

LA SOBRIÉTÉ EN SANTÉ : JUSQU'OU TRAITER ?



ÉTATS
GÉNÉRAUX
DE LA
BIOÉTHIQUE

SCIENCE • SANTÉ • SOLIDARITÉS



EREGE

Espace de Réflexion Éthique Grand Est
Site d'appui alsacien

Février 2026

Éléments de réflexion sur le thème proposé par le comité consultatif national d'éthique (CCNE) dans le cadre des états généraux de la bioéthique 2026

LA SOBRIÉTÉ

La sobriété c'est la frugalité, la tempérance, la mesure, le contrôle, la réserve notamment lors d'un usage, d'une consommation.

Le terme sobriété peut résonner de prime abord avec l'idée de la restriction, de l'austérité, voire de la privation. Pourtant la sobriété, idée développée par les penseurs depuis l'Antiquité jusqu'à notre époque, promeut un mode de vie simple, raisonné, sans être pour autant privatif et austère.

Ce souci de se recentrer sur l'essentiel, de faire émerger de nouveaux paradigmes pour les choix individuels et le vivre ensemble, a rejilli dans le discours public en vis-à-vis de la lutte contre le réchauffement climatique « *La sobriété un incontournable de la transition écologique* »¹ et de la prise en compte de la limitation de la croissance économique.

Le concept de sobriété est aujourd'hui en effet largement utilisé comme levier pour changer les comportements individuels et collectifs vers davantage de tempérance, de modération mais aussi pour inciter à de nouveaux comportements, modifier les normes de consommation que l'on souhaite centrées sur l'utile et le bon-produit (circuit court, agriculture biologique, mobilité douce par exemple).

Appliquer le terme de sobriété au domaine de la santé en général et de la médecine en particulier relève du même axiome : encourager, modéliser, modifier les comportements, les habitudes pour une consommation, une utilisation, moins vorace en ressources mais aussi plus compatible avec les problématiques environnementales et économiques contemporaines.

→ **La sobriété consiste à questionner le mode de consommation pour satisfaire les besoins tout en limitant les impacts.**

→ **La sobriété en médecine interroge la pertinence des soins, l'équilibre entre bénéfice individuel et intérêt collectif, et la manière d'utiliser les ressources de santé de façon juste et responsable.**²

¹ <https://infos.ademe.fr/lettre-international-juin-2022/sobriete-un-incontournable-de-la-transition-ecologique/>

² CCNE

LA SOCIÉTÉ EST-ELLE DEVENUE IVRE DE SANTÉ ? EST-ELLE EN ÉTAT D'ÉBRIÉTÉ ? AU POINT DE NE PLUS MAÎTRISER L'UTILISATION DE SES RESSOURCES ?

2

Une **amélioration des conditions sanitaires de la population française et de sa santé** depuis le milieu des années cinquante. Les innovations scientifiques et technologiques permettent une meilleure réponse thérapeutique aux maladies, une prophylaxie efficace (vaccination et dépistage), une meilleure prise en charge globale des personnes, un allongement de l'espérance de vie à la naissance (79,2 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes en 2020 soit plus 6 ans pour les hommes depuis 1950 et 10 ans pour les femmes).³

Le système de santé repose sur la solidarité nationale, dont le système dit de sécurité sociale organise un mode de financement par répartition. Ce système est alimenté à hauteur de 56,4% par les cotisations sociales et patronales, 20,4 % par la contribution sociale généralisée (CSG), 17,7% par des contributions sociales diverses comme des taxes (sur le tabac, sur les produits pétroliers...) ⁴. Il s'agit d'un système qui est financé par la société pour cette même société. Cette solidarité nationale est un bien commun qui garantit le droit à la protection de la santé⁵ et un accès juste à des soins de qualité pour tous. La prise en charge des frais de soin est réalisée à hauteur des besoins de la personne et non en fonction de sa contribution financière, ou de ses ressources. 13.8 millions de personnes sont aujourd'hui en ALD, leur frais de santé sont intégralement pris en charge.

L'organisation du système de santé en France repose sur la solidarité nationale, il permet une couverture universelle et l'égalité dans l'accès à des soins de qualité.

Il s'agit d'un bien commun à préserver qui repose sur les principes de fraternité et d'égalité.

Les dépenses de santé s'élèvent en 2024 à 333 milliards d'euros, soit 11,4 % du PIB⁶ : soins hospitaliers publics et privés, soins ambulatoires dont les actes d'analyse et le transport sanitaire par exemple, les biens et dispositifs médicaux, les soins de longue durée, la prévention... La croissance du PIB, c'est-à-dire la richesse globale produite en France n'excède pas les 1.5% annuel depuis 2001. On parle d'un contexte de « fin d'abondance » avec une masse de ressources constante. Les dépenses, les innovations thérapeutiques, les politiques de santé publique ne peuvent ignorer ce contexte et se poser la question de la soutenabilité financière du système. Soutenabilité financière qui est aussi à envisager dans un contexte international de concurrence en terme de production de thérapeutiques, d'équipements

³ <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/>

⁴ <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2025/Chiffres-cles-DSS-2024-ed25.pdf>

⁵ Alinéa 11 du préambule de la Constitution française

⁶ https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-12/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202024_v17%20complet.pdf

médicaux, d'innovations scientifiques et médicales et donc de régulation des prix. La dépendance de la santé française aux marchés internationaux interroge aussi la possibilité de recouvrer une forme de souveraineté en santé qui nécessite des investissements en recherche et en infrastructures.

L'impact environnemental de la santé est une problématique importante puisque le secteur participe à hauteur de 8% à l'empreinte carbone de la France dont 50% sont liés à l'achat de médicament et de dispositifs médicaux⁷. D'autres éléments doivent être pris en compte qui ont des effets délétères sur l'environnement : production de déchets hospitaliers à usage unique, stockage des données de santé, radiologie, antibiorésistance, pollution des eaux ou des sols par des antibiotiques (rejets d'eaux usées traitées et épandages de boues des stations d'épuration et d'effluents d'élevage)⁸. L'innovation en santé se doit aujourd'hui d'intégrer la question de sa responsabilité environnementale.

Le secteur de la santé est **un secteur économique à part entière** aux acteurs multiples et pluriels. Il est hybride et compte à la fois des acteurs privés (cliniques, entreprises pharmaceutiques, laboratoires de recherche, médecine libérale, promoteurs, associations...), et des acteurs publics (hôpitaux, communes, universités, formation, ARS...), des investissements publics et privés aux intérêts et modalités de fonctionnement divergents. La financiarisation des établissements de santé (T2A : tarification à l'activité) infléchit largement les pratiques de soin conduisant certains établissements à offrir exclusivement des actes rentables.

Le soin est devenu **un bien de consommation**⁹ entraînant parfois des comportements abusifs, des pratiques médicales dévoyées et des pratiques commerciales agressives.

La **surmédicalisation** croise à la fois une pratique clinique qui a une propension à prescrire (médicaments et actes) pour rassurer les patients et celle des patients qui attendent à travers la prescription une reconnaissance de leurs maux, une réponse à leur souffrance, et parfois à un mal être. Cette tendance peut déboucher sur la délivrance de médicaments peu voire pas utiles ou bien la multiplication d'actes par exemple d'imagerie ou d'analyses biochimiques. Elle peut aussi comporter des risques iatrogènes (troubles ou maladies provoqués par un acte médical ou par les médicaments), des mésusages de prescription et du gaspillage. Le secteur du soin semble aussi traversé par un phénomène dit « **d'extra médicalisation** » qui répond davantage à une aspiration sociétale, qui intègre le champ du bien-être social et du confort et parfois vise à compenser un vécu social.

La démographie médicale montre par ailleurs une tendance à l'hyperspécialisation des praticiens qui contrarie la prise en charge globale des patients notamment porteurs de polyopathologies, et qui plus est, reste largement centrée autour des pôles urbains et

⁷ <https://theshiftproject.org/thematiques/sante/>

⁸ <https://www.anses.fr/>

⁹ Académie nationale de médecine, La sobriété dans le soin, 9 décembre 2025

universitaires. Ce constat croise celui de la mauvaise couverture du territoire en praticiens de proximité (déserts médicaux).

La place du patient dans le soin a évolué depuis les lois Kouchner de 2002 sur *les droits des malades et la qualité du système de santé*. Le recentrage du parcours de soin autour de l'individu acteur à part entière de sa santé et donc participant aux décisions de santé le concernant a participé au développement d'une approche plus individualiste de la santé. La massification de l'accès aux soins a également conduit à faire de la santé un secteur de consommation. L'information scientifique et médicale qui circule facilement via des sites spécialisés, les réseaux sociaux et l'information grand public, livre des éléments qui peuvent influencer une « demande » de soins, la prescription de certains médicaments ou la demande de certains examens, entraînant aussi parfois aussi leur mésusage. La notion de capital santé a envahi les espaces de prévention, un capital dont chacun est individuellement responsable, oubliant parfois aussi que ce « capital individuel » est inséré dans un système de dépendances et de contraintes plus vastes (écologiques et économiques) qui implique la décision politique et la solidarité.

Soigner a changé aussi de visage. Dans de très nombreuses situations, comme les maladies chroniques, les polyopathologies, les maladies neuro-évolutives, la médecine ne soigne pas. Elle accompagne, prend en soin, elle permet de vivre avec une maladie ou un handicap, elle soulage les symptômes, elle améliore la qualité de vie. La médecine ne peut plus être à vocation uniquement curative (soigner une maladie), elle doit se penser comme une médecine de l'incurable qui prend en soin, qui accompagne des patients porteurs de maladies chroniques (13 millions de personnes en ALD en France¹⁰). Cette évolution nécessite de repenser les parcours de soin, mais aussi l'organisation de l'accueil des personnes concernées et la formation de tous les professionnels.

¹⁰ ALD = affection de longue durée

DANS CE CONTEXTE PARLER DE SOBRIÉTÉ C'EST QUOI ?

PARLER DE SOBRIÉTÉ DANS LES SOINS AVEC TACT ET JUSTESSE ?

POSER LES PRINCIPES ET DISCUTER DES TENSIONS

5

- Peut-on de parler de sobriété en santé quand on sait que certaines personnes n'ont pas, ou ont un accès dégradé aux soins (personnes handicapées¹¹, isolement territorial¹² ; personnes sans domicile fixe, migrants...). Il existe un risque d'incompréhension autour de ce terme qui pourrait faire craindre une remise en cause du contrat social actuel et alarmer notamment les personnes les plus précaires, les plus éloignées du soin, culpabiliser certains citoyens, voire entraîner le renoncement aux soins de certains d'entre eux, conduire à une notion de privilège
- Comment échapper à l'idée que certains soins sont considérés comme superflus
- Comment échapper à l'idée que la sobriété pourrait devenir une perte de chance pour certains ?
- Comment échapper à la crainte de ne plus avoir un accès aux soins en fonction d'un besoin mais en partant de tout autre critère ?
- Comment articuler sobriété (implicitement un contrôle, une tempérance dans le soin) avec le juste et le bon soin ?
- Comment articuler sobriété avec égalité d'accès aux soins ?
- Comment articuler sobriété avec gratuité ?
- Comment concilier sobriété avec
 - accès de tous à des soins de qualité
 - arrivée de médicaments et de biotechnologies onéreuses mais efficaces
 - arrivée de thérapeutiques onéreuses attendues par les patients
- Comment concilier sobriété avec la garantie du meilleur soin possible ?

¹¹<https://www.handidactique.org/charte-romain-jacob/barometre-handifaction/> - Le baromètre Handifaction mesure l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap

¹² <https://www.data.gouv.fr/reuses/carte-des-deserts-medicaux-en-france-le-nouveau-pacte-gouvernemental>

QUELLES QUESTIONS PEUVENT ÊTRE POSÉES DANS CE DEBAT ?

- Que peut être un comportement collectif et individuel sobre en santé ?
- Sur quelles valeurs reposerait-il ?
- Quelles valeurs sont incontournables dans et pour la société ?
- Quelles valeurs sont incontournables pour les individus ?
- Quelles valeurs seraient à privilégier ?
- Quels leviers sont actionnables ?
- Quelles limites peuvent être posées ?
- Quels choix seraient à faire ?
- Comment faire ces choix ?
- Quelles sont les responsabilités et les périmètres de responsabilité (institutionnelles, individuelles, collective, professionnelles) ?
- Sur quoi repose la pertinence d'un soin ?
- Sur quoi repose l'efficacité d'un traitement ?
- Comment concilier économie de marché et intérêt général ?
- Le soin peut-il être considéré comme un bien de consommation comme un autre ?
- Quelles sont les particularités du secteur du soin ?

6

- Tension entre sobriété et existence/persistence d'inégalités d'accès aux soins
- Tension entre spécialités des soins et proximité/accessibilité des soins
- Tension entre qualité des soins et proximité/accessibilité de soins
- Tension entre juste soin et meilleur soin possible
- Tension entre espérance légitime des patients et coût économique (prix et choix de dépense)
- Tension entre intérêt personnel et responsabilité collective
- Tension entre bien commun et intérêt particulier

Quelques questions

- Quels principes en santé sont incontournables selon vous ?
- Le prix élevé voire très élevé de certaines thérapies ou médicaments peut-il justifier qu'on ne les utilise pas ?
- Dispenser un juste soin à tous, vous fait-il craindre une baisse de leur qualité ?
- Comment allouer des ressources rares (innovations coûteuses, greffes, lits) sans discrimination et avec quelle transparence vis à vis des citoyens ?