

Synthèse du café éthique – 29/09/2026 – Salle Colloque Sébastopol

« Quand les attentes paraissent irréalistes ou déraisonnables : Jusqu'où rééduquer ? »

Enjeux éthiques des objectifs en SMR »






**Quand les attentes paraissent
irréalistes ou déraisonnables :
Jusqu'où rééduquer ?**

Enjeux éthiques des objectifs en SMR*

Avec le Dr Gaël Belassian PH MPR Hôpital Sébastopol

 **Mardi 29 septembre 2026 de 12h00 à 13h00**
Salle Colloque Hôpital Sébastopol, 48 rue de Sébastopol à Reims

Ouvert à tous , café offert 

*Soins Médicaux de Réadaptation

Animé par Angélique Maquart-Letourneau, coordinatrice de la démarche éthique du CHU et UFR pôle Santé et Amandine Andruchiw, docteur en philosophie et coordinatrice du site d'appui champardennais de l'EREGÉ

Contacts : andruchiw@chu-reims.fr - amaquart@chu-reims.fr






Introduction

Ce café éthique, ouvert aux professionnels et au grand public, a été organisé à l'initiative de l'Espace de réflexion éthique Grand Est site Champardennais, en lien avec la coordination éthique du CHU de Reims et le Dr Gaël Belassian (PH MPR, membre du comité d'éthique). Il avait pour objectif de proposer un temps de réflexion collective autour d'une question particulièrement présente en soins médicaux et de réadaptation (SMR) :

Jusqu'où poursuivre une rééducation lorsque les objectifs exprimés par la personne paraissent irréalistes, difficiles à atteindre ou en décalage avec les possibilités identifiées par les professionnels ?

La rencontre a été pensée comme un espace de dialogue et de réflexion, et non comme un lieu où seraient apportées des réponses définitives. Les échanges ont ainsi cherché à faire émerger les différentes dimensions éthiques de ces situations : autonomie de la personne, espoir, vérité et incertitude, temporalité, proportionnalité des soins, place des proches, objectifs de l'équipe, projet de vie et ressources disponibles.

1. Le SMR : rééduquer, réadapter, accompagner

La rencontre a débuté par un échange sur ce que représente le SMR pour les participants.

Plusieurs termes ont spontanément été associés à ces prises en charge :

- Rééducation ;
- Réhabilitation ;
- Accompagnement ;
- Relation ;
- Travail pluridisciplinaire ;
- Amélioration ;
- Retour à domicile ;
- Espoir.

Le SMR a été présenté comme un espace de soins particulier, dans lequel le patient n'est pas seulement destinataire d'un traitement. La prise en charge repose largement sur sa participation, son engagement et ses capacités propres.

Une distinction a été proposée entre **rééducation** et **réadaptation**.

La rééducation renvoie davantage à la restauration d'une fonction : par exemple, retrouver une capacité de marche après une lésion ou un accident.

La réadaptation envisage la personne dans sa globalité et prend notamment en compte les possibilités de compensation, l'environnement humain et matériel, le domicile, le contexte social et le projet de vie. Elle se situe ainsi à l'interface du sanitaire et du social.

Cette distinction conduit à considérer que l'objectif n'est pas nécessairement de restaurer à l'identique une fonction antérieure, mais aussi de permettre à une personne de **retrouver du pouvoir d'agir et de remettre sa vie en mouvement**, éventuellement par d'autres voies.

2. Qu'est-ce qui fait qu'une prise en charge « fonctionne » ?

La question de l'efficacité de la rééducation a rapidement été mise en discussion.

Plusieurs éléments ont été identifiés comme participant à la réussite d'une prise en charge :

- Les capacités et les réserves propres à la personne ;
- Son état de santé et ses éventuelles comorbidités ;
- Sa motivation ;
- Ses attentes et ses espoirs ;
- Son environnement humain ;
- Son environnement matériel ;
- Son environnement géographique ;
- Ses connaissances et sa compréhension de la situation ;
- La durée et l'intensité de la prise en charge ;
- La qualité du travail pluridisciplinaire.

La prise en charge en rééducation ne peut donc pas être assimilée à l'administration d'un traitement dont l'effet serait indépendant de la personne. Elle suppose une participation active du patient et une rencontre entre ses capacités, ses aspirations, son environnement et les propositions thérapeutiques.

Cette singularité rend difficile toute systématisation.

Il a également été souligné que les données scientifiques et les outils pronostiques ne permettent pas toujours de prédire précisément l'évolution individuelle d'une personne. Les connaissances disponibles apportent des repères issus de populations de patients, mais ne permettent pas nécessairement de déterminer avec certitude ce qui adviendra pour une personne donnée.

Cette part d'incertitude constitue une dimension importante de la pratique en rééducation.

3. Deux situations pour ouvrir la réflexion

Deux situations cliniques, anonymisées et composites, ont été présentées afin de faire émerger les questionnements.

Situation 1 : vouloir courir après un accident cérébral

La première situation concerne une personne ayant présenté un accident cérébral sévère, initialement très dépendante et aphasique.

Après plusieurs mois de rééducation, des progrès importants ont été observés, mais la marche reste altérée et nécessite notamment l'utilisation d'une canne tripode.

Lorsque la personne est interrogée sur ses objectifs, elle exprime clairement son souhait prioritaire :

« Je voudrais reprendre la course à pied. »

L'équipe, de son côté, envisage des objectifs qui lui paraissent davantage accessibles, par exemple améliorer la marche, éventuellement sans canne et en extérieur.

La famille exprime quant à elle le souhait que la personne reste dans le service afin de poursuivre une rééducation intensive, dans l'espoir qu'elle récupère davantage et « redevienne comme avant ».

Parallèlement, au fil des mois, l'équipe observe une diminution de la motivation de la personne et comprend progressivement qu'elle souhaiterait plutôt rentrer à domicile.

Trois visions se trouvent ainsi en tension :

- *Celle de la personne et de son projet ;*
- *Celle de l'équipe et de ses évaluations ;*
- *Celle de la famille et de ses attentes.*

Situation 2 : vouloir remarcher après un traumatisme crânien grave

La seconde situation concerne une jeune femme victime d'un accident de la voie publique ayant entraîné un traumatisme crânien grave.

Après plusieurs mois de prise en charge, elle reste très dépendante, notamment en raison de troubles cognitifs importants. Après environ un an de rééducation, elle a néanmoins progressé : elle peut effectuer une partie de ses transferts avec assistance, participer à sa toilette et à son habillage et se déplacer en fauteuil roulant dans l'établissement.

La station debout et la marche restent très difficiles, avec un risque de chute important. Des troubles cognitifs persistent également, notamment concernant l'attention et la mémoire, et la personne présente une mauvaise perception de ses propres difficultés.

Lorsqu'elle est interrogée sur ses objectifs, elle exprime cependant deux souhaits :

- Remarcher ;
- Reprendre son activité professionnelle d'expert-comptable.

Au sein même de l'équipe, les avis divergent : certains professionnels pensent qu'un potentiel d'évolution existe encore, tandis que d'autres considèrent que l'objectif de marche est devenu très improbable.

La prise en charge intensive se poursuit néanmoins, sur une durée très longue, avec l'apparition progressive d'une fatigue importante.

Cette situation fait apparaître une nouvelle question : *comment décider de poursuivre, de modifier ou de réorienter une prise en charge lorsque les professionnels eux-mêmes ne partagent pas la même appréciation du potentiel de récupération ?*

4. L'autonomie : qui décide des objectifs ?

La notion d'autonomie a été particulièrement discutée.

Il a été rappelé que **le terme d'autonomie dans sa dimension éthique** ne désigne pas uniquement la capacité physique à effectuer seul les actes de la vie quotidienne. Elle renvoie également à la **capacité de décider pour soi-même**, de formuler des choix et de participer aux décisions qui concernent sa vie.

Une tension peut alors apparaître entre :

- Ce que souhaite la personne ;
- Ce que l'équipe considère comme médicalement ou fonctionnellement accessible ;
- Ce que les proches espèrent pour elle.

La question éthique devient alors moins :

« Quel objectif devons-nous fixer pour cette personne ? »

Que :

« Comment pouvons-nous construire avec elle un objectif qui ait du sens pour elle, à partir de ce que nous savons et de ce que nous ignorons ? »

Plusieurs participants ont insisté sur l'importance de ne pas décider trop rapidement à la place du patient.

Ce qui ressort des échanges : l'équipe peut accompagner, informer, proposer, expliquer les possibilités et les limites, mais elle doit également laisser à la personne le temps nécessaire pour cheminer dans la compréhension de sa situation.

5. L'espoir et le risque du « faux espoir »

La question de l'espoir a constitué un axe majeur des échanges.

Plusieurs participants ont considéré que **l'espoir est indispensable à la rééducation**. Une prise en charge intensive demande beaucoup d'énergie et d'investissement de la part du patient. Priver celui-ci de toute perspective pourrait compromettre sa motivation.

Mais une difficulté apparaît : **où placer le curseur entre entretenir l'espoir et donner un faux espoir ?**

Certains participants ont contesté l'expression même de « faux espoir ».

Un espoir peut être très improbable ou ne pas correspondre à ce que les professionnels pensent possible, sans pour autant être « faux » pour la personne qui le porte.

A été évoqué le cas d'une personne âgée devenue hémiplegique après un AVC qui avait conservé toute sa vie l'espoir de reconduire. Même si les professionnels savaient que cet objectif était très probablement inaccessible, cet espoir pouvait conserver une importance réelle dans sa vie : s'intéresser aux dispositifs adaptés, consulter des catalogues, se renseigner, imaginer des possibilités.

L'enjeu n'était donc pas nécessairement de supprimer cet espoir, mais de pouvoir **accompagner la personne dans ce qu'il représente pour elle**.

Une autre manière de considérer l'espoir a été proposée à travers l'idée de « viser la lune » : on ne sait pas toujours jusqu'où la personne pourra progresser, mais elle pourra peut-être atteindre des objectifs intermédiaires ou des « étoiles » qu'elle n'avait pas initialement envisagés.

6. Dire la vérité : quelle vérité et à quel moment ?

Les échanges ont ensuite porté sur le devoir d'information et la question de la vérité.

Plusieurs questions ont été soulevées :

- Faut-il dire au patient que son objectif paraît très improbable ?
- À quel moment faut-il le lui dire ?
- Toute la vérité doit-elle être dite immédiatement ?
- Quelle est la part de certitude réelle des professionnels dans leurs pronostics ?
- La manière dont l'information est donnée peut-elle modifier l'espoir et la motivation ?
- La personne est-elle prête, à cet instant précis, à entendre certaines informations ?

Une idée importante a émergé : **la vérité n'est pas toujours une donnée simple et définitive**.

Dans de nombreuses situations de rééducation, les professionnels ne disposent pas d'un pronostic individuel certain. Ils peuvent décrire l'état actuel, s'appuyer sur les données de la littérature et leur expérience, mais doivent reconnaître les limites de leurs connaissances.

Il a donc été proposé de rester honnête à la fois sur :

- Ce que l'on sait ;
- Ce que l'on pense probable ;
- Ce que l'on ne sait pas ;
- Ce qui reste possible ;
- Les limites actuelles de la médecine et de la rééducation.

La temporalité apparaît alors essentielle.

Une information peut être donnée, puis reprise ultérieurement. Le patient peut progressivement comprendre sa situation et modifier ses aspirations. L'objectif n'est pas nécessairement d'obtenir immédiatement une adhésion à l'analyse des professionnels.

7. Le temps comme élément du soin

Le temps a été présenté comme une ressource fondamentale mais parfois difficilement compatible avec les contraintes institutionnelles.

Plusieurs participants ont insisté sur la nécessité de prendre du temps pour parler avec le patient.

Un échange approfondi dans un bureau, pouvant durer longtemps, peut permettre de comprendre des aspirations qui ne sont pas nécessairement exprimées dans les temps ordinaires de soins.

Il a également été constaté que ce que le patient dit lors d'un entretien individuel peut être différent de ce qu'il exprime ensuite auprès des équipes.

Le temps permettrait ainsi :

- De comprendre les aspirations réelles ;
- D'identifier les éventuelles influences de l'entourage ;
- De faire émerger les préoccupations du patient ;
- De reprendre les objectifs au fil de l'évolution ;
- De permettre un cheminement et éventuellement un travail d'acceptation.

Cette notion de temps rejoint également celle du **deuil** : certaines personnes doivent progressivement faire le deuil d'un fonctionnement antérieur ou d'un projet initial afin de pouvoir construire un nouveau projet de vie.

Pour autant, « faire le deuil » ne signifie pas nécessairement renoncer à toute progression ou à toute possibilité d'évolution.

8. Peut-on savoir quand il faut arrêter ou modifier une rééducation ?

La question de la durée de la prise en charge a été particulièrement débattue.

Une question volontairement concrète a été posée :

« Si, au bout de deux mois, les progrès sont très faibles, faut-il continuer ? »

Plusieurs critères ont été proposés pour réfléchir à cette décision :

- La poursuite de la prise en charge est-elle bénéfique ?
- Est-elle proportionnée aux contraintes qu'elle impose ?
- Est-elle fatigante ou délétère pour la personne ?
- Existe-t-il encore un potentiel d'évolution ?
- La personne souhaite-t-elle poursuivre ?
- Existe-t-il des objectifs intermédiaires pertinents ?
- D'autres modalités de réadaptation seraient-elles possibles ?
- La poursuite en hospitalisation est-elle réellement nécessaire ?
- Quels relais pourraient être proposés à domicile ou dans une autre structure ?

L'idée d'une **échéance réévaluable** a été évoquée : plutôt que de poursuivre indéfiniment « encore un peu », il pourrait être utile de définir avec la personne un temps donné, à l'issue duquel la situation serait réévaluée.

Cette échéance ne serait toutefois pas rigide : elle pourrait être adaptée en fonction de l'évolution.

9. La proportionnalité des soins

La notion de proportionnalité est apparue comme un repère éthique important.

Une prise en charge très intensive et très prolongée peut avoir des bénéfices, mais également des contraintes :

- Fatigue ;
- Investissement physique et psychologique ;
- Durée d'hospitalisation ;
- Éloignement du domicile ;
- Dépendance au fonctionnement institutionnel ;
- Mobilisation importante des ressources.

La question n'est donc pas uniquement de savoir si quelque chose est techniquement possible, mais également de se demander :

« Le bénéfice attendu justifie-t-il les contraintes imposées à cette personne ? »

La dimension collective des ressources a également été évoquée.

Les places en SMR étant limitées, maintenir une personne très longtemps dans une structure signifie aussi que ces ressources ne sont pas disponibles pour d'autres personnes.

Cette dimension collective ne doit pas effacer la singularité de la personne, mais elle constitue une composante du contexte dans lequel les décisions sont prises.

10. Quand l'hôpital devient un lieu de vie

Un autre questionnement a émergé autour de la durée d'hospitalisation.

L'hôpital n'est pas initialement conçu comme un lieu de vie. Pourtant, lorsqu'une personne y séjourne six mois, un an, voire davantage, l'établissement et les professionnels peuvent progressivement devenir ses principaux repères.

Une sortie peut alors représenter non seulement un changement de lieu mais également une nouvelle rupture :

- Perte de repères ;
- Changement des habitudes ;
- Diminution de l'accompagnement quotidien ;
- Retour dans un environnement devenu différent de celui qui existait avant l'accident ou la maladie.

Cette dimension doit être anticipée.

La sortie ne devrait donc pas être pensée uniquement comme l'arrêt d'un programme de rééducation, mais comme une **étape du parcours de vie et de réadaptation**.

11. Une rééducation peut-elle être réussie sans atteindre l'objectif initial ?

Cette question a suscité des réponses nuancées.

Plusieurs participants ont considéré qu'une rééducation pouvait être réussie même si l'objectif initial n'était pas atteint.

L'objectif peut évoluer au cours du parcours.

Une personne peut initialement vouloir remarcher, reprendre son activité professionnelle ou retrouver exactement sa vie antérieure. Au fil du temps, elle peut découvrir d'autres possibilités et redéfinir ce qui compte pour elle.

La réussite peut alors être associée :

- À un progrès fonctionnel ;
- À une plus grande autonomie ;
- À un retour à domicile ;
- À une amélioration de la qualité de vie ;
- À une meilleure compréhension de ses capacités ;
- À l'acquisition de nouvelles stratégies ;
- À la reprise d'une activité différente ;
- À la possibilité de retrouver une place sociale ;
- Ou simplement à l'atteinte d'un objectif intermédiaire qui a du sens pour la personne.

Un objectif initialement somatique peut ainsi progressivement laisser place à un objectif davantage orienté vers la **qualité de vie**.

Cette évolution ne signifie pas nécessairement un échec : elle peut correspondre à un cheminement.

12. Les proches : soutien, influence et parfois décalage

La place des proches a également été soulignée.

Dans certaines situations, les proches peuvent avoir des attentes différentes de celles du patient.

Ils peuvent souhaiter que la personne :

- Récupère comme avant ;
- Poursuive une rééducation intensive ;
- Reste hospitalisée ;
- Atteigne un niveau fonctionnel particulier.

Mais ces attentes peuvent parfois conduire la personne à poursuivre certains objectifs pour ne pas décevoir son entourage.

Il a ainsi été proposé de rencontrer les proches, mais aussi de permettre au patient de s'exprimer seul, afin de distinguer :

« Ce que je veux »

de

« Ce que je pense que mes proches attendent de moi ».

La famille doit donc être associée à la réflexion sans que sa vision se substitue à celle de la personne.

13. Les biais possibles au sein de l'équipe

Les échanges ont également permis de questionner la place des professionnels eux-mêmes.

Un professionnel peut croire fortement au potentiel d'une personne ; un autre peut considérer que son potentiel est épuisé.

À l'inverse, l'équipe peut parfois adopter trop rapidement une représentation limitante du patient.

L'expression de « **croissance limitante** » a été utilisée pour interroger cette possibilité : si les professionnels considèrent qu'une personne ne progressera plus, cette représentation peut-elle influencer inconsciemment les objectifs proposés et les possibilités qui lui sont offertes ?

La pluridisciplinarité apparaît ici comme une ressource essentielle.

Le fait de confronter les points de vue permet de limiter les biais individuels et d'élargir l'analyse.

Il est toutefois nécessaire que cette discussion puisse se faire dans une équipe partageant des valeurs communes et permettant une expression ouverte des désaccords.

14. Ne pas confondre « possible » et « probable »

Une distinction importante a émergé au cours des échanges.

Le fait qu'un objectif soit **peu probable** ne signifie pas nécessairement qu'il soit **impossible**.

Inversement, le fait qu'une possibilité existe théoriquement ne signifie pas qu'il soit pertinent d'imposer à la personne une prise en charge très lourde pour tenter de l'atteindre.

Il faut donc pouvoir articuler plusieurs dimensions :

- Ce qui est possible ;
- Ce qui est probable ;
- Ce qui est souhaité ;
- Ce qui est bénéfique ;
- Ce qui est acceptable pour la personne ;
- Ce qui est proportionné aux contraintes ;
- Ce qui est compatible avec son projet de vie.

Cette distinction paraît particulièrement importante dans un domaine où le pronostic individuel comporte une part d'incertitude.

15. Vers une « boussole éthique » pour les objectifs de rééducation

La rencontre a progressivement conduit à faire émerger plusieurs questions susceptibles de constituer une **boussole éthique** avant de considérer qu'un objectif est irréaliste ou déraisonnable.

Que veut réellement la personne ?

Il s'agit de rechercher ce qui compte véritablement pour elle, au-delà de la formulation immédiate de l'objectif.

Pourquoi cet objectif est-il important pour elle ?

L'objectif exprimé peut avoir une signification plus profonde : retrouver son identité, reprendre une place sociale, retrouver une activité, rassurer ses proches, retrouver une autonomie ou simplement retrouver une continuité avec sa vie antérieure.

Que savons-nous réellement de ses possibilités ?

Il convient de distinguer les connaissances établies, l'expérience clinique, les hypothèses et les incertitudes.

Quelle part d'incertitude existe ?

Il importe de ne pas présenter comme certaine une évolution qui ne peut pas l'être.

Quels bénéfices la démarche peut-elle apporter, même si l'objectif final n'est pas atteint ?

Un objectif peut générer des bénéfices intermédiaires ou inattendus.

Quels risques et quelles contraintes la démarche comporte-t-elle ?

La fatigue, les chutes, la durée d'hospitalisation, l'intensité des séances ou les conséquences psychologiques doivent être prises en compte.

La personne a-t-elle compris les informations qui lui ont été données ?

L'information ne consiste pas seulement à transmettre un contenu ; il faut également s'assurer de ce que la personne en a compris et de la manière dont elle l'intègre.

Existe-t-il des objectifs intermédiaires qui aient du sens pour elle ?

Les petits progrès peuvent permettre de maintenir une dynamique et de redonner du sens au parcours.

Quand la situation sera-t-elle réévaluée ?

Un objectif n'a pas vocation à rester figé. Les objectifs et les moyens doivent pouvoir évoluer.

Sommes-nous en train de respecter son projet ou de projeter notre propre conception de la réussite ?

Cette dernière question interroge particulièrement le rôle des professionnels et permet de distinguer le projet de la personne de celui de l'équipe, de la famille ou de l'institution.

16. Les différents niveaux de réussite

Les échanges ont finalement fait apparaître plusieurs conceptions possibles de la réussite.

Pour la personne, la réussite peut être liée à un objectif personnel précis. Pour la famille, elle peut correspondre au retour à l'état antérieur ou à la récupération maximale. Pour les professionnels, elle peut être associée à un gain fonctionnel, à une autonomie accrue ou à l'atteinte d'objectifs thérapeutiques. Pour l'institution, elle peut notamment être liée au retour à domicile ou à une orientation adaptée.

Ces conceptions peuvent être différentes, voire entrer en tension.

La réflexion éthique consiste alors notamment à **rendre visibles ces différentes conceptions de la réussite**, plutôt qu'à laisser l'une d'entre elles s'imposer implicitement.

17. Une conclusion ouverte ...

La rencontre n'a pas cherché à déterminer une durée maximale de rééducation ni à établir une règle permettant de décider objectivement qu'un objectif serait « irréaliste ». Elle a plutôt conduit à déplacer la question.

La question n'est peut-être pas uniquement :

« Jusqu'où peut-on rééduquer ? »

mais également :

« Jusqu'où ce que nous faisons a-t-il du sens pour cette personne ? »

Plusieurs repères semblent se dégager des échanges :

- Partir de la personne et de ce qui compte pour elle ;
- Reconnaître son autonomie et sa capacité à participer aux décisions ;
- Prendre en compte son projet de vie ;
- Être honnête sur ce que l'on sait et sur ce que l'on ignore ;
- Reconnaître l'incertitude pronostique ;
- Ne pas confondre faible probabilité et impossibilité ;
- Préserver une place à l'espoir sans promettre ce qui ne peut pas l'être ;
- Prendre le temps du dialogue ;
- Réévaluer régulièrement les objectifs ;
- Construire des objectifs intermédiaires porteurs de sens ;
- Prendre en compte les proches sans se substituer à la personne ;
- Confronter les points de vue au sein de l'équipe ;
- Veiller à la proportionnalité entre bénéfices et contraintes ;
- Anticiper les relais et la vie après le séjour en SMR.

La réflexion conduit ainsi à envisager le rôle des professionnels non pas seulement comme celui de personnes qui détermineraient **ce qui est possible pour l'autre**, mais comme celui de personnes qui peuvent **l'aider à explorer ce qui est possible avec lui**.

Cette exploration suppose à la fois de préserver l'espoir, de reconnaître les limites, d'accepter l'incertitude et de rester attentif au sens que la personne donne à son parcours.

En définitive, l'enjeu éthique pourrait être formulé ainsi :

Accompagner une personne dans un projet qui compte réellement pour elle, tout en restant honnête sur ce que l'on sait, sur ce que l'on ne sait pas et sur les limites que l'on peut identifier.

Et peut-être, plus largement :

Rééduquer jusqu'au moment où ce qui est proposé conserve du sens pour la personne, où les bénéfices restent proportionnés aux contraintes et où la décision demeure réellement partagée.

Quelques références pour aller plus loin :

M-J Drolet, M Hunt, M-È Caty. (2018). Pourtours et défis d'une éthique en réadaptation. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*. VOL 1 (3). NUMÉRO spécial.

I. Fayolle-Minon , A. Condemine, V. Phaner, P. Calmels (2008). Médecine physique et de réadaptation et cancérologie : réflexion éthique à partir de cas cliniques. *Annales de réadaptation et de médecine physique* 51 201–206. Elsevier Masson.

R. Gil (2022). Médecine physique et de réadaptation : entre bienfaisance normative et éthique de la compréhension. *Éthique et santé* 19, 62-67. Elsevier.

Éthique en rééducation-réadaptation- *Agir pour prévenir les situations de handicap* (2021). Coordonné par Walter Hesbeen – Collection Perspective soignante. Editions Seli Arslan.

W.Hesbeen (2024). Fragilité et vulnérabilité – quelle éthique pour un juste accompagnement ? dans (coord.), *Inclusion, exclusion et vulnérabilités*. Éditions Seli Arslan.