

Cycle de
webinaires
(2024-2026)

**ME SOIGNER DEMAIN :
QUI ? OÙ ? COMMENT ?
POURQUOI ?**



EREGE

Espace de Réflexion Éthique Grand Est

*Le document
de synthèse*

www.erege.fr

CYCLE DE WEBINAIRES REGIONAUX :

ME SOIGNER DEMAIN ?

QUI ? OÙ ? COMMENT ? POURQUOI ?

Document de synthèse

Webinaire 1 : La vision du soin par les soignants (09.04.24)	2
Webinaire 2 : Système de santé et accès aux soins :	
Quels enjeux actuels et futurs ? (19.06.24)	13
Webinaire 3 : Accès aux soins des personnes en situation de handicap (01.10.24)	25
Webinaire 4 : Accès aux soins des personnes vulnérables (12.12.24)	33
Webinaire 5 : Penser l'avenir de la psychiatrie (04.03.25)	45
Webinaire 6 : Webinaire conclusif (31.03.26)	53

**WEBINAIRE 1 :
LA VISION DU SOIN PAR LES SOIGNANTS (09.04.24)**

Cycle de webinaires

**ME SOIGNER DEMAIN :
QUI ? OÙ ? COMMENT ?
POURQUOI ?**

**Quelles visions du soin face à
nos enjeux contemporains ?**

**1er webinaire
LA VISION DU SOIN PAR LES SOIGNANTS**

MARDI 9 AVRIL 2024 18H À 20H EN VISIO

Informations + programme
www.erege.fr



2ème webinaire : ACCÈS AUX SOINS

Contacts : aandruchiw@chu-reims.fr
laure.pesch@unistra.fr



EREGE
Espace de Réflexion Éthique Grand Est

SYNTHÈSE D'ÉVÈNEMENT

ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA BIOÉTHIQUE 2026

DESCRIPTIF DE L'ÉVÈNEMENT :

Espace de Réflexion Éthique : Espace de Réflexion Éthique Grand Est (EREGE)

Thème de l'événement : « Me soigner demain : Qui ? Où ? Comment ? Pourquoi ? »

Sous-thème EGB : organisation du système de soins

Type d'événement : Cycle de webinaires

Titre de l'événement : Webinaire 1 : « La vision du soin par les soignants »

Date : 9 avril 2024

Type de public : Tout public

Organisation : Site Champardennais de l'EREGE

Intervenants :

- Introduction : M. Alain Léon, professeur anesthésie-réanimation, ancien directeur de l'EREGE
- Mme Mélaine Vo-Dinh, infirmière cadre supérieur de santé et formatrice
- Mme Géraldine Chevalier, médecin généraliste en milieu rural dans la Marne
- Animation : M. Patrick Karcher, gériatre, directeur du site alsacien de l'EREGE

PROPOS LIMINAIRES :

L'Espace de réflexion éthique Grand Est (EREGE) a pour vocation de susciter et de coordonner les initiatives en matière d'éthique dans les domaines des sciences de la vie et de la santé. Il assure également des missions de formation, de stimulation de la recherche, de documentation et d'information en partenariat avec les structures existantes. Il doit avoir une fonction d'observatoire des pratiques éthiques dans les domaines des sciences de la vie et de la santé, de promotion du débat public et de partage des connaissances dans ces domaines. L'EREGE résulte de la fusion des anciens Espaces de Réflexion Éthique alsacien, champardennais et lorrain, devenus aujourd'hui sites d'appui.

Ce cycle a deux objectifs principaux : dans un premier temps, informer les personnes intéressées sur les dilemmes éthiques que peuvent rencontrer les acteurs du soin sur le terrain, puis, dans un second

temps, réfléchir ensemble à ce que soigner veut dire face aux enjeux actuels et futurs, notamment avec le déploiement du numérique en santé, les usages de la téléconsultation, les difficultés d'accès aux soins, les changements climatiques et environnementaux, etc.

Notre monde contemporain change très vite. Si les réformes successives pourraient laisser transparaître une certaine homogénéité à l'échelle nationale, elles ne doivent pas occulter certaines frictions qui se font sentir à l'échelle locale, micro-locale, inter-individuelle. Comment les personnes concernées sur le terrain vivent-elles le quotidien incarné derrière les réformes nationales ? Comment ne pas oublier ce qui fait sens pour toutes les parties prenantes, à savoir, ce que soigner, prendre soin de l'autre dans une relation toujours spécifique et intersubjective, veut dire ?

Alors, quelle vision du soin face à nos enjeux contemporains ? C'est avec cette première question, posée à des soignants, que l'EREGE vous propose d'entamer ce cycle de webinaires, qui se veut avant tout un cycle de réflexions communes et partagées.

Quelle vision du soin pour demain ? Sommes-nous en plein désenchantement du soin ? Comment exercer sa responsabilité dans des situations inédites pour lesquelles nous n'avons pas été formés ? Comment réagir, confrontés à des limites nouvelles que nous ne maîtrisons pas toujours ? Comment prendre soin face à l'hégémonie d'une approche comptable du soin ? Comment soigner quand il n'y a pas ou plus d'acteurs du soin sur un territoire ? Est-ce encore possible de prendre soin, aujourd'hui, et si oui, comment ? Comment créer, inventer des interstices où le soin est encore possible ?

Voici quelques questions que nous avons choisi de poser à nos deux intervenantes, Mme Chevalier, médecin généraliste en ruralité et Mme Vo-Dinh, infirmière cadre, au cours d'une discussion dynamique avec les membres de l'EREGE.

QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE DÉBAT

Vaut-il mieux être un chat qu'un être humain ?

Le Professeur Alain Léon, anesthésiste réanimateur, a ouvert le débat par une interpellation subjective et troublante : à travers trois récits, il confronte l'auditoire à ce que reçoit effectivement un être humain malade dans notre système. La question est frontale : qu'est-il advenu de l'empathie, du sourire, de l'accueil chaleureux, premiers actes de soin, et premiers sacrifiés ?

Qu'est-ce que le soin ?

Les intervenantes proposent une définition incarnée du soin, ancrée dans l'expérience. Pour Mélaine Vo-Dinh, le soin est avant tout une rencontre singulière : jeune infirmière, elle découvre que la présence, la posture, la qualité du lien constituent le cœur du métier, bien au-delà de la technique, nécessaire, mais insuffisante. Pour le Dr Chevalier, médecin généraliste de campagne, dimension technique et dimension humaine sont indissociables. À ce titre, un bon technicien ne fait donc pas nécessairement un bon soignant. Ce qui définit le soignant, c'est précisément ce qui excède la technique : la capacité à se remettre en question, à aller au-delà de ses propres idéaux, à considérer le patient dans sa singularité. À cet égard, la loi de 2002 a constitué une révolution décisive : d'un bien voulu par le soignant, on est passé à un bien voulu par le soigné.

Comment « bien soigner » quand le système semble l'empêcher ?

Cette intention se heurte pourtant à des obstacles systémiques qui ne relèvent pas de la défaillance individuelle. À l'hôpital, Mélaine Vo-Dinh identifie la tension permanente sur les lits et les effectifs, le manque chronique de temps pour le travail de lien, et une frustration qui s'installe : le sentiment de pouvoir faire mieux sans jamais en avoir les moyens. En médecine libérale, le Dr Chevalier décrit une pression similaire : l'impératif temporel impose des compromis constants entre l'idéal de soin et la nécessité d'accueillir toujours davantage de patients. Ces dilemmes éthiques quotidiens (qui recevoir, qui prioriser, jusqu'où aller ?) banalisés sont rarement reconnus comme tels, et cette érosion par les compromis est peut-être l'une des formes les plus sournoises de souffrance éthique.

« Gérer » remplace-t-il « soigner » ?

Gestion de flux, ratios, polyvalence forcée, absentéisme : les deux intervenantes convergent sur un constat qui dépasse leurs terrains respectifs. Cette intensification du travail impacte la santé des soignants autant que la qualité du soin lui-même. Les cadres, eux aussi, se trouvent pris dans des dilemmes éthiques difficiles : la gestion des plannings occupe désormais environ 80 % de leur temps, les privant de leur fonction première d'accompagnement des équipes.

La polyvalence immédiate, quant à elle, présentée comme une souplesse nécessaire, est en réalité un mythe dangereux : elle produit une définition appauvrie du soin, réduit à sa seule composante technique, dont on a vu qu'elle ne suffit pas.

Que révèle le concept de « patient bloqueur de lit » ?

Ce terme désigne des patients dont la complexité sociale et médicale ralentit les sorties. Son usage révèle en creux une logique gestionnaire du soin : certaines personnes, souvent les plus vulnérables,

sont définies non par leurs besoins, mais par leur coût pour le système. Cette inversion mérite d'être nommée pour ce qu'elle est : une dérive éthique structurelle.

Naît-on soignant ou le devient-on ?

L'évolution du rapport au travail des jeunes médecins est désormais documentée et semble irréversible. Ils privilégient l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, travaillent trois à quatre jours par semaine, refusent les normes de leurs aînés. Il s'agit d'un passage du métier-vocation au métier-profession. Cela ne relève pas d'un défaut moral, mais d'une évolution sociétale profonde que le système doit intégrer plutôt que déplorer. Cette question, posée en fin de débat, reste cependant ouverte, car elle touche à ce que nous attendons fondamentalement de ceux à qui nous confions notre vulnérabilité.

Liste des questions posées dans ce webinaire, incluant celles du public :

Questions posées	Réponses synthétiques apportées
Quelle est votre définition du soin ?	Une « rencontre singulière » qui dépasse la technique pour devenir une expression de l'humanité et un souci de l'autre.
Vaut-il mieux être un chat qu'un être humain ?	Interpellation soulignant que les animaux bénéficient parfois d'un accueil plus empathique et rapide que les humains dans le système actuel.
Quelles sont les limites rencontrées dans le prendre soin ?	À l'hôpital : tension sur les lits et manque de temps. En libéral : oppression temporelle et compromis permanents entre idéal et volume de patients.
Est-ce difficile de laisser sa place au patient ?	Oui, par manque de temps, mais c'est une obligation depuis la loi de 2002 (passage du bien voulu par le soignant au bien voulu par le soigné).
Qui définit le soin actuellement ?	Le système est dominé par une logique comptable et gestionnaire, mais les soignants cherchent des « interstices » de liberté.

Comment former les tuteurs et accompagnants ?	Nécessité d'une formation spécifique aux savoir-être et d'une valorisation institutionnelle de ce temps dédié.
Peut-on parler d'échec du DMP et pourquoi ?	Le Dr Chevalier note une longue inefficacité technique (plus d'une décennie), mais précise qu'il semble enfin fonctionnel et fluide désormais.
Comment être accompagné pour la délégation de tâches ?	Le Dr Chevalier a bénéficié d'un contrat d'aide de l'Assurance Maladie (CPAM) dès 2020 pour financer ses assistants médicaux.
Comment gérer une équipe en télétravail ?	Le télétravail est utile pour l'administratif, mais le cadre doit maintenir une présence physique lors des transmissions notamment
Pourquoi refuser de nouveaux patients ?	Ce n'est pas un manque d'empathie, mais une limite de sécurité : au-delà d'un certain seuil, le médecin devient inefficace, voire dangereux, par fatigue. En outre, vaut-il mieux accepter un nouveau patient et prendre le risque qu'il ne viendra pas, en prenant le risque de ne pas prendre un patient suivi dans le besoin ?
Le refus de soins en EHPAD est-il une réalité ?	Oui parfois, ce qui vient illustrer la tension entre la vocation de « lieu de vie » de l'EHPAD et sa médicalisation contrainte.
Quid des patients handicapés ou précaires ?	Constat difficile : 22 % des personnes handicapées subissent des refus de soins, et la précarité reste une barrière d'accès majeure.
Pourquoi la dérive vers les pseudo-médecines ?	Les délais d'attente (ex. : 9 mois pour la douleur) poussent les patients vulnérables vers des solutions non contrôlées, les transformant en « victimes clientes ».
Internet modifie-t-il le soin ?	Oui, le soignant doit désormais aider le patient à trier l'information pour dénouer les craintes générées par des diagnostics en ligne souvent catastrophiques.
Comment voyez-vous le soin de demain ?	Il doit être plus fluide (logiciels partagés) tout en restant profondément humain pour redonner du sens et fidéliser les équipes.

POINTS DE CONSENSUS

Les intervenant.es s'accordent sur un point fondamental : la technique est nécessaire, mais elle ne définit pas le soin. Ce qui fait le cœur du métier, c'est la rencontre intersubjective : le sourire, la présence, la qualité de l'accueil, premiers actes de soin et premiers révélateurs d'un système qui les rend difficiles dans un système actuel en crise profonde (manque de moyens et de temps, impossibilité croissante de « prendre soin » au-delà de l'acte technique, etc.). En outre, le changement générationnel est irréversible et doit être intégré plutôt que déploré.

Sur ces constats, plusieurs convictions partagées s'articulent, dont la première : on ne soigne pas seul. Ainsi, le travail en équipe et la coordination sont essentiels et doivent être enseignés, valorisés, financés, pas seulement supposés. Ensuite, la question de la confiance reste la ressource fondamentale de la relation de soin. Enfin, l'intentionnalité du soignant est importante à préserver, elle est cette exigence intérieure de se demander « ai-je fait de mon mieux ? », cette question constituant la boussole éthique minimale que le système ne peut pas confisquer, même quand il contraint tout le reste.

POINTS DE TENSIONS/DIVERGENCES

Plusieurs points de tension ont traversé le débat sans trouver de réponse tranchée, ce qui est précisément leur intérêt dans le cadre de ce travail. La tension entre l'autonomie du patient et les situations d'urgence où le soignant doit agir sans pouvoir attendre reste une question vive. La délégation de tâches suscite également un désaccord de fond : s'agit-il d'une optimisation vertueuse ou du palliatif d'un système défaillant qui ne veut pas se réformer vraiment ? Jusqu'où doit aller la polyvalence des soignants, et faut-il reformer les cadres à la clinique pour qu'ils ne perdent pas le lien avec le soin ? La gestion managériale de l'hôpital interroge plus largement le modèle de gouvernance que nous voulons.

Enfin, la situation des patients sans médecin traitant pose une question de justice que personne n'a su résoudre : qui doit les prendre en charge, et au détriment de qui ? À l'ère d'Internet, l'asymétrie d'information entre soignant et soigné s'est transformée sans disparaître, ouvrant de nouvelles frictions. Le rôle des Infirmiers de pratique avancée reste débattu.

FORMATION

La formation initiale doit être repensée en profondeur. Enseigner la communication relationnelle, former au travail en équipe et à la collaboration interprofessionnelle, développer l'analyse de pratique et l'intelligence émotionnelle : ces dimensions ne sont pas des compléments au cursus technique, elles en sont la condition. Repenser également le recrutement initial en valorisant l'empathie et l'écoute. Cela suppose aussi que la formation des tuteurs et maîtres de stage devienne obligatoire et réellement valorisée, faute de quoi la transmission elle-même reproduit les manques.

ORGANISATION

L'organisation du travail doit libérer les soignants pour qu'ils puissent soigner. Cela passe par la délégation des tâches administratives à des assistants médicaux, par la sortie des cadres de la gestion de planning chronophage pour les recentrer sur l'accompagnement des équipes, par la préservation des espaces de parole (transmissions, réunions pluridisciplinaires, concertations éthiques) que la pression du flux tend à faire disparaître en premier.

Par ailleurs, prendre soin de ceux qui prennent soin ne doit pas rester une sorte de slogan : c'est une condition de la qualité du soin. Reconnaître explicitement la difficulté émotionnelle et intellectuelle du métier, généraliser les espaces de supervision et d'analyse de pratique semble essentiel pour permettre à un soignant de durer sans se perdre.

Enfin, au-delà des ajustements organisationnels, c'est un débat politique qui s'impose : celui des moyens réellement alloués au système de santé. Sortir du tout paiement à l'acte pour valoriser la prévention et la coordination, créer un système universel de partage d'informations, maintenir des capacités d'absorption suffisantes, tout cela suppose des choix que les aménagements techniques ne peuvent pas remplacer.

Et dans l'attente de ces choix, maintenir des espaces d'humanité dans les interstices du système, et garder un regard d'espoir sur ce qui reste possible.

SYNTHÈSE DE L'ÉVÉNEMENT

Ce premier webinaire révèle une tension constitutive du soin contemporain. Le soin authentique existe encore, porté par des professionnels qui n'ont pas renoncé à faire de leur métier une expression agissante de leur humanité. Il se manifeste dans la relation, dans le sourire, dans le moment où le soignant voit vraiment le patient. Mais ce soin est asphyxié par un système en crise qui contraint les soignants à « faire des soins » là où ils voudraient « prendre soin ».

L'interpellation initiale du Pr Léon (vaut-il mieux être un chat qu'un être humain malade ?) n'était pas anodine. Elle révèle en effet une tension éthique majeure : les qualités premières du soin sont précisément celles que le système rend les plus difficiles à exercer. Cette contradiction est le nœud du problème, et elle ne se résoudra pas par des ajustements organisationnels seuls. Elle exige une décision politique sur le type de soin que nous voulons collectivement garantir, et, avant cela, un débat public sur ce que nous sommes prêts à y consacrer.

Mme Vo-Dinh et le Dr Chevalier, venues de terrains très différents, convergent sur l'essentiel. L'une, depuis l'hôpital et la formation, défend la distinction fondamentale entre faire des soins et prendre soin, et dénonce une logique gestionnaire qui réduit peu à peu le second au premier. L'autre, depuis la médecine libérale en territoire rural, incarne la même exigence dans un contexte de pénurie et de compromis quotidiens, et montre qu'il est possible de faire preuve de créativité et d'inventer des solutions (la délégation de tâches, le travail en équipe, etc.) sans attendre que le système se réforme. Ce que leurs témoignages partagent, au fond, c'est la conviction que le soin n'est pas tant une technique à optimiser qu'une relation à protéger : fragile, exigeante, irréductible à ce que les indicateurs peuvent en mesurer.

BIBLIOGRAPHIE

- Site internet : <https://www.erege.fr/>
- Calaméo publications : <https://www.calameo.com/accounts/7457139>
- Newsletter « Échos Éthiques » : <https://echos-ethiques.erege.fr/>

Les propositions des références qui vont suivre (livres, films, rapports) permettent d'aller plus loin dans la réflexion. Si certains avis, certaines positions sont exprimés, elles ne relèvent pas d'un

positionnement éventuel de l'EREGE, tenu à la certaine neutralité, cependant, elles viennent alimenter les termes d'un débat très complexe sur des sujets souvent difficiles, qui comportent des problèmes éthiques importants.

Bibliographie Sélective :

- BRUGERE Fabienne, *Éthique du Care*, Paris, PUF, coll. « Que-sais-Je ? », 2021.
- FLEURY Cynthia, *Le soin est un humanisme*, Paris, Gallimard, coll. « Tracts », n° 6, 2019.
- HESBEEN Walter, « Les soignants, les soins, le soin » in ARSLAN Séli, *Les soignants. L'écriture, la recherche la formation*, éditions Seli Arslan, 2012.
- LE DÛ Maï, *Toucher pour soigner*, Toulouse, ERES, 2022.
- LEVINAS Emmanuel, *Ethique et Infini. Dialogues avec Philippe Nemo*, Paris, Fayard, coll. « L'Espace intérieur », 1982.
- MERKLING Jacky, *Les fondements de la relation de soin. Savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*, éditions Seli Arslan, 2017.
- MOL Annemarie, *Ce que soigner veut dire : Les patients, la vie quotidienne et les limites du choix*. Nouvelle édition [en ligne]. Paris : Presses des Mines, 2009. Disponible sur : <https://books.openedition.org/pressesmines/1562>.
- PAQUET Mario, *Prendre Soin À Domicile. Une Question De Liens Entre Humains*, les Presses de l'Université Laval, 2014.
- SVANDRA Philippe, *Éloge du soin — Une éthique au cœur de la vie. Sources philosophiques, pratique et conditions de l'engagement soignant*, éditions Seli Arslan, coll. « Perspective soignante », 2009.
- VANDEWALLE Bernard & LOMBARD Jean, *Philosophie et soin*, éditions Seli Arslan, 2009.
- WINCKLER Martin, *Le cœur des femmes*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 2017.
- ZIELINSKI Agata, « La vulnérabilité dans la relation de soin. “Fonds commun d'humanité” », *Cahiers philosophiques*, 2011/2 (n° 125), p. 89-106. URL : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-philosophiques1-2011-2-page-89.htm>.

Filmographie Sélective :

- *Hippocrate*, de Thomas Lilti, 2014.
- *Sage-Homme*, de Jennifer Devoldere, 2023.
- *Mme Hofman*, de Sébastien Lifshitz, 2024.

Rapports et textes de loi

- Avis 140 CCNE : *Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise*. <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-140-repenser-le-systeme-de-soins-sur-un-fondement-ethique-lecons-de-la-crise>.
- Avis 137 CCNE : *Éthique et santé publique*. <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-137-ethique-et-sante-publique>.

Podcasts

- « Prendre soin », série en 5 épisodes sur France Culture :
<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-prendre-soin>.
- « Baptiste Beaulieu, Prendre soin », 2 épisodes sur Binge Audio :
<https://www.binge.audio/podcast/camille/baptiste-beaulieu-prendre-soin-2>.
- « L'hôpital du futur », une dizaine d'épisodes sur Spotify :
<https://open.spotify.com/show/3PY9gGNAiNfcUh3k7QXPR5>.

**Synthèse élaborée par Amandine Andruchiw
pour le site d'appui Champardennais de l'EREGE**

**WEBINAIRE 2 : SYSTEME DE SANTE ET ACCES AUX SOINS : QUELS
ENJEUX ACTUELS ET FUTURS ? (19.06.24)**

Cycle de webinaires

**ME SOIGNER DEMAIN :
QUI ? OÙ ? COMMENT ?
POURQUOI ?**

**Quelles visions du soin face à
nos enjeux contemporains ?**

**2ème webinaire
SYSTÈME DE SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS :
QUELS ENJEUX ACTUELS ET FUTURS ?**

MERCREDI 19 JUIN 2024 18H À 20H EN VISIO

Informations + programme
www.erege.fr



Contacts : aandruchiw@chu-reims.fr
laure.pesch@unistra.fr



EREGE
Espace de Réflexion Éthique Grand Est

SYNTHÈSE D'ÉVÈNEMENT

ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA BIOÉTHIQUE 2026

DESCRIPTIF DE L'ÉVÈNEMENT :

Espace de Réflexion Éthique : Espace de Réflexion Éthique Grand Est (EREGE)

Thème de l'événement : « Me soigner demain : Qui ? Où ? Comment ? Pourquoi ? »

Sous-thème EGB : organisation du système de soins

Type d'événement : Cycle de webinaires

Titre de l'événement : Webinaire 2 : « Système de santé et accès aux soins : quels enjeux actuels et futurs ? »

Date : 19 juin 2024

Type de public : Tout public

Organisation : Site Champardennais de l'EREGE

Intervenants :

- Introduction : M. Alain Léon, professeur anesthésiste-réanimateur, ancien directeur de l'EREGE
- M. Olivier Debarge, professeur de droit pharmaceutique URCA, membre du CO du site d'appui champardennais de l'EREGE : « L'accès aux soins : un enjeu complexe aux nombreux paramètres ».
- M. Maxime Thorigny, Maître de conférences en économie de la santé, URCA : « Est-ce que le système de santé contemporain est adapté aux défis actuels ? »
- M. François-Xavier Schweyer, professeur de sociologie à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) : « Système de santé et accès aux soins : le projet démocratique de solidarité en tension »
- Animation : M. Gérard Audibert, anesthésiste-réanimateur, directeur du site lorrain de l'EREGE

PROPOS LIMINAIRES :

L'Espace de réflexion éthique Grand Est (EREGE) a pour vocation de susciter et de coordonner les initiatives en matière d'éthique dans les domaines des sciences de la vie et de la santé. Il assure également des missions de formation, de stimulation de la recherche, de documentation et d'information en partenariat avec les structures existantes. Il doit avoir une fonction d'observatoire

des pratiques éthiques dans les domaines des sciences de la vie et de la santé, de promotion du débat public et de partage des connaissances dans ces domaines. L'EREGE résulte de la fusion des anciens Espaces de Réflexion Ethique alsacien, champardennais et lorrain, devenus aujourd'hui sites d'appui.

Ce deuxième webinaire du cycle « Qui va me soigner demain : Qui ? Où ? Comment ? Pourquoi ? » prolonge le premier en élargissant la focale : après le regard des soignants sur leur pratique, il s'agit d'analyser le système lui-même — ses fondements historiques, ses contradictions structurelles, ses réformes en cours. Le constat de départ est sans appel : notre système de santé traverse une crise profonde, économique et humaine, que la pandémie de COVID-19 a considérablement aggravée sans en être la cause. En effet, le système de santé français s'appuie sur différents types de structures (sanitaires, médico-sociales, ambulatoires), et implique de multiples acteurs (usagers, soignants, financeurs, institutions publiques, établissements privés, etc.) afin de prendre soin et d'améliorer la santé de la population.

Depuis quelque temps, le constat est sans appel : ce système va mal, entre pénurie annoncée des moyens financiers et pénurie réelle des moyens humains dans un modèle économique qui favorise davantage les actes techniques que la relation de soin, les pathologies que la personne dans sa globalité. Ce qui fait sens pour les individus semble se perdre au profit de désillusions partagées et de souffrances éthiques.

Face à une société qui change rapidement et en profondeur (majoration des vulnérabilités sociales, prédominance des pathologies chroniques, vieillissement de la population, rapport au travail bouleversé, irruption du numérique et de l'intelligence artificielle en santé, etc.),

Comment peut s'adapter notre système de santé afin de garantir l'accès aux soins ?

Quelle a été la genèse de notre système de santé ? Son fonctionnement ? Ses spécificités ?

Quels sont ses points forts et ses points faibles ?

Quelles réalités, quelles tendances se dessinent ? Quels espoirs ?

Autant de questions que nous aborderons avec nos intervenants au cours de ce deuxième webinaire du cycle « Me soigner demain : Qui ? Où ? Comment ? Pourquoi ? »

QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE DÉBAT

Certains problèmes traversent-ils les siècles sans être résolus ?

Le Professeur Léon a ouvert le débat par une mise en perspective historique saisissante : les pièces de Molière consacrées à la médecine et abordant le charlatanisme, les pénuries, les inégalités d'accès, résonnent étrangement avec notre époque. Ce n'est pas une coïncidence ni une curiosité anecdotique : c'est la révélation d'une contradiction structurelle jamais véritablement résolue. Certains problèmes fondamentaux traversent les siècles parce qu'ils relèvent de tensions que nos sociétés n'ont pas encore décidé de trancher.

Le droit protège-t-il vraiment l'accès aux soins ?

Le Professeur de droit Olivier Debarge a exposé l'architecture juridique de l'accès aux soins : riche, complexe, multicouche. La protection de la santé y est définie comme un « droit créance », c'est-à-dire un droit qui impose à l'État une obligation active d'intervention. Mais ce droit entre structurellement en tension avec les libertés fondamentales que le même système garantit (liberté de choix du patient, liberté d'installation et de prescription du praticien). Le droit tente aujourd'hui de gérer cette tension via un changement de paradigme : le passage du « parcours de soins coordonné », pivoté sur le médecin traitant depuis la loi de 2004, au « parcours patient », construit sur mesure selon la pathologie de l'individu. Cette évolution induit un partage des responsabilités inédit entre acteurs médicaux et médico-sociaux, obligeant parfois les professionnels à déborder de leurs compétences traditionnelles.

Pour pallier les pénuries, le législateur a élargi les compétences d'autres acteurs : les pharmaciens peuvent désormais délivrer certains médicaments après un test positif ; le Service d'Accès aux Soins (SAS) a été créé pour garantir une réponse urgente à toute heure. Le maillage territorial des officines, qui couvre 97 % de la population, est présenté comme un succès. Mais l'instabilité même de la notion de service public hospitalier (supprimé par la loi HPST en 2009, rétabli en 2016) semble témoigner d'hésitations politiques persistantes sur la nature réelle du système que nous voulons. La protection juridique existe, mais son application bute sur des contradictions que le droit seul ne peut pas résoudre.

Notre système de santé a-t-il été conçu pour le monde dans lequel nous vivons ?

Maxime Thorigny, maître de conférences en économie, a retracé la genèse du système français pour en déchiffrer les logiques profondes. Né de la révolution industrielle, formalisé sous Bismarck, le modèle corporatiste et assurantiel a été adopté en France avec des ambitions d'universalité et de solidarité, mais des moyens bismarckiens : des cotisations sociales assises sur le travail. La Sécurité

sociale de 1945 porte cette tension fondatrice. Elle a été conçue pour une économie en forte croissance, une population jeune et des soins relativement bon marché. Elle se trouve aujourd'hui confrontée à des réalités radicalement différentes.

Depuis les Trente Glorieuses, le contexte s'est retourné. Crises financières successives, chômage de masse, vieillissement démographique, explosion des coûts médicaux : la part de l'Assurance Maladie dans le financement des soins, qui avait atteint un maximum de 78,6 % en 1985, n'a cessé depuis de reculer au profit des complémentaires et du reste à charge. Le mouvement vers l'universalité s'est donc inversé. Pour remédier aux limites de la Tarification à l'Activité (T2A), il est possible d'explorer des alternatives possibles, tout en avertissant que la régulation ne peut être exclusivement financière. Les soignants ne sont pas de simples agents économiques mus par le profit : l'éthique et la déontologie constituent des ressorts de régulation que la logique comptable ne sait pas mobiliser.

Des délais d'attente qui ne cessent de s'allonger ?

A ce sujet, les chiffres de l'accès aux soins sont éloquentes. Une étude IPSOS pour la Fédération Hospitalière de France de mars 2024 documente un allongement significatif des délais d'attente : de quatre à dix jours pour un médecin généraliste, cinq semaines à deux mois pour un ORL, sept à dix semaines pour un cardiologue, deux à trois mois pour un dermatologue. Ce sont notamment les territoires ruraux qui sont particulièrement touchés, alimentant un sentiment d'abandon, même s'il est bien mentionné que la notion de désert médical recouvre des réalités plus complexes que la seule densité de médecins par territoire. La France compte environ 230 000 médecins, mais ce chiffre masque des réalités contrastées : les spécialistes augmentent tandis que les généralistes stagnent, et les jeunes praticiens travaillent moins d'heures que leurs aînés. La suppression du *numerus clausus* n'a pas à l'heure actuelle, résolu le problème, car celui-ci n'est pas seulement démographique, il est avant tout organisationnel.

La France a-t-elle choisi la liberté contre l'égalité d'accès ?

Le sociologue François-Xavier Schweyer l'a formulé avec clarté : la France a fait un choix historique, celui de la liberté sur l'égalité d'accès.

Le système assurantiel libéral encourage les dépassements d'honoraires et l'exercice solitaire, pendant que les citoyens cumulent cotisations, complémentaire, et reste à charge croissant. Ce paradoxe nourrit une défiance légitime envers un système qui affiche des ambitions universalistes sans se donner les moyens de les tenir.

Les réformes se heurtent à une forme de quadrature du cercle : il est impossible de concilier simultanément égalité d'accès, viabilité financière, qualité des soins et liberté des acteurs. Des choix politiques doivent être faits, mais ils ne le sont pas explicitement. On réforme sans trancher, on ajuste sans décider. Il existe pourtant un consensus théorique sur la nécessité de passer d'un modèle fondé sur l'autonomie et l'exercice solitaire à un modèle de soins primaires globaux et coordonnés. Mais la résistance est forte dans les faits : les formations restent cloisonnées, les professionnels défendent leurs juridictions, le dialogue interministériel demeure difficile. Le fossé entre le discours réformateur et les pratiques réelles est l'un des symptômes les plus aigus du malaise du système.

On observe, par ailleurs, une mutation profonde de l'éthos médical : le passage d'un modèle de vocation à celui de profession. Les jeunes praticiens, plus attentifs à l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, délaissent l'exercice solitaire au profit du travail en équipe, bien que ce dernier se heurte encore à des résistances culturelles tenaces. Il rappelle enfin que la notion de désert médical est en partie une construction politique liée à la moindre disponibilité des médecins pour les gardes obligatoires, et que l'amélioration de l'accès aux soins ne peut être purement démographique : elle nécessite une transformation du modèle professionnel et l'intégration de personnels non médicaux pour garantir un accès réel aux populations les plus fragiles. Et pour ce faire, il est urgent qu'un débat public soit mené, pour définir collectivement le rôle de la médecine que nous souhaitons pour demain.

Liste des questions posées dans ce webinaire, incluant celles du public :

Questions posées	Réponses synthétiques apportées
Qui va nous soigner demain ?	Le système est en crise (économique, ressources, vocations). La réponse n'est pas seulement démographique, mais organisationnelle (nouveaux partages de tâches).
Comment peut s'adapter le système pour garantir l'accès aux soins ?	Par la territorialisation, le développement de l'exercice coordonné (CPTS, MSP) et un changement de paradigme vers le « parcours patient ».
Quel est le rôle du droit dans cet accès ?	Le droit doit s'adapter à l'évolution de la société. Il gère la tension entre le « droit créance » (obligation de l'État) et les libertés individuelles (installation, choix du praticien).
Le système est-il adapté aux défis actuels ?	Pas vraiment, car il a été conçu après-guerre pour une population jeune et une croissance forte. Il peine face au vieillissement, aux maladies chroniques et au chômage de masse.

Souhaite-t-on garantir une liberté totale aux acteurs sans rapport avec les résultats ?	C'est le paradoxe français : on privilégie la liberté (installation, dépassements) au détriment de l'égalité d'accès, ce qui coûte cher au système.
Quelle médecine voulons-nous pour demain ?	Il faut choisir entre les quatre objectifs de la « quadrature du cercle » : égalité, viabilité financière, qualité et liberté. On ne peut avoir les quatre simultanément.
Est-il acceptable que les CPTS soient composées uniquement de professionnels ?	C'est un risque de corporatisme. Il faut y intégrer de l'expertise extérieure et des usagers pour redonner du « bon sens » au-delà du cabinet.
Quelle est la place des associations et des aidants dans le système ?	Importante, notamment dans les parcours pour maladies neuroévolutives, mais leur intégration dans la gouvernance (ARS) reste à parfaire.
Ne faudrait-il pas un débat sur les besoins en amont de la prise en charge ?	Oui, pour éviter de simplement « socialiser » le fardeau sur les aidants et pour définir collectivement ce que la société attend de la médecine.
Faut-il augmenter les cotisations sociales pour sauver le système ?	C'est un choix politique. Les alternatives sont l'investissement massif dans la prévention (long terme) ou le déremboursement progressif laissant place aux complémentaires.
Est-ce que le numérique est la solution possible ?	C'est encore largement de l'ordre de l'idée. La télémédecine pose des questions de réinsertion du patient dans un parcours de soins réel et de marchandisation.

POINTS DE CONSENSUS

Les trois intervenants, malgré la diversité de leurs disciplines, partagent un diagnostic commun : le système de santé français est en crise profonde, économique et humaine, que la COVID a aggravée sans en être la cause. L'accès aux soins s'est objectivement dégradé, avec des disparités territoriales croissantes, documentées et vécues. Il est constaté que le changement générationnel dans les professions médicales est irréversible, et le déplorer ne sert à rien : il faut en faire un levier de transformation. Ainsi, la seule approche démographique ne résoudra pas le problème, parce que celui-ci est avant tout organisationnel et politique.

En outre, si l'exercice coordonné et les soins primaires vont dans la bonne direction, il reste encore beaucoup à construire. La territorialisation apparaît comme nécessaire : il n'existe pas de solution uniforme applicable partout, et les réponses doivent être construites avec les acteurs locaux.

Enfin, les pénuries de médicaments constituent un problème sanitaire grave qui engage la responsabilité de toute la chaîne, et le cadre juridique, aussi complexe soit-il, existe : c'est son instabilité et sa difficulté d'application qui posent problème.

POINTS DE DIVERGENCES

Plusieurs tensions traversent le débat sans se résoudre. la question du rôle de l'État face à l'autonomie professionnelle est prégnante : la liberté d'installation doit-elle être régulée, et si oui, jusqu'où sans constituer une ingérence illégitime ? Plus fondamentalement, quel principe doit primer dans l'organisation du système : la liberté individuelle des acteurs ou l'égalité d'accès pour tous ?

La Tarification à l'Activité a été questionnée à plusieurs reprises : sa logique productiviste, ses biais vers les actes rentables en font un outil insuffisant, mais les alternatives à explorer restent débattues. En réalité, sans éléments réellement contraignants, les politiques de régulation reposent sur une convergence des intérêts souvent supposée, rarement construite.

La place et le rôle des complémentaires santé dans le financement du système demeurent une question sensible, tout comme l'opposition entre exercice individuel et exercice coordonné : le consensus est théorique, les résistances sont profondes. La responsabilité des pénuries de médicaments n'est pas attribuée de façon univoque : industriels, gouvernements, prescripteurs, usagers sont tous en cause, et cette dilution de responsabilité est elle-même un problème.

Enfin, l'efficacité des stages en territoire sous-doté comme levier d'attractivité pour les futurs médecins reste non tranchée : s'agit-il d'un outil réellement efficient, ou d'une réponse symbolique à un problème structurel ?

RECOMMANDATIONS POUR LA THÉMATIQUE

FORMATION

La formation initiale doit être repensée dans ses fondements mêmes : sortir des pensées cloisonnées, favoriser l'interprofessionnalité dès les études, développer les stages en médecine générale et en territoire sous-doté. Il s'agit aussi d'améliorer le dialogue entre le ministère de la Santé et celui de l'Enseignement supérieur, trop souvent silencieux l'un envers l'autre. L'installation d'un jeune

praticien ne peut rester un choix individuel ponctuel : elle doit devenir un processus accompagné, inscrit dans une dynamique collective.

ORGANISATION

Promouvoir réellement l'exercice coordonné suppose de soutenir les maisons de santé et les CPTS, de financer les réunions de concertation pluriprofessionnelle, et de repenser le cloisonnement ville-hôpital, notamment en améliorant la communication avec les médecins généralistes lors des hospitalisations. Les soins non programmés doivent être organisés de façon à répondre aux besoins des populations fragiles au moment où ils se manifestent, pas en différé. Sortir du monopole du paiement à l'acte est une nécessité : cela suppose de financer la prévention, la coordination, le temps de réunion pluriprofessionnelle, et de réexaminer la T2A en explorant prudemment d'autres modèles. La territorialisation des réponses doit s'appuyer sur des collectivités locales dotées de compétences réelles en santé, en coordination effective avec les ARS et les caisses d'assurance maladie.

Enfin, le droit d'accès aux soins ne suffit pas si les personnes ne savent pas ou ne peuvent pas le faire valoir. C'est pourquoi développer les médiateurs et accompagnants en santé peut constituer une condition de l'accès réel, pas un luxe. Intégrer les associations de patients et les citoyens dans la gouvernance et l'expérimentation des parcours n'est pas non plus une concession symbolique : c'est une nécessité démocratique.

Au fond, le débat public sur le système de santé que nous voulons collectivement reste à ouvrir vraiment. Il est impossible de tout concilier. Des choix doivent être faits, publiquement et démocratiquement, et la question taboue des ressources doit être posée sans détour : sommes-nous prêts à augmenter les financements pour garantir un système de qualité accessible à tous ?

SYNTHÈSE DE L'ÉVÉNEMENT

Ce webinaire a croisé les regards d'un juriste, d'un économiste et d'un sociologue sur un système de santé en crise profonde. Si le diagnostic est largement partagé, les solutions restent profondément débattues. Le paradoxe français tient dans un choix historique jamais explicitement assumé : celui de la liberté sur l'égalité d'accès, dans un système qui affiche pourtant des ambitions universalistes. Cette contradiction fondatrice n'a jamais été tranchée. La quadrature du cercle (concilier égalité d'accès, viabilité financière, qualité des soins et liberté des acteurs) ne peut être résolue par des ajustements exclusivement techniques. Elle exige des arbitrages politiques que le système continue d'esquiver, au risque de laisser se creuser les inégalités sans que personne n'en soit formellement responsable.

Le changement générationnel dans les professions médicales est, lui, irréversible. Il ne s'agit pas de le regretter, mais d'en faire un point d'appui pour repenser le modèle d'exercice : vers plus de coordination, moins d'isolement, une meilleure intégration des personnels non médicaux. La territorialisation apparaît comme une voie prometteuse, à condition que les acteurs locaux disposent des moyens réels de construire des réponses adaptées à leurs réalités, et non d'appliquer des solutions conçues ailleurs.

Au fond, comme l'a rappelé l'introduction historique du Professeur Léon, certains problèmes fondamentaux traversent les siècles non par fatalité, mais parce que les sociétés semblent répugner à faire les choix qu'ils exigent.

BIBLIOGRAPHIE

- Site internet : <https://www.erege.fr/>
- Calaméo publications : <https://www.calameo.com/accounts/7457139>
- Newsletter « Échos Ethiques » : <https://echos-ethiques.erege.fr/>

Les propositions des références qui vont suivre (livres, films, rapports) permettent d'aller plus loin dans la réflexion. Si certains avis, certaines positions sont exprimés, elles ne relèvent pas d'un positionnement éventuel de l'EREGE, tenu à la certaine neutralité, cependant, elles viennent alimenter les termes d'un débat très complexe sur des sujets souvent difficiles, qui comportent des problèmes éthiques importants.

Bibliographie Sélective :

- BARNAY Thomas, SAMSON Anne-Laure, VENTELOU Bruno, *Le système de santé français aujourd'hui — Enjeux et défis*, Éditions Eska, 2021.
- BONNICCI, *La politique de santé en France*, Presses Universitaires de France, 2021.
- DUPUIS Michel, *Éthique du management et de l'organisation dans le système de soins : réflexions pour la pratique quotidienne*, Paris, Éditions Seli Arslan, coll. « Perspective soignante », 2015.
- DUVAL Julien, *Le mythe du « trou de la sécurité sociale »*, Paris, Éditions Raisons d'agir, 2020 (éd. Revue et augmentée).
- JUSOT Florence, CARRE Benoît, WITTEWER Jérôme, « Réduire les barrières financières à l'accès aux soins », *Revue française d'économie*, 2019/1 (Vol. XXXIV), p. 133-181. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-economie-2019-1-page-133.htm>.
- JUVEN Pierre-André, PIERRU François, VINCENT Fanny, *Le casse du siècle, à propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Éditions Raisons d'agir, 2019.

- MORELLE Aquilino & TABUTEAU Didier, *La santé publique*, Presses Universitaires de France, 2022.
- PALIER Bruno, *La réforme des systèmes de santé*, Presses Universitaires de France, 202. (sic).
- ROSENVALLON Pierre, *La crise de l'État Providence*, Paris, Le Seuil, Nouvelle Édition, 1995.
- SALEM Gérard, *Atlas mondial de la santé : la santé face à ses défis : accès aux soins, crise des systèmes de santé, anticiper les prochaines pandémies*, Paris, Autrement, Coll. « Atlas-monde », 2020.
- SOUAL Hélène, *Les dépenses de santé depuis 1950*, Etudes et Résultats, N° 1017, DREES, 2017. URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1017.pdf>.

Revues

- « Hôpital. Enquête sur un naufrage qu'on aurait pu éviter », *Alternatives Économiques*, vol. 420, no. 2, 2022.
- « Economie de la santé » (numéro spécial), *Economie et Statistique*, n°542-2024, INSEE, 2024. URL : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/8186084/ES542_web_FR.pdf.

Filmographie Sélective :

- *Médecin de campagne* de Thomas Lilti, 2016.
- *Aux petits soins* de Camille Pitron, 2023.
- *Charité : La médecine de l'avenir*, (6 épisodes). Série ARTE, en replay : <https://www.arte.tv/fr/videos/107862-001-A/charite-la-medecine-de-l-avenir-1-6/>.

Rapports et textes de loi

- Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Conférence internationale pour la promotion de la santé « Vers une nouvelle santé publique », 17-21 novembre 1986.
- Avis 140 du CCNE : « Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives », 2022. URL : [Lien CCNE](#).
- Rapport DREES : « Les dépenses de santé en 2022 — Résultats des comptes de la santé », 2023. URL : [Lien DREES](#).
- Rapport de la Cour des comptes : « La tarification à l'activité, Observations définitives », 2023. URL : [Lien Cour des comptes](#).
- CUSSER Pierre-Yves, « Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France », rapport France Stratégie, juin 2017. URL : [Lien France Stratégie](#).

Autres Ressources vidéo

- Faire des économies dans le système de santé ? (YouTube) : <https://www.youtube.com/watch?v=TunkKjOJLRQ>.
- Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis : Vidéo : Réinventer l'économie de la santé | Teco (touteconomie.org).
- La fabrique des soignants, le média par et pour les soignants (YouTube) : <https://www.youtube.com/@LaFabriquedesSoignants/videos>.
- Mise en perspective des systèmes de soin en Europe : Olivier Passet, Xerfi — Santé et dépenses de santé en France et en Europe — Décryptage éco – xerficanal.com.
- **Podcasts**
- La fabrique des soignants : « La première émission en direct sur les métiers du soin ! », partie podcast : <https://linktr.ee/lafabriquedessoignants>.

**Synthèse élaborée par Amandine Andruchiw
pour le site d'appui Champardennais de l'EREGE**

WEBINAIRE 3 :

ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Cycle de webinaires

ME SOIGNER DEMAIN :
QUI ? OÙ ? COMMENT ?
POURQUOI ?

Quelles visions du soin face à
nos enjeux contemporains ?

3ème webinaire
ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES
EN SITUATION DE HANDICAP

MARDI 1ER OCTOBRE 2024 18H À 20H EN VISIO

Informations + programme
www.erege.fr



Contacts : aandruchiw@chu-reims.fr
b.thiriez@chru-nancy.fr
laure.pesch@unistra.fr



SYNTHÈSE D'ÉVÈNEMENT

ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA BIOÉTHIQUE 2026

DESCRIPTIF DE L'ÉVÈNEMENT :

Espace de Réflexion Éthique : Espace de Réflexion Éthique Grand Est (EREGE)

Thème de l'événement : « Me soigner demain : Qui ? Où ? Comment ? Pourquoi ? »

Sous-thème EGB : organisation du système de soins

Type d'événement : Cycle de webinaires

Titre de l'événement : Webinaire 3 : « Accès aux soins des personnes en situation de handicap »

Date : 1er octobre 2024

Type de public : Tout public

Organisation : Site Lorrain de l'EREGE

Intervenants :

- Introduction : Témoignage d'Alexis, personne concernée, au sujet d'une expérience d'hospitalisation en urgence
- Dr Carole Carolet, cheffe de service des urgences au CHRU de Reims, « Accueil des patients en situation de handicap au service des urgences du CHU de Reims ».
- Dr Stéphane Carnein, gériatre au centre hospitalier départemental de repos et de soins de Colmar
- Pr Alain Léon, ancien directeur de l'EREGE Champagne-Ardenne : « Le baromètre Handifaction »
- Animation : M. Patrick Karcher, Directeur de l'EREGE et de l'EREGE Alsace

PROPOS LIMINAIRES :

L'Organisation Mondiale de la Santé ajoutait en 2000 au droit à la santé pour tous, le droit à l'accès aux soins : « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales ». Charge donc aux Etats de s'assurer que l'ensemble des concitoyens soient bien bénéficiaires de leur système de santé, y compris les populations vulnérables. Ce webinaire s'intéresse aux personnes en situation de handicap. Ces dernières accèdent-elles aux établissements de soins selon leurs besoins ? Des dispositifs spécifiques d'accompagnement sont-ils mis en place afin de permettre aux personnes en

situation de handicap de bénéficier de soins d'urgence ? Si oui, lesquels et sont-ils effectifs sur l'ensemble de notre territoire ? Quelles difficultés particulières sont éprouvées par les personnes qui cumulent les vulnérabilités et particulièrement vieillesse et handicap ? Des solutions sont-elles actuellement proposées ? Alors que l'autodétermination des personnes vulnérables est un sujet central dans la manière de les prendre en charge, quel espace laissons-nous véritablement à leur parole lorsqu'il s'agit de leur santé ?

Autant de questions que nous aborderons avec nos intervenants au cours de ce troisième webinaire du cycle « Me soigner demain : Qui ? Où ? Comment ? Pourquoi ? »

En guise d'introduction, quatre actualités récentes sont rappelées : dans son rapport du 17 septembre, la Cour des comptes rapporte que 7000 adultes et 1200 enfants français sont actuellement hébergés en Wallonie par manque de place. L'Association Samu Urgences de France dénonce une dégradation du fonctionnement des urgences cet été par rapport à l'été dernier (200 services d'urgence sur 331 consultés ont signalé une diminution de leur activité par manque de personnel). Le 21 septembre, nomination du gouvernement et l'on note l'absence d'un ministre délégué ou d'un secrétaire d'État spécifiquement dévolu au handicap qualifié d'oubli dans la précipitation. Le 23 septembre, « l'accès aux soins sera un enjeu majeur pour moi » déclare Geneviève Darrieussec Ministre de la santé lors de la passation de pouvoir.

QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE DÉBAT

—

POINTS DE CONSENSUS

- . Difficultés lors de la prise en soins des personnes en situation de handicap aux urgences lorsqu'il n'existe pas de projet spécifique au niveau de l'établissement (la durée du temps d'attente et le lieu inhabituel peuvent majorer l'anxiété des personnes)
- . La prise en soins des personnes en situation de handicap nécessite un regard individuel prenant en compte ses difficultés
- . Importance de la formation des soignants notamment par la connaissance des personnes en situation de handicap lors de stages
- . Importance de la transmission d'informations sur la santé et les habitudes de vie des personnes en situation de handicap lors de leur hospitalisation

- . Lorsque les personnes en situation de handicap ont été accoutumées aux soins, ces derniers se passent généralement mieux
- . Importance de l'acceptation des accompagnants et aidants lors des prises en soins des personnes en situation de handicap
- . La réflexion autour de la prise en soins des personnes en situation de handicap permet un questionnement profitable à tous.

POINTS DE DIVERGENCE

—

RECOMMANDATIONS POUR LA THÉMATIQUE

- . Importance de la formation des professionnels de santé au handicap par le biais de stages permettant une confrontation directe aux usagers concernés
- . Sensibilisation des usagers concernés, des aidants et des professionnels à l'utilisation du baromètre Handifaction

SYNTHÈSE DE L'ÉVÉNEMENT

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), toute personne a droit à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par la législation et pratiques nationales. C'est sous le prisme du handicap que ce webinaire nous a invité à porter un regard sur l'accès aux soins.

L'expérience d'une hospitalisation dans un service d'urgence est souvent une épreuve pour les personnes en situation de handicap et particulièrement lorsqu'ils se retrouvent seuls. C'est une expérience que relate Alexis qui s'est trouvé emmené aux urgences pour quelques points de suture au niveau de la tête. N'ayant pu être accompagné par une personne de sa structure d'hébergement, ce jeune homme nous explique combien le temps a été long et ce séjour un véritable moment de détresse.

Le Dr Carole Carolet, cheffe de service des urgences du CHU de Reims, nous expose la démarche appliquée dans son unité et notamment que la difficulté réside dans le fait que les patients sont accueillis et pris en charge par rapport à la gravité de leur pathologie et non sur un critère de handicap. Cependant un travail conjoint avec l'équipe Handirelais de l'hôpital a permis une prise en considération de la personne dans son individualité, en prenant en compte ses difficultés. La formation des étudiants en médecine est mise en avant avec des stages de mise en situation dans les lieux d'accueil des personnes en situation de handicap : cette expérience permet aux étudiants

d'appréhender la relation de soins particulière nécessitée par le handicap. Ce stage est accompagné de formations théoriques avec un accent sur la nécessité d'empathie.

À l'entrée, l'infirmière d'accueil et d'orientation joue un rôle fondamental, car c'est elle qui va identifier la personne en situation de handicap et notamment son accompagnant (ce dernier sera porteur d'un badge qui lui permettra de rester aux côtés de la personne qu'il accompagne tout au long de sa prise en soins). S'occuper de la personne en situation de handicap sera d'autant plus simple qu'une feuille de liaison aura été complétée par l'équipe de la structure par laquelle elle est adressée : elle met en valeur les ressources de la personne ainsi que ses difficultés et décrit également précisément le motif de la consultation. C'est l'infirmière d'accueil qui s'assurera de l'installation confortable de la personne soignée et qui donnera les explications les plus complètes possibles sur les suites données : en termes d'actes de soins, en termes de temporalité de la prise en soins également. Elle veillera à ce que l'équipe du service soit bien identifiée, car c'est elle qui prend le relais : médecin, infirmière, aide-soignante pourront être sollicités. La gestion de l'attente est souvent l'un des éléments les plus difficiles, d'autant plus pour une personne en situation de handicap qui peut avoir une douleur et une anxiété majorées par ce lieu qu'elle ne connaît pas : des efforts d'apaisement doivent donc être réalisés par l'équipe qui identifiera si besoin la nécessité d'un traitement. Un temps plus long doit être dédié aux questions de la personne en situation de handicap pour s'assurer que l'ensemble des informations ont bien été comprises. Il est précisé que ces questions peuvent être très différentes de celles habituellement posées dans un même contexte.

Les conclusions de la prise en charge seront toujours transmises par écrit à la structure d'hébergement de la personne soignée. Si besoin, le traitement à prendre dans les 24 premières heures sera donné pour faciliter la tâche aux accompagnants, leur donner le temps de se rendre à la pharmacie. Les soignants s'assureront également que le traitement est adapté à la personne : modalité de prise du médicament, par exemple. Un nouveau temps d'attente, parfois long également, est nécessaire pour la prise en charge par un véhicule pour le retour.

Ce questionnement autour de la prise en charge des personnes en situation de handicap pousse l'équipe à toujours s'améliorer et à engager de nouveaux projets : la poursuite des formations des étudiants et des personnels, la collaboration avec l'équipe Handirelais de l'établissement (plutôt dédiée aux hospitalisations programmées) véritable ressource, la sensibilisation à l'utilisation du baromètre Handifaction, l'utilisation des écrans de diffusion dynamique du service pour la sensibilisation à la prise en charge plus rapide des personnes en situation de handicap. Une vidéo de présentation est en projet afin de pouvoir accoutumer les personnes en situation de handicap au lieu avant toute nécessité d'hospitalisation : un moyen de dédramatiser et de limiter l'anxiété générée par un lieu inconnu fréquenté dans une situation de douleur et de détresse.

C'est bien la prise en considération de ce facteur temps et la connaissance mutuelle des acteurs du réseau de prise en charge des personnes en situation de handicap qui permettent une meilleure prise en charge de ces derniers.

Le Dr Stéphane Carnein, chef de pôle de gériatrie et médecine en situation de handicap au centre départemental de repos et de soins (CDRS) de Colmar, met l'accent sur la double peine portée par les personnes en situation de handicap lorsqu'elles vieillissent : perte d'autonomie et maladies cancéreuses ou liées aux vaisseaux viennent souvent aggraver l'état de santé des personnes concernées. La recherche de structure adaptée à leur handicap est souvent rendue difficile par cette nécessité de soins lourds : les EHPAD ne sont souvent pas adaptés à leur situation.

Le Pr Alain Léon nous a présenté en détail le baromètre Handifaction, basé sur 36 500 questionnaires remplis par les personnes concernées. Il met notamment en avant le nombre élevé des refus de soins ayant pour conséquence le fait que 17 % des personnes n'ont pu en définitive recevoir le soin prescrit.

Ce baromètre permet d'identifier les freins à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap : 44 % des personnes déclarent : « on n'a pas voulu de moi ».

Lorsque l'accès aux soins est effectif, on observe la plupart du temps une acceptation de la personne accompagnante, une explication des soins satisfaisante ainsi qu'une bonne prise en charge de la douleur.

Le Pr Léon insiste sur la nécessité de former les étudiants afin que cette expérience auprès des personnes handicapées vienne enrichir leur regard de soignant ainsi que leurs pratiques.

Il conclut en ajoutant que l'adaptation et la réflexion à la prise en soins des personnes en situation de handicap permettent un questionnement profitable à tous.

BIBLIOGRAPHIE

- Site internet : <https://www.erege.fr/>
- Calaméo publications : <https://www.calameo.com/accounts/7457139>
- Newsletter « Échos Ethiques » : <https://echos-ethiques.erege.fr/>

Les propositions des références qui vont suivre (livres, films, rapports) permettent d'aller plus loin dans la réflexion. Si certains avis, certaines positions sont exprimés, elles ne relèvent pas d'un positionnement éventuel de l'EREGE, tenu à la certaine neutralité, cependant, elles viennent alimenter les termes d'un débat très complexe sur des sujets souvent difficiles, qui comportent des problèmes éthiques importants.

Bibliographie Sélective :

- BOIVIN Julia & BLIN Marc, 100 idées pour promouvoir l'autodétermination et la pair-aidance, Paris, éditions Tom Pousse, 2021.
- CHARRAS, EYNARD & al, S'affranchir du concept de handicap. Critique constructive d'une notion obsolète, éditions in press, 2022.
- PELLUCHON Corine, L'autonomie brisée, Bioéthique et philosophie, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 2014.
- PUISEUX Charlotte, De chair et de fer. Vivre et lutter dans une société validiste, Paris, La Découverte, 2022.
- QUENTIN Bertrand, La philosophie face au handicap, Toulouse, Eres, 2013.
- QUENTIN Bertrand, Les invalidés. Nouvelles réflexions philosophiques sur le handicap, Toulouse, Eres, 2019.
- AZÉMA Bernard, MARTINEZ Nathalie, « Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie. Une revue de la littérature », Revue française des affaires sociales, p. 295-333. DOI : 10.3917/rfas.052.0295. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-2-page-295.htm>
- ESPINOZA Pierre, « Chapitre 2. Pour une éthique de la santé digitale adaptée aux soins des personnes handicapées », Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, 2021/4 (Vol. 32), p. 45-71. DOI : 10.3917/jibes.324.0045. URL : <https://www.cairn.info/revue-journal-international-de-bioethique-et-d-ethique-des-sciences-2021-4-page-45.htm>
- Accès aux soins : repères éthiques face aux inégalités Fiche-CNERER-Acces-aux-soins-1-65099a2f03508.pdf

Reviews

- L'accès aux soins de santé pour les personnes handicapées : plus que des lieux accessibles | CMAJ (Canada)

- Gérontologie et société le vieillissement des personnes en situation de handicap ;
expériences inédites et plurielles. 2019/2 Vol 41/n  159

Filmographie Sélective

- Patients de Grand Corps Malade et Mehdi Idir 2017

Rapports et textes de loi

- Améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de handicap : partageons des
actions concrètes ! | handicap.gouv.fr
- LOI n  2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la
participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1) — Légifrance
(legifrance.gouv.fr)

Podcasts

- Rebond, Vivre avec le handicap Le Monde Episode 11 (1re partie) Charles Gardou
Anthropologue
- Charles Gardou : « Dans la société, il y a une hiérarchisation des vies, entre valides et
handicapés » — Podcast (lemonde.fr)

Outils

- Baromètre Handifaction : <https://www.handifaction.fr/>
- Fiches COACTIS : <https://coactis-sante.fr/>
- Médi-Picto : <https://ib.santebd.org/medipicto>
- Santé BD : <https://santebd.org/>
- Annuaire accessibilité (APF) : <https://www.apf-francehandicap.org/actualites/annuaire-ligne-ameliorer-lacces-aux-soins>
- FALC <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/falc>

**Synthèse élaborée par Bénédicte Thiriez,
site d'appui Lorrain de l'EREGE**

WEBINAIRE 4 :
ACCES AUX SOINS DES PERSONNES VULNERABLES (12.12.24)

Cycle de webinaires

**ME SOIGNER DEMAIN :
QUI ? OÙ ? COMMENT ?
POURQUOI ?**

**Quelles visions du soin face à
nos enjeux contemporains ?**

**4ème webinaire
L'ACCÈS AUX SOINS
DES PERSONNES VULNÉRABLES**

JEUDI 12 DÉCEMBRE 2024 18H À 20H EN VISIO

Informations +
programme
www.erege.fr

Contacts : aandruchiw@chu-reims.fr
b.thiriez@chru-nancy.fr
laure.pesch@unistra.fr



EREGE
Espace de Réflexion Éthique Grand Est

SYNTHÈSE D'ÉVÈNEMENT

ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA BIOÉTHIQUE 2026

DESCRIPTIF DE L'ÉVÈNEMENT :

Espace de Réflexion Éthique : Espace de Réflexion Éthique Grand Est (EREGE)

Thème de l'événement : « Me soigner demain : Qui ? Où ? Comment ? Pourquoi ? »

Sous-thème EGB : organisation du système de soins

Type d'événement : cycle de webinaires

Titre de l'événement : webinaire 4 « Accès aux soins des personnes vulnérables »

Date : 12 décembre 2024

Type de public : tout public

Organisation : site alsacien de l'EREGE

Intervenants :

- Introduction : M. Alain Léon, professeur anesthésiste-réanimateur, ancien directeur de l'EREGE
- M Djamel Radji, docteur en psychiatrie, *Accès aux soins de personnes migrantes porteuses de pathologies psychiatriques — Cumul des vulnérabilités*, Permanence d'accès aux soins psychiatrique (PASSPSY)
- Mme Anne Muller, médecin généraliste, *Difficultés d'accès aux soins somatiques des migrants*, Migration Alsace santé
- Mme Sahar Moussa-Badran, MCU-PH EN odontologie, *Penser autrement les soins bucco-dentaires*, directrice du site champardennais de l'EREGE
- M Dominique ORPHELIN Praticien Hospitalier, spécialiste en médecine bucco-dentaire, Soins dentaires en prison — Le sens du soin
- Animation : M Patrick Karcher, directeur du site alsacien de l'EREGE

PROPOS LIMINAIRES :

L'Espace de réflexion éthique Grand Est (EREGE) a pour vocation de susciter et de coordonner les initiatives en matière d'éthique dans les domaines des sciences de la vie et de la santé. Il assure également des missions de formation, de stimulation de la recherche, de documentation et d'information en partenariat avec les structures existantes. Il doit avoir une fonction d'observatoire des pratiques éthiques dans les domaines des sciences de la vie et de la santé, de promotion du débat public et de partage des connaissances dans ces domaines. L'EREGE résulte de la fusion des anciens

Espaces de Réflexion Ethique alsacien, champardennais et lorrain, devenus aujourd'hui sites d'appui.

Ce quatrième webinaire du cycle « Qui va me soigner demain : Qui ? Où ? Comment ?

Pourquoi ? » porte sur **l'accès aux soins des personnes vulnérables**.

L'objectif est de comprendre les difficultés rencontrées et/ou vécues et de mettre en avant des dispositifs ou actions visant à les prendre en compte pour les pallier le cas échéant.

Il s'agit, à partir des situations rencontrées par des personnes migrantes, incarcérées ou handicapées, de comprendre comment s'expriment certaines de leurs vulnérabilités. Identifier les vulnérabilités, leurs constructions et leurs expressions peut être une porte d'entrée pour comprendre leur impact dans l'accès aux soins.

Ce webinaire pose en trame de fond la question de la responsabilité, car poser *la question de* l'accès aux soins des populations dites vulnérables c'est redire que l'accès aux soins est un droit, mais aussi affirmer que ce droit n'est pas concret ; c'est aussi vouloir comprendre les difficultés rencontrées pour agir et proposer des pistes d'action. Et déplier ce que peut vouloir dire une éthique de la responsabilité.

- L'organisation du système de soin n'est-elle pas en soi un facteur de fragilisation dans l'accès aux soins ?
- Quelles difficultés sont relevées pour l'accès aux soins ?
- Quelles peuvent être des pistes d'action... ?
- En conclusion : vers une éthique de la responsabilité ?

Autant de questions que nous avons abordées avec nos intervenants au cours de ce quatrième webinaire du cycle « Me soigner demain : Qui ? Où ? Comment ? Pourquoi ? »

QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE DÉBAT

En guise de préambule... La cohabitation des réalités

Le Professeur Léon a ouvert le débat en rapportant une situation clinique vécue dans laquelle une personne en situation irrégulière sur le territoire français, a été hospitalisée en urgence suite à un accident grave de la route. Il note la divergence des priorités entre des soignants dont l'action vise à soigner, traiter, et éviter une détérioration de la situation et qui s'enquièrent aussi de la manière dont le patient pourra être accompagné en post opératoire, et le système administratif qui souhaite

consolider au plus vite le dossier afin de mettre en œuvre l'AME¹. Ces divergences dans l'urgence, si elles répondent aux besoins du fonctionnement propre à chaque maillon du système illustrent, s'il le fallait, une cohabitation parfois incongrue de deux réalités.

L'interrogation sur cette cohabitation nécessaire entre la pratique du soin et le cadre administratif peut être étendue à toutes les situations qui se situent en dehors des pratiques habituelles normalisées. Elle s'illustre dans la difficile mise en place de propositions de soin qui s'adressent aux personnes éloignées du soin et aux difficultés à rendre concrète l'utilisation de dispositifs existants (PUM ex-CMU², MPH³, AME, ASE⁴, consultation blanche...) pour un accès aux soins plus juste et de qualité.

Les préalables à une possible santé

En se référant à la Charte d'Ottawa⁵ M Léon rappelle que la possibilité de la santé découle d'actions plurielles, qui se complètent et se combinent, mises en œuvre par tous les acteurs de la société, pour en créer les conditions préalables. Elle définit ainsi cinq priorités d'action : élaborer des politiques pour la santé ; créer des environnements favorables à la santé ; renforcer l'action communautaire ; acquérir des aptitudes individuelles ; réorienter des services de santé. Elle renvoie aux responsabilités à la fois individuelles, sociales, environnementales et politiques qu'enjoint l'éthique de la responsabilité... aller vers l'autre, car « ***être moi, c'est être responsable de l'autre sans attendre la réciprocité***⁶. »

Cette responsabilité ressort d'un principe fondateur de la République française : la fraternité (devise de la République).

Comprendre, connaître et aller vers

L'organisation du système de soin n'est-elle pas en soi un facteur de fragilisation dans l'accès aux soins qui exacerbe la fragilité et rend les personnes vulnérables ?

Le soin s'adresse mal aux personnes en situation de vulnérabilité dans une société où c'est généralement l'individu qui va vers le soin, et rarement le soin qui va vers l'individu. Or, les personnes éloignées des lieux de soin parce que sans domicile fixe, migrantes, hybridant langues et cultures, incarcérées ou vivant en établissements spécialisés (maison d'accueil spécialisée, par

¹ AME, Aide médicale de l'Etat est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins.

² PUM, protection universelle maladie, ex-CMU, couverture maladie universelle

³ MPH consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap ou des personnes en perte d'autonomie

⁴ ASE consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance

⁵ <https://www.promotion-sante-idf.fr/sinformer/comprendre-promotion-sante/promotion-sante-chartes-internationales>

⁶ LEVINAS Emmanuel, *Éthique et infini*, entretien radiophonique avec Philippe Nemo, 1982

exemple), vivent à l'écart, voire en marge, des structures sociales ordinaires où la demande explicite de soin et le fait d'en recevoir sont considérés comme normal. Il est alors nécessaire que le soin aille vers elles. Il s'agit d'une action volontaire qui s'écarte d'une pratique indiquée comme habituelle. Elle repose sur une prise de responsabilité active et affirmée à l'égard de l'autre.

C'est dans cette pratique que s'inscrit, par exemple, le travail des médecins qui pratiquent en prison. Aller vers les patients, pour soigner, mais aussi donner un sens au soin, l'ancrer dans un devoir d'humanité et de justice au-delà des préjugés.

Le soin s'adresse mal aux personnes qui vivent dans la rue, parce que les professionnels ne sont pas outillés pour une clinique de la précarité. Pour entrer en lien, aller vers celui ou celle qui s'est éloigné des lieux communs, qui est en non-demande, voire qui renonce à certains objets sociaux, dont la santé, dans le cadre d'une stratégie identitaire d'auto-exclusion⁷. Il faut donc aller vers eux et comprendre leur construction psychique. Les travailleurs sociaux, les maraudeurs font ce pas vers l'autre, pour entrer en lien. Comprendre le chemin psychique pris par ces personnes, c'est tenter d'entrer en résonance avec leur récit et leur permettre aussi de se (re) mettre en récit. L'auto-exclusion n'est pas un renoncement à vivre, mais participe de la construction d'une identité sociale re-preise.

Le soin s'adresse mal aux personnes qui ont des besoins spécifiques liés, par exemple, à leur faible ou absence de pratique linguistique comme les personnes en situation de migration. L'usage de sa langue pour dire et mettre en récit est essentiel dans la relation autour de sa personne, voire de l'intime. Dire bien et se faire comprendre justement ne peut se faire que dans un dialogue d'égalité, où les mots trouvent leur sens vrai chez le patient et le soignant. Cela nécessite la présence d'interprètes professionnels. Car « *Traduire, c'est donner dans une langue hospitalité à ce qui a été pensé dans une autre, c'est créer de la réciprocité, de la rencontre, c'est faire humanité ensemble*⁸ ».

Quelles difficultés sont relevées pour l'accès aux soins ?

Le système de soin renforce les inégalités sociales et en produit des supplémentaires.

Les difficultés sont multiples et se co-construisent créant parfois des situations inextricables qui font de l'accès aux soins un parcours semé de barrières.

⁷ Furtos, Jean, *Le syndrome d'auto-exclusion*, **Rhizome**, n°6, décembre 2002.

« Le syndrome d'auto-exclusion est "une solution" qui consiste, littéralement, à sortir de soi-même, comme un retournement en doigt de gant ; s'exclure de soi pour ne plus souffrir, sortir du désespoir, de l'agonie, de l'effondrement, de la révolte impossible. De ce fait, le sujet ne se sent plus ni dans son corps ni dans sa subjectivité. Il perd ainsi le sentiment de la continuité de son existence, et entre dans un cycle de destructivité, avec des défenses paradoxales très coûteuses qui accélèrent la spirale de l'exclusion. (...) L'auto-exclusion, mécanisme psychique de désubjectivation, est intimement corrélé à l'exclusion sociale qui la précède logiquement en tant que défaillance de l'environnement »

⁸ DIAGNE Souleymane Bachir, *De langue à langue. L'hospitalité de la traduction*, Ed. Albin Michel, 2022

Le système de soin est peu outillé pour accueillir les personnes qui vivent avec des handicaps devant surmonter toute une suite de difficultés avant même d'accéder aux soins. L'énoncé des multiples difficultés pour l'accès aux soins bucco-dentaires, par exemple, est éloquent : (im)possibilité d'expression du besoin par la personne, (mauvaise) prise en compte du besoin par l'entourage (familial et/ou institutionnel), difficulté à prendre un rendez-vous chez un dentiste, y aller, accéder au cabinet, disposer d'un fauteuil dentaire adapté et avoir à faire avec une pratique adaptée par un professionnel formé.

La dématérialisation des démarches administratives et même de la prise de rendez-vous par l'intermédiaire de plateformes, l'utilisation des outils numériques largement impulsée dans le système français, renforcent les difficultés d'accès aux soins primaires pour les personnes en situation de précarité, en mauvaise maîtrise de la langue, voire en difficulté technologique.

Le soin en prison souffre d'une incompréhension sociale qui se résume largement dans l'idée qu'une personne qui a perpétré une action jugée délétère pour la société, qui n'a pas respecté les règles, ne mérite pas le soin. Dépasser ce jugement, redire que le soin ne relève pas du mérite, et aller vers l'humain c'est là faire preuve de sympathie et redonner son sens au soin et à chacun sa place dans une pleine humanité.

Le système de soin génère également des discriminations supplémentaires évidentes à l'égard de personnes qui font déjà face à des difficultés nombreuses. Lorsque les discriminations qui s'ajoutent viennent du système lui-même la responsabilité collective doit être interrogée. Qu'il s'agisse de refus de soin en raison de la situation administrative (PUM [ex-CMU] de certains patients ou en raison de leur handicap⁹.

La démographie médicale se remodèle et impacte, elle aussi, l'offre de soin qui peut être adressée aux populations les plus éloignées. L'hyperspécialisation médicale conduit, par exemple, à centrer l'offre de soin autour des grandes villes, notamment des CHU, réduisant encore davantage la possibilité d'accès à des soins spécialisés et de qualité en proximité.

La méconnaissance des personnes éloignées du soin par le personnel soignant génère parfois des préjugés sur la difficulté des prises en charge, voire une difficulté pratique réelle de ces mêmes prises en charge [manque de formation, manque de matériel adapté, difficulté à communiquer...].

Le personnel soignant spécifiquement formé à des pratiques cliniques nouvelles, adaptées et susceptibles de mieux prendre en charge des personnes avec des besoins particuliers est rare. Les formations manquent qui rendent ces pratiques défailtantes. L'accueil et le soin auprès de personnes en difficulté cognitives, mentales, physiques, psychiques... nécessite du temps et de l'expertise. Items qui sont encore mal valorisés dans la tarification des actes.

⁹ <https://www.handifaction.fr/barometre/?periode=2025-T4>

Quelles peuvent être des pistes d'action...

« Aller vers » semble être une condition essentielle de l'accès aux soins des personnes éloignées et implique une responsabilité et des pratiques réinterrogées, rediscutées et revues.

Des soignants, des travailleurs sociaux se déplacent dans les lieux où se trouvent les personnes pour les rencontrer et leur permettre l'accès aux soins : la rue, les prisons, les établissements.

L'accès libre, sans rendez-vous, à des lieux de soins dédiés et de qualité est un outil pour faciliter la demande de soin. On pense aux PASS [*permanence d'accès aux soins de santé*¹⁰], à l'adressage et à l'accompagnement par des associations comme *Migration Alsace santé*, ou bien aux cabinets de ville qui reçoivent sans rendez-vous, laissent des créneaux libres dédiés. Cet aller vers signifie tout à la fois aller physiquement vers le patient [les personnes dans la rue, par exemple], mais aussi organiser et penser les soins pour bien accueillir dans les cabinets de ville et les structures sanitaires existantes [protocole d'accueil de personne handicapée non verbale aux urgences de Reims, par exemple].

D'autres pratiques innovantes comme les parcours « d'habitation » aux soins buccodentaires qui permettent au patient de s'habituer à un soin, intrusif, existent qui permettent ensuite aux soins de se faire.

La connaissance réelle des populations éloignées du soin passe à la fois par l'information de tous et la formation des praticiens. Lutter contre la méconnaissance et les préjugés [modules de formation de *Migration Alsace santé*, par exemple], mettre en place des outils de communication adaptés et former les professionnels, apparaît comme essentiel pour que le système de santé cesse d'exclure des personnes de l'accès aux soins.

La reconnaissance d'une pratique nécessitant du temps et une expertise par une tarification adaptée et spécifique PUM [ex-CMU]¹¹, MPH¹², AME¹³, ASE¹⁴ ou bien encore la consultation blanche sont des voies ouvertes.

La formation des professionnels constitue une piste centrale pour développer une pratique orientée vers les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap ou d'exclusion : sensibilisation des étudiants en médecine au handicap à travers une immersion de 2 à 3 jours dans des structures spécialisées, diplômes universitaires ou modules intégrés dans certaines universités¹⁵. L'ensemble

¹⁰ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_coordo_pass_qu_est_ce_qu'une_pass.pdf

¹¹ PUM protection universelle maladie, ex-CMU, couverture maladie universelle

¹² MPH consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap ou des personnes en perte d'autonomie

¹³ AME, aide médicale de l'Etat

¹⁴ ASE consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance

¹⁵ Formation médecine, Université de Reims, Certificat handicap : Travail autour de la sensibilisation aux représentations du handicap dans la société et à l'autodétermination

Formation médecine, Université de Reims, Module handicap : Intervention sur l'autodétermination et accès aux soins aux personnes en situation de handicap

de ces dispositifs visent un meilleur accès aux soins en agissant sur les praticiens, leur sensibilisation et leurs pratiques. Elles visent aussi le bien soigner en soutenant les professionnels dans leur pratique comme par exemple le recueil du consentement.

Liste des questions posées dans ce webinaire, incluant celles du public :

Questions posées	Réponses synthétiques apportées
Le système est-il adapté aux personnes éloignées du soin ?	L'organisation du système de soin peut être en soi un facteur de fragilisation dans l'accès aux soins. Le système de soin paraît peu ou mal outillé pour aller vers les personnes éloignées du soin.
Comment peut s'adapter le système pour garantir l'accès aux soins ?	Le respect des dispositifs existants [PUM, ex-CMU], AME, ASE,...) et le soutien à des pratiques innovantes (PASS-consultation d'habitation). L'adaptation du soin aux besoins spécifiques des personnes qui en sont éloignées.
Comment bien agir auprès des personnes vulnérables	En formant et en informant sur les vulnérabilités, leurs cumuls et leurs expressions. En comprenant les barrières rencontrées. En agissant en connaissance. En remettant chaque individu au centre de la préoccupation du soin.
Comment éviter les préjugés notamment sur les soi-disant meilleurs soins que recevraient les personnes incarcérées ?	Redonner son sens au soin et considérer l'humain, penser à accompagner avec un juste soin celles et ceux qui se sont mis en défaut de la société au nom de notre humanité.
Comment accompagner les personnes issues d'une autre culture ?	Se former pour éviter le danger du positionnement culturaliste, c'est-à-dire nier l'identité culturelle propre à l'individu en l'assignant à une culture globale.

POINTS DE CONSENSUS

Vers une éthique de la responsabilité ?

Au terme de ce webinaire, on doit relever que le système de soin est peu, voire mal outillé pour aller vers les personnes éloignées du soin du fait de leur migration récente, précarité, handicap, pathologies psychiatriques, incarcération.

« Aller vers » semble être une condition essentielle de l'accès aux soins des personnes éloignées implique une responsabilité et des pratiques réinterrogées, rediscutées et revues.

L'organisation de l'accès aux soins pour tous relève d'une éthique de la responsabilité.

Cette éthique de la responsabilité concerne tous les individus, la société dans ce qu'elle dit de préjugés, dans ce qu'elle met en œuvre, des outils et des financements qu'elle autorise, les soignants aussi amenés à ré-interroger leurs pratiques, et à se former.

Il s'agit d'une responsabilité du système de soin envers autrui au nom de la solidarité, de la fraternité et de l'humanité.

Ce webinaire consacré à l'accès aux soins des personnes en situation de migration, personnes incarcérées ou handicapées a permis de montrer comment certains facteurs identifiés construisent des limitations dans l'accès aux soins.

Il remet en avant la question du choix politique (et donc du contrat social) pour un accès de tous au système de soin qui nécessite des engagements en faveur des préalables requis pour la promotion de la santé tels qu'énoncé par la Charte d'Ottawa en 1986.

RECOMMANDATIONS POUR LA THÉMATIQUE

FORMATION et SENSIBILISATION des professionnels

La formation des professionnels constitue une piste centrale pour développer une pratique orientée vers les besoins spécifiques des personnes éloignées du soin du fait de leur migration récente, précarité, handicap, pathologies psychiatriques, incarcération :

- Sensibilisation et information aux handicaps des étudiants en médecine
- Sensibilisation de l'ensemble des personnes qui accompagnent les personnes handicapées ou dépendantes (infirmier, aide soignants, proches) aux pratiques d'hygiène notamment bucco-dentaires
- Sensibilisation des personnels aux dangers du positionnement culturaliste (risque d'enfermer dans une culture imaginée la personne migrante)
- Lutte contre les préjugés

LES DISPOSITIFS

- Les dispositifs qui existent ne paraissent pas suffisamment utilisés par crainte, méconnaissance ou préjugés : PUM (ex-CMU), MPH, AME, ASE ou bien encore la consultation blanche.
- Reconnaissance des pratiques qui se situent en dehors des habitudes : consultations sans rendez-vous, consultation d'habitude, travail en partenariat (considérer le soin comme reposant sur un ensemble d'acteurs complémentaires).

BIBLIOGRAPHIE

- Site internet : <https://www.erege.fr/>
- Calaméo publications : <https://www.calameo.com/accounts/7457139>
- Newsletter « Échos Ethiques » : <https://echos-ethiques.erege.fr/>

Les propositions des références qui vont suivre (livres, films, rapports) permettent d'aller plus loin dans la réflexion. Si certains avis, certaines positions sont exprimés, elles ne relèvent pas d'un positionnement éventuel de l'EREGE, tenu à la certaine neutralité, cependant, elles viennent alimenter les termes d'un débat très complexe sur des sujets souvent difficiles, qui comportent des problèmes éthiques importants.

Bibliographie sélective

- BOARINI Serge, « La vulnérabilité. L'humanité, au risque de la vulnérabilité » *Ethique & Santé*, 10(1), pp. 43-47, 2013 : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1765462912001055>)
- BRODIEZ-DOLINO Axelle, EYRAUD Benoît, RAVON Bertrand, et al. *Vulnérabilités sanitaires et sociales : De l'histoire à la sociologie*, Presses Universitaires de Rennes, coll. « Des sociétés », 2014.
- DE BEAUREPAIRE Christiane, « La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison ». *Revue du MAUSS*, 2012/2 n° 40, p. 125-146. DOI : 10.3917/rdm.040.0125. URL : <https://shs.cairn.info/revue-du-mauss-2012-2-page-125?lang=fr>.
- DENIS Frédéric, GUYET Philippe, MOUSSA-BADRAN Sahar. « Handicap et santé bucco-dentaire : les réseaux de soins, une solution temporaire qui perdure ! » *Santé Publique*, 2018/4 Vol. 30, p. 533-534. DOI : 10.3917/spub.185.0533. URL : <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2018-4-page-533?lang=fr>.
- DOAT David DOAT & RIZZERIO Laura, *Accueillir la vulnérabilité. Approches pratiques et questions philosophiques*, Toulouse, Eres, coll. « Eres société », 2020.
- GARRAU Marie, *Politiques de la vulnérabilité*, Paris, CNRS éditions, Coll. Biblis, 2023.
- GILLOT-ASSAYAG Laure, « La santé en prison : les vulnérabilités des prisonniers à la lumière du droit ». *Revue française d'éthique appliquée*, 2022/1 N° 12, p. 155-170. DOI : 10.3917/rfeap.012.0155. URL : <https://shs.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2022-1-page-155?lang=fr>.
- GUERIN Geneviève, « La santé en prison », *Adsp actualité et dossier en santé publique*, n°44 septembre 2003
- LAGEL-FRANCISCO Céline, *Prise en charge des urgences sanitaires en milieu carcéral : Étude portant sur 936 cas de 2008 à 2011 dans le département de l'Aube*, 2012. Thèse consultable BU santé URCA.
- LAGARRIGUE Aude, Le médecin face aux conflits éthiques en prison. In : *Traité de bioéthique III — Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes*. Toulouse, Érès. Espace

- éthique — Poche, p. 257-267. DOI : 10.3917/eres.hirsc.2010.03.0257. URL : <https://shs.cairn.info/traite-de-bioethique-3--9782749213071-page-257?lang=fr>.
- OBRECHT Olivier, *Des progrès pour la santé en prison*. Revue Projet, 2002/1 n° 269, p. 110-117. DOI : 10.3917/pro.269.0098. URL : <https://shs.cairn.info/revue-projet-2002-1-page-110?lang=fr>
- PELLUCHON Corine, *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité*, Paris, Cerf, coll. « Humanités », 2011.
- PELLUCHON Corine, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008
- PIERRON, Jean-Pierre, *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin*, Paris, PUF, coll. « La Nature humaine », 2015.
- RAVON Bertrand & VACHON Jérôme, « La vulnérabilité comporte une dimension d'imprévisibilité et de réversibilité », *ASH — Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2872, pp. 28-29, (2014).
- ROUX-DEMARE, François-Xavier, « La notion de vulnérabilité, approche juridique d'un concept polymorphe ». *Les Cahiers de la Justice*, 2019/4 N° 4, p. 619-630. DOI : 10.3917/cdlj.1904.0619. URL : <https://droit.cairn.info/revue-les-cahiers-de-la-justice-2019-4-page-619?lang=fr>.
- SOULET, Marc-Henry. « Reconsidérer la vulnérabilité ». *Empan*, 2005/4 no 60, p. 24-29. DOI : 10.3917/empa.060.0024. URL : <https://shs.cairn.info/revue-empan-2005-4-page-24?lang=fr>.
- STIKER Henri-Jacques. *Pour une nouvelle théorie du handicap. La liminalité comme double*. Champ psychosomatique, 2007/1 n° 45, p. 7-23. DOI : 10.3917/cpsy.045.0007. URL : <https://shs.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2007-1-page-7?lang=fr>.
- TRONTO Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, Éditions la Découverte, 2009.
- Article sur le site du Ministère de la santé « Les personnes détenues : Pour un accès équitable aux soins et à la protection sociale équivalent à celui de la population » <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenees-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenees>

Rapports, guides, avis, et textes de loi

- RAPPORT du Comité international de bioéthique de l'UNESCO (CIB) : *Le Principe du respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité personnelle*, 2015 : <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232368>
- GUIDE réalisé par l'Association Migration Santé Alsace : *Vers plus d'égalité en santé : guide de prévention et de lutte contre les discriminations. À l'usage des professionnels*les de la santé, du social et des bénévoles associatifs*, 2019 https://www.migrationssante.org/wp-content/uploads/2019/05/GUIDE_VERS-PLUS-D-EGALITE-EN-SANTE_WEB_INTERACTIF.pdf
- AVIS n° 127 du CCNE : *santé des migrants et exigence éthique* <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-127-du-ccne-sante-des-migrants-et-exigence-ethique>
- AVIS n° 94 du CCNE : *La santé et la médecine en prison* <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis094.pdf>
- PUBERT, GIRAUD, CHAPUT & al, « Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : Opinions et pratiques des médecins généralistes », (2018) *Etudes et Résultats*, 1089, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1089.pdf>
- HAS-référentiel [interpretariat-dans-le-domaine-de-la-sante-referentiel-de-competences-formation-et-bonnes-pratiques](https://www.has-sante.fr/fr/methodes/referentiels/interpretariat-dans-le-domaine-de-la-sante-referentiel-de-competences-formation-et-bonnes-pratiques), 2017

- CHARTE Ottawa <https://iris.who.int/handle/10665/349653>
- Rapports annuels Médecins du Monde : <https://www.medecinsdumonde.org/rapports-annuels-de-medecins-du-monde/>

Autres Ressources vidéo

- Conférence de la philosophe Cynthia Fleury sur la vulnérabilité : <https://www.youtube.com/watch?v=8raeMytwQ8U>

Podcasts et émissions de radio

- Une série de 4 épisodes à écouter sur la radio France Culture « Sommes-nous tous vulnérables ? » : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/avec-philosophie/le-care-est-il-genre-1726440>
 - Épisode 1/4 : La vulnérabilité est-elle une faiblesse ?
 - Épisode 2/4 : Que devons-nous aux plus vulnérables ?
 - Épisode 3/4 : Le monde est-il vulnérable ?
 - Épisode 4/4 : La maladie nous enseigne-t-elle quelque chose ?
- Podcast « Soins et vulnérabilités quelle place pour le consentement » : <https://www.podcastics.com/podcast/episode/soins-et-vulnerabilite-quelle-place-pour-le-consentement-319390/>
- Podcast « Soignantes » : Julie Infirmière en prison , <https://www.santeacademie.com/ressources-pedagogiques/infirmier/julie-infirmiere-en-prison>
- Une série de 8 épisodes à écouter sur la radio France Culture « Les mondes de la santé publique Excursions anthropologiques », notamment les épisodes 6 et 7 : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-les-mondes-de-la-sante-publique-excursions-anthropologiques#concept-about>
 - Épisode 6/8 : Exils précaires : la santé des migrants
 - Épisode 7/8 : Épreuves carcérales : troubles psychiques et désordres sociaux
- Podcast « La tête au carré » France Inter sur la santé des migrants : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/la-tete-au-carre/la-sante-des-migrants-7672760>

Outils pour consultations

- Baromètre Handifaction : <https://www.handifaction.fr/>
- Fiches COACTIS : <https://coactis-sante.fr/>
- Médi-Picto : <https://ib.santebd.org/medipicto>
- Santé BD : <https://santebd.org/>
- Annuaire accessibilité (APF) : <https://www.apffrancehandicap.org/actualites/annuaire-ligne-ameliorer-lacces-aux-soins>
- FALC <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/falc>

**Synthèse élaborée par Laure Pesch,
site d'appui alsacien de l'EREGE**

**WEBINAIRE 5 :
PENSER L'AVENIR DE LA PSYCHIATRIE (04.03.25)**

Cycle de webinaires

**ME SOIGNER DEMAIN :
QUI ? OÙ ? COMMENT ?
POURQUOI ?**

**Quelles visions du soin face à
nos enjeux contemporains ?**

5ème webinaire

Penser l'avenir de la psychiatrie

MARDI 4 MARS 2025 18H À 20H EN VISIO

Informations + programme

www.erege.fr



Contacts : aandruchiw@chu-reims.fr
b.thiriez@chru-nancy.fr
laure.pesch@unistra.fr



SYNTHESE D'ÉVÈNEMENT

ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA BIOÉTHIQUE 2026

DESCRIPTIF DE L'ÉVÈNEMENT :

Espace de Réflexion Éthique : Espace de Réflexion Éthique Grand Est (EREGE)

Thème de l'événement : « Me soigner demain : Qui ? Où ? Comment ? Pourquoi ? »

Sous-thème EGB : organisation du système de soins

Type d'événement : Cycle de webinaires

Titre de l'événement : Webinaire 5 : « Penser l'avenir de la psychiatrie »

Date : 4 mars 2025

Type de public : Tout public

Organisation : Site Lorrain de l'EREGE

Intervenants :

- Introduction : Pr Alain Léon, ancien directeur de l'EREGE Champagne-Ardenne
- Dr Christophe Schmitt, président de la Conférence des PCME de CH spécialisés en psychiatrie, « État des lieux et perspectives ».
- Mme Christine Ligeron, Infirmière en Pratique Avancée à l'EPSM Metz-Jury, « La place des IPA dans le parcours de soins »
- Dr Caroline Soler, Psychiatre et cheffe de pôle à l'EPSM Metz-Jury, « L'équipe psychiatrique de soins intensifs à domicile »
- Animation : Pr Gérard Audibert, Directeur de l'EREGE Lorraine

PROPOS LIMINAIRES :

« La santé mentale est sur le devant de la scène en ce début d'année 2025 : déclarée grande cause nationale par le premier ministre, la psychiatrie fait également l'objet du dernier avis du Comité Consultatif National d'Éthique. La crise de la psychiatrie est nommée et fait l'objet de nombreux rapports depuis plusieurs années sans mesure particulière pour y remédier [1]. Chacun semble d'accord pour dire qu'il est temps d'apporter des solutions aux nombreuses problématiques relevées. Après une introduction du Pr Alain Léon, nous vous proposerons d'effectuer aux côtés du Dr Christophe Schmitt un constat de l'état de la psychiatrie en France aujourd'hui et particulièrement

dans notre région du Grand Est. Nous mettrons ensuite en avant des initiatives innovantes. La place des infirmier/ères en pratiques avancées (IPA) dans la prise en soins spécifique des patients des services de psychiatrie est grandissante, cette opportunité permettrait-elle de remédier partiellement à la crise des vocations du secteur ? @Christine Ligeron abordera ce sujet avec nous. La mise en place d'équipes psychiatriques de soins intensifs à domicile (EPSIAD) serait-elle une issue afin de sortir les patients de l'hôpital psychiatrique et par là même de les déstigmatiser ? Une manière de créer des réseaux soutenant ? Ce dernier sujet sera traité par le Dr @Caroline Soler. C'est par ces regards complémentaires que nous vous proposons d'entamer une réflexion sur ce qu'est la psychiatrie, mais surtout sur ce qu'elle pourrait devenir dans les prochaines années. »

Autant de questions que nous aborderons avec nos intervenants au cours de ce cinquième webinaire du cycle « Me soigner demain : Qui ? Où ? Comment ? Pourquoi ? »

QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE DÉBAT

- . Quels fondements éthiques et dispositifs concrets garantissent un accès digne aux soins psychiatriques, la lutte contre la stigmatisation ?
- . Comment renforcer la formation, l'attractivité et la recherche en psychiatrie ?
- . Comment répondre à la crise démographique et territoriale de la psychiatrie en adaptant l'organisation des soins ?
- . Quelle place et quelle valorisation pour les infirmiers en pratique avancée (IPA) en psychiatrie ?
- . Quels leviers systémiques et de gouvernance pour la valorisation des métiers du soin ?

POINTS DE CONSENSUS

- . Vers une nécessaire diversification de l'offre de soins en psychiatrie (exemple des équipes mobiles), un renforcement des soins de première ligne et une intégration de nouvelles compétences (exemple des IPA, des pairs aidants et des case-managers).
- . Importance de l'accompagnement institutionnel des professionnels occupant des fonctions nouvelles au sein des établissements : préparation des équipes de soins et du réseau extrahospitalier.
- . Nécessité de changer l'image de la psychiatrie et des soins apportés aux personnes atteintes de pathologie mentale, de plus en plus nombreux.

POINTS DE DIVERGENCE

RECOMMANDATIONS POUR LA THÉMATIQUE

- . Travail institutionnel autour de la formation des IPA et de leur intégration de leurs nouvelles fonctions : « ces professionnels doivent être en plus et non à la place de leur ancien poste ».
- . Renforcer la première ligne et structurer les filières de gestion des crises psychiques en dehors de l'hôpital
- . Mettre en place une politique d'attractivité et de valorisation des métiers du soin en améliorant les conditions de travail, en adoptant une gouvernance moins hospitalo-centrée et médico-centrée, en réduisant la charge administrative inhérente aux soins, en proposant des séances de supervision et d'analyse de pratiques.
- . Prévoir des investissements architecturaux qui permettent de renouveler l'image de l'hôpital en favorisant autant la sécurité que l'hospitalité, mais aussi l'accessibilité et la confidentialité. « L'hôpital n'est pas un lieu de vie. L'hôpital n'est pas un lieu d'habitation. »
- . Redonner du sens au travail des professionnels du secteur de la psychiatrie, de l'espoir aux patients en réhabilitant la bienveillance comme une compétence fondamentale du soin.

SYNTHÈSE DE L'ÉVÉNEMENT

L'introduction du Pr Alain Léon brosse un portrait de l'évolution de la psychiatrie. Ses origines stigmatisantes empreintes de déshumanisation et de culture de l'enfermement, sont brillamment illustrées par de nombreux films des années 70 (tels Family Life de Ken Loach ou Vol au-dessus d'un nid de coucou de Milos Forman). L'image de la psychiatrie est encore particulièrement négative : 46 % des Français associent encore la psychiatrie à l'enfermement et 61 % trouvent le milieu psychiatrique anxiogène (19 % en ont très peur)¹⁶. À cette crise de l'image s'associe une crise démographique : 15 à 20 % des postes d'internat restent vacants à l'issue de la répartition. Cependant, une réponse institutionnelle semble émerger : la santé mentale a été érigée comme « Grande cause nationale » en 2025 et le Comité Consultatif National D'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) a rendu son avis 14717 qui propose une feuille de route basée sur la dignité des soins, la lutte contre la stigmatisation et le renforcement de la formation ainsi que de la recherche.

¹⁶ [DossierPresse ChoisirPsychiatrie CNUP Final Janv 24.pdf](#)

¹⁷ [Enjeux éthiques relatifs à la crise de la psychiatrie : une alerte du C.C.N.E. | Comité consultatif national d'éthique](#)

Le Dr Schmitt, Médecin psychiatre, Président de la conférence nationale des présidents de CME (Commission Médicale d'Établissement) de CHS (Centre Hospitaliers Spécialisés en psychiatrie) complète ces propos en expliquant que la crise des ressources humaines n'est pas une question de chiffres, mais de répartition, d'organisation et d'adaptation aux nouveaux besoins. Pour lui, l'innovation est une obligation. L'état des lieux est paradoxal : le nombre de psychiatres augmente, mais en regard la sensation de pénurie est réelle à cause de la hausse des besoins en santé mentale, du travail à temps partiel des nouveaux professionnels ainsi que de la fracture territoriale (on observe en effet une concentration de l'offre de soins dans les métropoles parallèlement à une désertification rurale). Les besoins de soins psychiques sont en progression : par exemple, on pointe une augmentation de 194 % des passages aux urgences pour idées suicidaires chez les mineurs par rapport à l'avant-COVID. Il semble donc urgent de modifier le modèle actuel afin qu'il réponde mieux aux attentes des populations et des soignants. À cet effet, plusieurs pistes sont à envisager : tout d'abord, sortir du modèle hospitalo-centré en développant des alternatives proposant des équipes mobiles et en structurant le réseau autour du domicile du patient. Ensuite, diversifier l'offre centrée sur le personnel médical afin d'intégrer et de valoriser la pratique d'autres professionnels tels les Infirmiers en Pratiques Avancées (IPA) ou les psychologues. Le premier recours auprès des médecins généralistes doit également être renforcé. Enfin, l'attractivité du métier doit être renforcée en prenant soin des professionnels et en communiquant positivement sur le milieu psychiatrique. « Le soin, certes il a un coût, mais en réalité il n'a pas de prix ».

Christine Ligeron a ensuite présenté son travail d'IPA en Psychiatrie en mettant en avant son rôle « d'interface » structurant les parcours de soins complexes. Par exemple, dans la prise en soins des personnes ayant des troubles des conduites alimentaires (TCA), l'IPA coordonne le « trépied thérapeutique » (psychologique, nutritionnel et somatique) et met en place des modules de psychoéducation pour les jeunes concernés et leurs parents. Cette pratique s'illustre également auprès des enfants ayant un retrait social anxieux avec lesquels l'IPA a coconstruit un « pacte de réussite scolaire » en lien avec l'équipe pédagogique. En résumé : « l'IPA partage la bonne information au bon moment, au bon interlocuteur, tout en mettant le jeune et ses parents au centre du dispositif ».

La docteure Caroline Soler, médecin psychiatre à l'EPSM Metz-Jury, présente l'Équipe Psychiatrique de Soins Intensifs à Domicile (EPSIAD), qu'elle a contribué à mettre en place. Il s'agit d'une alternative à l'hospitalisation pour gérer la crise aiguë au domicile : la prise en charge pluriprofessionnelle intensive du patient persiste durant quatre semaines. L'accès à ce type de prise en charge est direct et simplifié avec une approche médico-psycho-sociale et un maillage autour du patient. Les résultats sont probants : on observe une baisse du taux de soins sans consentement de 52 à 36 % (malgré une augmentation du nombre de patients pris en charge). La satisfaction des

patients est accrue avec un point particulier concernant la disponibilité des soignants (ce chiffre est supérieur à celui d'un service d'hospitalisation). La docteure Soler présente un maillon essentiel de cette prise en charge : une case manager. C'est une professionnelle dont le rôle est de prévenir les ruptures de parcours chez les patients les plus fragiles : elle utilise la méthode AGILE qui part des besoins et envies du patient pour lui proposer la co-construction d'un projet de vie et de soins sur mesure.

Ce webinaire a abordé à travers ces différentes interventions, la crise systémique de la psychiatrie et a mis en exergue l'impératif d'une transformation profonde des pratiques et des mentalités. Nous pourrions le résumer en une phrase : Penser et panser la psychiatrie : de l'effondrement annoncé à la reconstruction par l'innovation.

BIBLIOGRAPHIE

- Site internet : <https://www.erege.fr/>
- Calaméo publications : <https://www.calameo.com/accounts/7457139>
- Newsletter « Échos Ethiques » : <https://echos-ethiques.erege.fr/>

Les propositions des références qui vont suivre (livres, films, rapports) permettent d'aller plus loin dans la réflexion. Si certains avis, certaines positions sont exprimés, elles ne relèvent pas d'un positionnement éventuel de l'EREGE, tenu à la certaine neutralité, cependant, elles viennent alimenter les termes d'un débat très complexe sur des sujets souvent difficiles, qui comportent des problèmes éthiques importants.

Bibliographie Sélective :

- CHASSAGNOUX Anne & al, Infirmier en Pratique Avancée — IPA — Mention Psychiatrie et santé mentale, Foucher, 2024.
- DOHERTY William, La psychothérapie à l'épreuve de l'éthique, Coll. « Psychothérapies créatives », Fabert, 2019.
- FÉDÈLE, Marc. « L'éthique des soins en milieu pénitentiaire à l'épreuve... des soins ». L'information psychiatrique, 2024/6 Volume 100, p. 409-414 : <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2024-6-page-409?lang=fr>.
- MANUELLO Pascale & SICOT François, « Innover par-delà le secteur ? État des lieux d'un dispositif réactif de crise en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ». L'information psychiatrique, 2022/3 Volume 98, p. 165-171. DOI : 10.1684/ipe.2022.2391. URL : <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2022-3-page-165?lang=fr>.
- MOUGEOT Frédéric & al, « Apprendre (de) la violence à l'hôpital : directives anticipées en psychiatrie et violence des soins ». Rhizome, 2021/2 N° 80-81, p. 27-28. DOI : 10.3917/rhiz.080.0027. URL : <https://shs.cairn.info/revue-rhizome-2021-2-page-27?lang=fr>.

- REVILLOT Jean-Marie, Aide-Mémoire — Le soin en psychiatrie — Les fondamentaux en 30 notions, Dunod, 2024
- RICHA Sami, « Contention et isolement : une éthique de la contrainte », Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 2024 : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448724003809>
- RICHA Sami, Manuel d'éthique en psychiatrie, Presses Universitaires François Rabelais, 2019
- RICHA Sami, « Une brève histoire de l'éthique et son application en psychiatrie », Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 180, Issue 10, 2022 : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448722003067>
- STERN Emilie & al, « La psychiatrie connectée, une psychiatrie augmentée ? » Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 180, Issue 7, 2022, Pages 702-706, : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448722002165>
- La pair-aidance Etats des lieux et expériences. Conseil d'Orientation du site d'appui Lorrain de l'EREGE <https://www.calameo.com/books/007457139911160050e86>
- Série d'articles du Monde : « La santé mentale sans consentement » Janvier 2025 La psychiatrie publique en France, un système à bout de souffle (1/3) La psychiatrie publique en France, un système à bout de souffle. « Leurs paroles n'ont jamais aucun crédit » : l'impossible dialogue entre les patients en psychiatrie et les juges (2/3) « Leurs paroles n'ont jamais aucun crédit » : l'impossible dialogue entre les patients en psychiatrie et les juges « Il y en a combien qui souffrent comme cela depuis des années ? » : enquête sur les patients attachés dans les hôpitaux psychiatriques (3/3) « Il y en a combien qui souffrent comme cela depuis des années ? » : enquête sur les patients attachés dans les hôpitaux psychiatriques

Filmographie Sélective

- État limite réalisé par Nicolas Peduzzi (2023)
- Triptyque sur la santé mentale : soignants et soignés de Nicolas Philibert : Sur l'Adaman (2023), Averroes et Rosa Park (2024), La machine à écrire et autres sources de tracas...(2024)

Rapports et textes de loi

- Livret FHF (avril 2024) — Répondre à l'urgence et bâtir l'avenir de la psychiatrie : <https://www.calameo.com/fhf/read/0037957021f8939085e12>
- Feuille de route du ministère « Santé mentale et psychiatrie » (Mars 2024) https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route.sante-mentale-psychiatrie-2024.pdf
- Audition du président de la Fédération Française de Psychiatrie par le Comité National Consultatif d'Éthique (Jeudi 25 juin 2020) : <https://fedepsychiatrie.fr/wp-content/uploads/2020/07/CCNE-Consentement.pdf>
- Ressources les droits des patients en psychiatrie, sur le site du ministère : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/prevention-informations-et-droits/article/les-droits-des-patients-en-psychiatrie>

Autres ressources vidéo

- Webinaire EREGÉ : Le site d'appui alsacien a organisé un webinaire « La contention un soin une question éthique Regards croisés »
<https://www.youtube.com/watch?v=HkVDFh7bKGE>
- Enregistrement EREGÉ site Champardennais : « Vécu en psychiatrie : de l'écoute aux soins » <https://www.youtube.com/watch?v=5MRfO6drHaM>

Podcasts et émissions de radio

- Une série de 3 épisodes à écouter sur la radio France Culture « Santé mentale : une histoire d'économie » : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-folie-ou-sante-mentale-une-histoire-d-economie>
 - Épisode 1/3 : Quand la psychiatrie sort de l'asile
 - Épisode 2/3 : Le marché du bonheur de synthèse
 - Épisode 3/3 : Un psy dans l'appli
- Podcast France Culture « Voyages en psychiatrie » :
<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-voyages-en-psychiatrie>
- Une série de 4 épisodes à écouter sur la radio France Culture « Psychiatrie : la folie ordinaire » : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-psychiatrie-la-folie-ordinaire>
 - Episode 1/4 : La part de folie en nous
 - Épisode 2/4 : Le destin de la psychiatrie
 - Épisode 3/4 : Infirmiers : les garde-fous de la psychiatrie
 - Episode 4/4 : En prison sur ordonnance
- Une série de 4 épisodes à écouter sur la radio France Culture « Sommes-nous tous vulnérables ? » : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/avec-philosophie/le-care-est-il-genre-1726440>
 - Episode 1/4 : La vulnérabilité est-elle une faiblesse ?
 - Épisode 2/4 : Que devons-nous aux plus vulnérables ?
 - Épisode 3/4 : Le monde est-il vulnérable ?
 - Episode 4/4 : La maladie nous enseigne-t-elle quelque chose ?
- Podcast « Soins et vulnérabilités quelle place pour le consentement » :
<https://www.podcastics.com/podcast/episode/soins-et-vulnerabilite-quelle-place-pour-le-consentement-319390/>

**Synthèse élaborée par Bénédicte Thiriez,
site d'appui Lorrain de l'EREGE**

**WEBINAIRE 6 :
RETROSPECTIVES ET PERSPECTIVES (31.03.26)**

Cycle de webinaires

**ME SOIGNER DEMAIN :
QUI ? OÙ ? COMMENT ?
POURQUOI ?**

**Quelles visions du soin face à
nos enjeux contemporains ?**

6ème webinaire

**WEBINAIRE CONCLUSIF
RETROSPECTIVE ET PERSPECTIVES**

MARDI 31 MARS 2026 18H30 À 20H EN VISIO

SE CONNECTER

Informations +
programme
www.erege.fr



Contacts : aandruchi@chu-reims.fr
b.thiriez@chru-nancy.fr
laure.pesch@unistra.fr



DESCRIPTIF DE L'ÉVÉNEMENT :

Espace de Réflexion Éthique : Espace de Réflexion Éthique Grand Est (EREGE)

Thème de l'événement : « Me soigner demain : Qui ? Où ? Comment ? Pourquoi ? »

Sous-thème EGB : organisation du système de soins

Type d'événement : Cycle de webinaires

Titre de l'événement : Webinaire 6 : « Quelles visions du soin face aux enjeux contemporains — webinaire conclusif »

Date : 31 mars 2026

Type de public : Tout public

Invité en qualité de témoin : Docteur Geoffrey DAGHER

- Webinaire introduit par M Gérard AUDIBERT — directeur du site lorrain de l'EREGE
- Présentation de la synthèse du webinaire 1 « La vision du soin par les soignants » (9 avril 2024) — Mme Sahar MOUSSA-BADRAN — directrice du site champardennais de l'EREGE
- Présentation de la synthèse du webinaire 2 « Système de santé et accès aux soins : Quels enjeux actuels et futurs ? » (19 juin 2024) — Mme Sahar MOUSSA-BADRAN — directrice du site champardennais de l'EREGE
- Présentation de la synthèse du webinaire 3 « Accès aux soins des personnes en situation de handicap » (1^{er} octobre 2024) — Mme Bénédicte THIRIEZ — coordinatrice du site lorrain de l'EREGE
- Présentation de la synthèse du webinaire 4 « Accès aux soins des personnes vulnérables » (12 décembre 2024) — Mme Laure PESCH — coordinatrice du site alsacien de l'EREGE
- Présentation de la synthèse du webinaire 5 « Penser l'avenir de la psychiatrie » (4 mars 2025) — Mme Bénédicte THIRIEZ — coordinatrice du site lorrain de l'EREGE
- Webinaire conclu par M Patrick KARCHER — directeur du site alsacien de l'EREGE

PROPOS LIMINAIRES :

Le cycle de webinaires initié par l'EREGE au début de l'année 2024 avait pour objet d'explorer et de réfléchir sur « **Me soigner demain : Qui ? Où ? Comment ? Pourquoi ?** » et de partager ainsi des dilemmes éthiques que peuvent rencontrer les soignants sur le terrain et de réfléchir à ce que soigner peut vouloir dire face aux enjeux actuels et futurs (numérique en santé, accès aux soins...).

Les thématiques, explorées lors des cinq webinaires, sont chacune présentées sous forme de synthèses qui reprennent les questions soulevées par les intervenants et les participants. Elles sont proposées au regard de Monsieur Geoffroy Dagher, invité à s'exprimer depuis sa réalité de médecin généraliste récemment installé, car il « *Va nous soigner demain* ».

REGARDS SUR LES ENJEUX DU SOIN DEMAIN

Le monde de la santé évolue avec et en regard de la société dans laquelle il s'insère. Il est traversé par l'ensemble des changements sociaux, démographiques, technologiques, réglementaires et politiques qui irriguent la société. La pratique du soin se modifie sous la force de ces changements qui concernent les besoins et demandes de la population, les outils et moyens disponibles, l'état des connaissances, le financement du système.

Le changement populationnel et générationnel (qui concerne les praticiens) incline à réinterroger les pratiques du soin dans les territoires. Le changement populationnel dans la patientèle correspond au vieillissement général de la population et aux besoins spécifiques de santé liés, que sont les pathologies chroniques voire polypathologies chroniques qui nécessitent davantage une approche globale de la personne. Approche qui justifierait un temps de consultation approprié, plus long, non pas centré autour d'actes uniques, mais sur un travail de clinique holistique.

Certains professionnels pensent que ce temps plus long, utile et nécessaire à une approche globale de qualité, devrait être financièrement valorisé afin de soutenir une pratique qui prenne mieux en charge, notamment en instaurant une rémunération au temps et non plus à l'acte.

Le changement générationnel évoqué ici correspond, quant à lui, à l'évolution de la démographie médicale dans laquelle un changement de mode de vie est largement observé, qui vise une meilleure conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle. Ceci influence largement les pratiques et la répartition des médecins sur le territoire. Ils aspirent à un lieu d'exercice, qui sera aussi un lieu de vie pour eux et leurs proches, et privilégient de fait largement les territoires qui permettent l'accès à des services de proximité comme les services à la petite enfance, la culture.... Cette recherche d'une meilleure conciliation entre vie professionnelle et personnelle se traduit aussi par l'organisation d'un temps de travail adapté, avec des amplitudes horaires moindres (fermeture hebdomadaire de cabinet par exemple). Cette question de la baisse du temps d'accès au soin est relativement nouvelle dans le secteur de la santé, qui avait habitué la population à une disponibilité médicale très souple. Elle participe aussi parfois aux difficultés d'accès aux soins de médecine générale dans les territoires, mais aussi aux spécialités qui restent concentrées dans et autour des

centres urbains. Ces nouvelles aspirations individuelles faisant dire qu'actuellement il faudrait en moyenne sur le territoire 2,6 praticiens nouvellement formés pour 1 praticien cessant son activité.

Modification de l'organisation de l'offre de soins

L'organisation de l'offre de soin se modifie aussi. Elle peut être le fait des praticiens ou bien des organisations administratives territoriales.

Les pratiques en cabinet ou en maison médicale semblent recherchées afin de favoriser le lien, de rompre un isolement, de mettre en commun certains moyens (achat d'équipement par exemple, emploi d'assistants médicaux qui vont éviter au médecin certains actes à faible valeur ajoutée, chronophages en consultation comme la prise de constantes) et de mettre en place de nouvelles modalités d'accueil de la patientèle.

Des organisations professionnelles renouvelées peuvent aussi permettre une prise en charge plus globale du patient. Notamment sous forme de maisons médicales qui associent différents profils médicaux et para-médicaux qui répondent ainsi mieux à la préoccupation de parcours de soin. Ou bien via les CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé), qui offrent l'opportunité de créer des liens dans les territoires entre professionnels, de mieux connaître les autres professionnels du soin, de mieux s'insérer dans le paysage médical entre ville et l'hôpital.

L'utilisation de nouveaux outils, comme la téléexpertise, contribue aussi à modifier les pratiques, et à pallier les difficultés d'accès à certaines spécialités. Au risque parfois que certains spécialistes deviennent des experts de la téléexpertise, des télé-experts à plein temps, et ce d'autant plus que l'acte de téléexpertise est mieux rémunéré (subvention) qu'un acte de consultation classique. Cette pratique pose la question de la relation humaine qui disparaît alors de la clinique.

L'offre de soins elle-même se modifie du fait de la recherche, par les médecins, d'une meilleure rémunération. Ils vont alors chercher à privilégier des actes qui concernent une pathologie unique, qui sont plus rémunérateurs, car plus courts et plus répétitifs et qui permettent d'augmenter le volume de la patientèle. Cette tendance est observée dans la population des médecins généralistes, mais aussi de spécialité et se développe dès la formation des médecins à qui sont proposés des diplômes universitaires des spécialités dans différents domaines comme le sport, le sommeil, la douleur.

La formation des médecins au centre des changements

Face aux modifications structurelles de la société, le renouvellement de l'offre de soin, qui doit garantir l'égalité d'accès aux soins, la viabilité du financement, la liberté des acteurs et la qualité du soin, doit être accompagné et soutenu par une formation rénovée des médecins. Celle-ci doit leur permettre, les inciter à explorer des pratiques nouvelles, s'adapter à des publics à besoins

spécifiques, à bien utiliser les outils nouveaux notamment numériques. L'organisation de stages au cours des études en territoires « sous-dotés » peut, par exemple, faire découvrir une pratique en dehors des centres urbains, l'immersion auprès de publics à besoins spécifiques à développer des connaissances et des expertises nouvelles et différentes.

La formation doit aussi préparer les médecins à répondre aux évolutions sociétales afin de savoir les personnes et de soutenir la volonté des soignants d'accueillir tout le monde.

Conclusion

Me soigner demain ? Qui ? Où ? Comment ? Pourquoi ?

La série de webinaires organisée par l'EREGE avait pour ambition d'aborder les questionnements posés par les évolutions sociales, sociétales, économiques, techniques contemporaines et les réponses possibles pour que l'accès à la santé soit un droit affermi demain.

Les intervenants qui se sont exprimés tout au long de ces webinaires ont relevé des difficultés inhérentes à la pratique médicale actuelle, mais aussi des solutions utiles ou déjà mises en place.

**Synthèse élaborée par Laure Pesch,
site d'appui alsacien de l'EREGE**

Pour visionner le cycle complet de webinaires

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLSU5wu4L9WCC1yPRBzoKp7Ph3f4pHXhmV>





EREGE

Espace de Réflexion Éthique Grand Est



Contacts :

Site champardennais

aandruchiw@chu-reims.fr

Site lorrain

b.thiriez@chru-nancy.fr

Site alsacien

laure.pesch@unistra.fr

Retrouvez tous nos travaux et contacts



*Proposition graphique Rachel François
Assistante médico-administrative du site d'appui Champardennais de l'EREGE*