir Z. Bauman Liquid Modernity, Polity Press, 2000

II.c Le paradigme de la rationalité des choix individuels

Au XX^e siècle, émerge et s'impose progressivement la culture des droits des patients et de **l'autonomie individuelle**. Cette évolution repose sur l'idée que toute personne possède intrinsèquement des compétences et des droits et que le respect de l'autodétermination du patient constitue une expression fondamentale de la dignité humaine. Autrement dit, la personne est reconnue comme *capable* de prendre des décisions concernant sa santé, même sans formation médicale. Ceci est également vrai en cas de fragilités cognitives, pour autant que des dispositifs de médiation soient mis en place, qu'il s'agisse d'un avocat, d'un représentant légal ou d'un administrateur.

À contrario, au XXI^e siècle, la réflexion s'oriente vers une redécouverte de la **vulnérabilité**. L'idéal d'une autonomie absolue et isolée du patient apparaît désormais comme une fiction régulatrice : utile pour structurer le droit mais insuffisante pour décrire la réalité humaine. En revanche, la **notion d'autonomie relationnelle** -une autonomie construite et exercée dans le cadre d'une *relation d'interdépendance*- se révèle plus pertinente. Il ne s'agit pas de revenir à un modèle paternaliste, mais de reconnaître que la singularité de chaque individu ne peut se réaliser qu'à travers la relation. Pour reprendre la métaphore du pédiatre et psychanalyste Donald W. Winnicott, « *un bébé ça n'existe pas*⁷ », on pourrait dire qu'un patient n'existe pas seulement dans sa tête, mais dans l'interaction vivante avec les soignants et accompagnants (professionnels ou non).

En outre, la sacralisation de l'autonomie individuelle comporte un risque : celui de l'abandon en cas de vulnérabilité psychique ou cognitive. Dans ces situations, **la protection ne s'oppose pas à l'autonomie**, mais en constitue une condition nécessaire à la restauration de la capacité de choix et au soutien du processus d'autonomisation. Ainsi, l'interdépendance entre les partenaires de la relation de soin permet l'expression d'une volonté plus authentique du patient.

III. LE SOIN, LES SOINS ET QUELQUES BALISES...

Michel Dupuis nous invite à réfléchir à l'**archi-soin**, c'est-à-dire le soin originaire qui fonde toute relation humaine. L'archi-soin ne se manifeste pas dans la seule compétence technique ou dans les protocoles, mais dans la présence, le souci et la responsabilité originaire envers la vulnérabilité de l'autre. Il implique de reconnaître que la dépendance est constitutive de notre humanité. Sur le plan éthique, l'archi-soin correspond à une posture fondamentale : accueillir l'autre dans sa singularité et reconnaître sa fragilité. Le soin commence toujours avant l'acte technique, dans l'attention, la présence et la responsabilité envers autrui.

III.a La distinction fondamentale entre le soin et les soins

Comme le souligne Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique, il est essentiel de distinguer "*le soin*" et "*les soins*".⁸ *Les soins* renvoient aux actes techniques, aux interventions concrètes visant à diagnostiquer, traiter ou soulager. *Le soin* désigne quant à

⁷ Cette phrase célèbre prononcée par Winnicott en 1943 lors d'une conférence devant les membres de la British Psychoanalytical Society. Elle renvoie à l'idée qu'un bébé seul ne peut exister sans la relation avec une figure parentale.

⁸ Voir notamment : Walter Hesbeen, *Le soin, une valeur des pratiques soignantes*, Érès, 1997

quant à lui la dimension humaine, relationnelle et symbolique de la rencontre entre soignant et soigné. Il implique de la présence, attention, écoute et considération de l'autre comme une personne singulière. Or, on peut très bien faire *des soins* sans prendre soin, autrement dit accomplir des gestes techniques sans y intégrer cette présence humaine. C'est ce que l'on pourrait appeler une *technique sans humanité*.

La mort du consentement consisterait précisément à le réduire à un choix binaire pour une intervention isolée : un *oui* ou un *non*, éventuellement confirmé une seconde fois, sans tenir compte de la relation à l'autre, sans présence et sans *soin*. Un consentement purement formel perd tout sens lorsqu'il est dissocié de la relation soignante. Par ailleurs, il convient de souligner que le contexte politico-économique actuel n'est pas favorable à cette posture. Le système de rémunération des professionnels couvre essentiellement les soins techniques, mais pas le soin en tant que présence et accompagnement. Être là pour l'autre, écouter, soutenir, cela n'entre pas dans les codes INAMI. Pourtant, lorsque les soins sont faits sans soin, il y a perte de sens, tant pour le patient que pour le professionnel. Cette perte de sens a également des conséquences subjectives importantes : maltraitance, burn-out, épuisement. L'enjeu n'est donc pas seulement individuel, mais organisationnel. Le système de santé, centré sur l'efficacité et la mesure, tend à ignorer l'énergie vitale qui circule dans la relation de soin.

III.b Le triple soin

S'inspirant des réflexions du philosophe français Paul Ricœur⁹, Michel Dupuis nous invite à penser le soin comme une réalité stratifiée de trois dimensions :

1. **Le soin de soi** : il renvoie à l'estime de soi, à la reconnaissance de sa propre valeur et de ses limites. Il suppose aussi de faire face au sentiment d'imposture, à la fatigue, au doute, et d'entretenir une attention bienveillante envers soi-même pour pouvoir demeurer disponible pour autrui.
2. **Le soin d'autrui** : il s'exprime dans la *sollicitude*, dans la présence réelle à l'autre, dans l'écoute et la disponibilité. C'est le cœur de la relation soignant-soigné, fondée sur la confiance et la reconnaissance mutuelle.
3. **Le soin des autres** : il dépasse la relation duelle pour inclure la *dimension collective et éthique du soin*. L'autre en face de moi représente toute l'humanité (comme le suggère Emmanuel Levinas) mais il y a aussi les autres : les autres patients, les collègues, la communauté. Le soin suppose parfois un arbitrage entre la sollicitude individuelle et la justice collective.

Ainsi, le soin doit être triple pour être pleinement éthique. Dans le cadre particulier du consentement, l'analyse peut se concentrer sur l'une ou l'autre de ces trois strates du soin, selon le moment ou la situation. On peut, par exemple, choisir de mettre l'accent sur le soin de soi face à un refus. On peut alors s'interroger :

- *Comment je me sens ? Suis-je blessé ?*
- *Est-ce que ce refus remet en cause ma légitimité professionnelle ?*

⁹ P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Le seuil 1990

- Ai-je vraiment les moyens de mes prétentions ?
- Suis-je en risque d'épuisement ou de burn-out ?
- Ai-je besoin de laisser de la place à la source, c'est-à-dire à un moment de ressourcement personnel ?

Ce questionnement n'est pas seulement vital pour soi-même : il l'est aussi pour autrui. Car un soignant qui s'épuise ou qui se nie lui-même devient dangereux pour *l'autre qui dépend de lui*.

III.c Quelques balises éthiques

La seconde partie de la matinée a été l'occasion de situer quelques repères éthiques pour mieux penser la question du consentement. Une balise, comme le rappelle Michel Dupuis, sert à indiquer un chemin et non à s'asseoir dessus. Il s'agit de repères pour orienter la réflexion.

Notre intervenant a choisi de développer quelques principes de bioéthique¹⁰ : les quatre premiers étant les principes fondateurs de Beauchamp et Childress et les suivants permettant de mieux tenir compte de la complexité du soin contemporain.

- ▶ **Autonomie** : Ce principe renvoie au respect de la volonté, de la compétence et de l'*autodétermination* de la personne. Il fonde le droit au consentement ou au refus de soin.
- ▶ **Non-malfaisance** : Ce principe remonte à Hippocrate « d'abord, ne pas nuire ». Il limite l'acharnement thérapeutique et reconnaît la *violence inhérente au soin* (par exemple, une immobilisation nécessaire pour soigner).
- ▶ **Bienfaisance** : Ce principe renvoie à l'action qui vise le bien du patient ou de ses proches, en évaluant la *proportionnalité* des bénéfices et des risques. La compréhension d'un refus de consentement peut parfois s'inscrire dans cette logique de proportionnalité.
- ▶ **Justice** : Ce principe s'entend selon deux versants : l'*égalité* (même part pour tous) et l'*équité* (part proportionnelle aux besoins). Il invite à penser la répartition juste des ressources, notamment en contexte de pénurie.
- ▶ **Vulnérabilité** : Ce principe invite à la *reconnaissance de l'asymétrie essentielle* de la relation de soins. Une éthique du consentement doit tenir compte des facteurs de déséquilibre dans la relation soignant-soigné.
- ▶ **Force de sens** : Ce principe incite à l'accueil le sentiment d'*absurdité* qui peut émerger dans certaines situations, qu'il soit vécu par le patient, les proches ou les soignants. Il ne faut pas craindre la recherche de sources de sens (spirituelles, esthétiques, éthiques).
- ▶ **Discernement** : Ce principe vise la reconnaissance de reconnaître l'*ambivalence humaine*, soit la difficulté à distinguer les demandes explicites des implicites.

¹⁰ P Beauchamp, Tom L., & Childress, James F. (1979). Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press.

- ▶ **Sincérité** : Ce principe se réfère au besoin d'authenticité de la relation de soins. Comme le dit un proverbe chinois « *Si tu veux gagner la guerre, sois authentique* ». La reconnaissance des limites passe par la sincérité.
- ▶ **Évolutivité** : Ce principe évoque le changement perpétuel des personnes et du monde. Il incite à *inventer et innover* plutôt que de s'enfermer dans les « vieilles recettes ».
- ▶ **Détachement** : Ce principe renvoie à l'équilibre de l'engagement humain. Il s'agit d'accompagner avec *juste proximité*, sans abandonner, ni s'accrocher. Le détachement s'avère précieux pour penser le refus de soins.
- ▶ **Sens de la situation** : Ce principe fait référence à Aristote et à la *phronèsis* (prudence pratique), soit la capacité à « sentir » la bonne action à poser selon le contexte. L'*intuition clinique* en est une forme, fondée sur une intelligence sensible, inscrite jusque dans notre paléocortex.
- ▶ **Efficiencia** : Ce principe conjugue les exigences *evidence-based, ethics-based, humanity-based, effectivity-based, et cost-based...* La sollicitude ne doit pas devenir un alibi pour le gaspillage, mais s'inscrire dans une *responsabilité partagée des moyens* en lien avec le triple soin de Ricœur.

Au-dessus de tous ces repères, Michel Dupuis place un **méta-principe** : la **singularité**. Chaque rencontre est unique : elle met en présence deux êtres humains singuliers dans une situation particulière. Même si les gestes et les contextes se répètent, aucune situation de soin n'est interchangeable.

IV. EN GUISE DE CONCLUSION

L'éthique, rappelle Michel Dupuis, n'est pas du côté de la paix mais du conflit. Elle naît des tensions entre principes, entre valeurs qui se heurtent dans la réalité concrète du soin. Nous en avons vécu une illustration marquante lors des débats entourant la priorisation des patients lors de la crise sanitaire. Il y avait d'un côté les droits fondamentaux du citoyen-patient (autonomie individuelle, consentement éclairé, droit à l'accès aux soins) et de l'autre les contraintes matérielles (limitation de respirateurs, de lits, d'infirmiers, de médecins). Il a fallu établir des protocoles de priorisation, décider qui aurait accès ou non à certains soins. Ces décisions douloureuses ont révélé la cruauté du monde réel aux ressources limitées alors que nous aspirons à un monde de possible où chacun pourrait être soigné.

De manière plus large, ce séminaire nous a invités à dépasser l'idéal d'un principe de bioéthique - l'autonomie - fondateur du droit au consentement, pour redécouvrir **l'interdépendance humaine**. Penser le consentement à travers le prisme de la singularité et de l'autonomie relationnelle permet d'enrichir l'approche de la relation de soin, à envisager selon sa triple dimension -soin à soi-même, soin à autrui et soin aux autres-. Le recours aux balises éthiques permet d'intégrer la complexité humaine, marquée par son ambivalence, sa vulnérabilité et sa finitude. La prochaine partie de ce séminaire ouvrira la réflexion sur les *enjeux de la communication* et de la *confiance*, en vue de préciser les contours d'une *éthique raisonnable du non*.

V. POUR ALLER PLUS LOIN

Z. Bauman, *La Vie liquide*. Paris : Pluriel 2006

T.L. Beauchamp & J. F. Childress, *Les Principes de l'éthique biomédicale*, Paris : Les Belles Lettres, 2008

P. Corcuff, *La société de verre : Pour une éthique de la fragilité*, Armand Colin, 2002

A. Dutier & M. Jean, *Les refus de soins : Éthique et clinique*. Paris : L'Harmattan, 2023

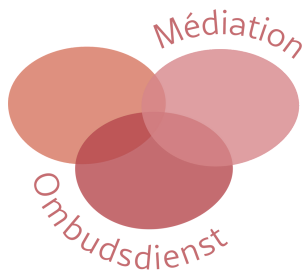
W. Hesbeen, *Le soin, une valeur des pratiques soignantes*, Érès, 1997

W. Hesbeen, (Dir.), *Face au refus d'aide et de soins : Penser en équipe le positionnement éthique* ouvrage collectif Paris : Éditions Seli Arslan, 2023.

E. Husserl, *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*. Paris : Gallimard, 1990

P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Le seuil 1990

Cycle de séminaires en Santé Mentale



Le Cycle de séminaires est une initiative du service de médiation de la Plateforme Bruxelloise pour la santé mentale. Les thématiques choisies reflètent les enjeux liés à l'articulation entre les notions socio-politico-juridiques et les pratiques d'aide et de soins en santé mentale. L'objectif est de nourrir la réflexion éthique et déontologique en offrant un espace d'information et d'échange ouvert à toute personne intéressée.

PRÉCÉDENTES SESSIONS

La pratique du secret professionnel, entre théorie et clinique, par Claire Rommelaere

Faire le bien d'autrui avec ou malgré lui : tensions et paradoxes de l'autonomie en santé mentale,
par Nicolas Marquis

Des repères dans l'impasse : Questions autour de l'administration de biens et de la personne,
par Damien Dupuis et Christian Marchal (en collaboration avec L'Autre Lieu)

Le travail des familles dans la prise en charge des troubles psychiques :
Quels enjeux derrière la demande de soutien des proches ?, par Antoine Printz

De la mise en observation à la mesure de protection :
Que prévoit la nouvelle loi de privation de liberté en vue des soins ?,
par Gérald Deschietere et Donatien Macquet

Penser les soins en réseau : quels repères éthiques pour la concertation autour du patient ?
par Marianne Jeanty et Marie-Françoise Meurisse (en collaboration avec la plate-forme luxembourgeoise),
Article relatif aux apports de la pensée habermassienne dans les soins en réseau co-rédigé par O. Boughir
et H. Laghmiche

Je crois que je suis possédé par un djinn
par Yasmina Bellen (en collaboration avec Similes Brussel),
Article "**L'interculturalité en santé mentale**" co-rédigé par O. Boughir et H. Laghmiche

Philosopher dans les soins, par Jérôme Bouvy

PERSONNE DE CONTACT

Hajar laghmiche
h.l@mediatio.be