

WEBINAIRE EXCEPTIONNEL · 07 MAI 2026



Avis 2025-2026 :

Pour une éthique de l'accompagnement des personnes vieillissantes

Comité Éthique de la Fédération Hospitalière de France

Avis co-signé – Membres du Comité éthique : M. Bonnet · P. Forcioli · C. Hazif-Thomas · E. Jeandet-Mengual

Plan du webinaire

1

Contexte : transition démographique et pressions financières

2

Dimensions éthiques et sociales : âgisme, dignité, autonomie

3

EHPAD, domicile et modèles innovants : Village Landais, Kersalic

4

Prévention et « Mieux vieillir » : 7 leviers, isolement, déprescription

5

Fin de vie, soins palliatifs et bientraitance

6

Financement et gouvernance : 3 modèles, transparence, débat citoyen

7

Préconisations, agir ensemble et perspectives

8

Numérique, IA, One Health et États Généraux Bioéthique 2026

Délimitation de l'avis du comité éthique

Nous n'avons pas souhaité aborder la question du droit à l'aide à mourir actuellement débattue à l'Assemblée nationale et au Sénat.

Par contre nous avons souhaité mettre l'accent sur l'importance de pouvoir évoquer la mort tant auprès des soignants et accompagnants, que des personnes âgées elles-mêmes et de la société en général : le sujet reste difficile tant il est nié, alors qu'il nous paraît essentiel.

Nous avons donc choisi de le traiter sous l'angle de la prise de parole à permettre, des mots à prononcer, de l'angoisse à partager... quand et comment ?

1.1- Transition démographique

“Nous sommes des sociétés condamnées au vieillissement ”, Marcel Gauchet

Contexte préoccupant : une action publique peu cohérente et peu lisible, une société trop souvent discriminante, des EHPAD en crise, un soutien à domicile inégal et insatisfaisant, une réflexion éthique urgente.

22 %

des patients > 70 ans
en Europe de l'Ouest
d'ici 2040
(vs 10% en 2000)

33 M

de malades chroniques
en France d'ici 2035
= 65% du budget
de la Sécurité sociale

6,4 M

de Français sans
médecin traitant
(données SNIIRAM
–FNPS, fév. 2025)

1.2 - Un système de santé sous pression financière

La Sécurité sociale en tension

- PLFSS 2026 : déficit de 20 milliards d'euros
- 70 milliards cumulés sur 5 ans
- Médicaments : 10,5% des dépenses en 2024 → 20% en 2030
- Consultations avec ordonnance : 8/10 en France vs 4/10 dans les pays du Nord
- Anticipation d'aggravation liée au vieillissement et aux pathologies chroniques

Curatif vs Préventif : le déséquilibre

- 80% des dépenses dédiées au curatif pour seulement 20% d'efficacité sur les problèmes de santé
- Budget prévention : 8,7 Mds€ en 2024, soit 2,6% de la dépense courante de santé (DCSi)
- Largement inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE
- La prévention en France est « un déni autant qu'un impensé »
- Modèle hérité de l'après-guerre, essentiellement curatif, atteignant ses limites

2.1 – Un regard social à transformer

“L'âge est là... mais la tendresse est la politesse du temps vécu ”

✗ Les manifestations de l'âgisme

- Discrimination dans les pratiques médicales (examens insuffisants, diagnostic tardif)
- Temps du vieux peu compatible avec le temps du médecin → examens au travers des vêtements
- Représentations négatives dans les médias, discours politiques et sociaux
- Autostigmatisation : les personnes âgées intériorisent elles-mêmes ces représentations dévalorisantes
- Cancers avancés découverts chez des patients pourtant suivis régulièrement (CCNE, Avis 128, 2018)

✓ Leviers de changement culturel

- Repenser nos représentations collectives de la vieillesse
- Encourager les interactions inter- et intra-générationnelles
- Valoriser la vieillesse comme fidélité à soi, non comme déchéance
- Education, vocabulaire, projets collectifs, actions nationales et locales
- Kersalic : culture non du déni mais du partage → résultats mesurables sur la santé des résidents
- L'angoisse du vieillir n'est pas un simple symptôme : approche préventive et éthique de l'anticipation peu valorisées en gériatrie ; faible recours à la psychothérapie préventive

“ Ne pas comprendre qu'un excès de stimulation provoque de l'angoisse peut ainsi conduire à prescrire un sédatif au patient que l'on désire éveiller ! ”, (PM Charazac, NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie, 2019)

2.2 - 4 dimensions éthiques pour repenser l'accompagnement

Âgisme et autostigmatisation

3 seniors sur 4 éprouvent des difficultés d'accès aux soins. Discrimination par l'âge à combattre dans les discours sociaux, médiatiques, éducatifs et les pratiques professionnelles.

Justice sociale et accès aux droits

Inégalités territoriales et sociales. Espérance de vie corrélée aux déterminants sociaux, environnementaux, éducatifs. La santé comme capital humain collectif à nourrir.

Dignité et vocation médicale

L'impossibilité éthique de « passer son chemin » face à la solitude, la souffrance et la mort. Le temps du vieux peu compatible avec le temps contraint du médecin peut mener à des soins insuffisants.

Tension éthique : Autonomie vs protection

- Équilibre délicat entre protection collective et liberté individuelle. Préserver l'autonomie, permettre à chacun de rester acteur de sa vie, malgré les vulnérabilités induites par l'âge.
- La dépendance ne signifie pas perte d'autonomie : dépendre ne signifie pas être sous l'autorité de. L'autonomie combine indépendance et intégrité de soi.
- Enjeux concrets de l'autonomie : le refus d'être aidé, de traitement ; le choix du lieu de vie, de sa fin de vie ; l'autonomie et les maladies neuro-évolutives. : faire en sorte que la parole de la personne vieillissante prenne la place dans le discours de l'autre.



Les EHPAD : un modèle en crise

- 30% des décès en France surviennent en EHPAD
- Modèle institutionnel trop fermé, peu compatible avec l'aspiration à l'autonomie
- Tensions graves sur les ressources humaines
- Nécessité de sortir du modèle actuel : privilégier petites unités de vie ouvertes
- Développer une culture du risque accepté plutôt que de la protection totale
- Promouvoir une réflexion éthique sur les contentions

(suite) 3.1 - Modèles en mutation



Le domicile : aspiration et limites

- Aspiration majoritaire des personnes vieillissantes à demeurer chez elles
- Condition : logement adapté + équipes mobiles (EMSP) + aidants disponibles
- Développer les alternatives : habitat inclusif ou partagé
- Promouvoir un programme de préparation à l'entrée en institution et anticiper les mesures de protection juridique avec la personne concernée, sans confisquer sa capacité de décision
- Soutenir les soins palliatifs à domicile (HAD : 94 500 séjours en 2023). EMSP : 607 000 interventions / 4 500 EHPAD couverts
- Réformer la tarification des EMSP pour ne pas brider leur activité
- Attention à l'institutionnalisation du domicile : interventions multiples, chronométrées, qui standardisent le cadre de vie
- Savoir apprécier les limites du soutien à domicile pour éviter les maltraitances ordinaires et adapter le projet de vie
Prendre soin des aidants
- Revoir les critères d'évaluation de la dépendance — Remplacer les logiques de suppléance par des interventions qui soutiennent les capacités de la personne — Accepter l'idée que le soin ne soit pas toujours secours mais soutien
- Besoin de sécurité affective : être attaché dans le lien à autrui, savoir qu'on compte pour les autres

3.2 - Modèles innovants d'accompagnement

Village Landais Alzheimer : Dax

- 120 personnes accueillies (105 hébergement permanent, 7 temporaire, 8 accueil de jour)
- Maisonnées de 7 ou 8 villageois, chambres personnalisables
- 5 hectares dans la nature landaise, sécurisé sans vidéoprotection ni GPS
- Tiers lieux intergénérationnels : partenariat avec crèche, médiathèque, lycée agricole
- Modèle hybride entre domicile et EHPAD, unique en France.
- Lieu d'hébergement, d'accompagnement et de soins, quel que soit l'âge et ce jusqu'au bout de la vie.

Kersalic : Le village-EHPAD breton

- Concept de villages et maisonnées renforçant le sentiment d'habiter chez soi
- Accompagnement centré sur l'autonomie et la pleine citoyenneté
- Résultats mesurés : moins d'admissions à l'hôpital, moindre consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs
- Séjours plus longs, moins de souffrance éthique et d'absentéisme chez les soignants
- Transformation profonde des métiers : polyvalence, sens, attractivité renforcée
- Qualité de vie des personnes, qualité de l'accompagnement et QVT des équipes forment un système interdépendant (Citation de Valentine Trépied, Sociologue)

4.1 - Un processus, pas une norme

« Bien vieillir »

Suggère qu'il existerait une bonne manière de vieillir — un modèle idéal à atteindre : être en bonne santé, autonome, actif...

Une norme impossible, vécue comme une injonction.

« Mieux vieillir » ✓

Insiste sur l'amélioration possible par rapport à sa propre situation : faire un peu mieux aujourd'hui qu'hier, avec ses contraintes, son histoire, ses fragilités.

Un processus, non une norme.

4.2 - Les 7 leviers: mieux soigner en dépensant mieux

P

Prévention

Primordiale, primaire, secondaire, tertiaire.
Budget prévention = un des plus faibles de l'OCDE

P

Pertinence

Éliminer les actes redondants ou inutiles.
Écart de pratiques jusqu'à un facteur 4 pour certaines chirurgies

P

Parcours

Coordination ville-hôpital-domicile.
Soignants de parcours, en particulier en oncologie et gériatrie

P

Participation

Information, consentement, alliance thérapeutique, pair-aidance, associations de patients, conférences citoyennes

P

Personnalisation

Phénotypage multimodal assisté par l'IA pour réduire l'hétérogénéité des pratiques

P

Production

Production académique des médicaments pour réduire les coûts
Exemple : Thérapie cellulaire

- Car-T cells: prix de laboratoires > 300 000 Euros
- Production académique prix < 100 000 euros

P

Pédagogie

Connaissance des coûts pour le grand public, soignants et administratifs

4.3 - Responsabilité populationnelle : l'efficacité démontrée

Soutenus par la FHF, les Collectivités locales et Associations - Efficacité prouvée chez les patients diabétiques

-30 %

d'admissions via les
urgences

-50 %

des séjours longs et des
réadmissions

-6 %

du coût moyen des
séjours



Meilleure satisfaction
des professionnels de
santé

Loi du 24 juillet 2019 : « L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients. »

4.3 - La prévention comme impératif éthique

« La prévention n'est plus un simple complément, mais une condition de soutenabilité du modèle de santé »

Questions éthiques posées

- Quels arbitrages entre protection collective et liberté individuelle ?
- Entre mesures égalitaires et mesures équitables ?
- Comment articuler technologies de prévention et besoin d'humain ?
- Comment évaluer l'invisible : prévenir ce qui ne survient pas ?
- Un consensus sans moyens réels : résistances industrielles, intérêts établis, habitus politiques

Prévention spécifique personnes âgées

- Vaccination grippe et zona, prévention des chutes
- Outil ICOPE (OMS) : repérage généralisé des fragilités
- Déprescription concertée chez les sujets âgés (polyprescription → chutes, troubles humeur)
- Sobriété médicale : jusqu'où traiter ? Proportionnalité des soins
- Investissement intergénérationnel à horizon 10-20 ans

4.4 - La prévention comme impératif éthique et sociologique

« La prévention n'est plus un simple complément, mais une condition de soutenabilité du modèle de santé »

Importance de l'intervention précoce

Des dispositifs comme **ICOPE** illustrent une évolution vers :
une détection précoce des fragilités
une intervention avant l'apparition de dépendances ou de pathologies lourdes.

Cette approche incarne un changement de paradigme :
passer d'une médecine réactive à une médecine anticipatrice et proactive

Prévention spécifique personnes âgées

- Déprescription concertée chez les sujets âgés (polyprescription → chutes, troubles humeur)
- **Se poser les bonnes questions:**
- **Quels sont les médicaments qui sauvent ? Lesquels sont réellement indispensables ? Qu'est-ce que le confort et la qualité de vie en matière de santé ? [...]** (E. Zarifian, 1996)
- La prescription de psychotropes doit pouvoir donner lieu dans notre pays, à des réflexions d'ordre éthique ou sociologique (ex. de l'expérience Kersalic)

4.5 - Lutter contre l'isolement des personnes vieillissantes

2 millions

de seniors > 65 ans
isolés de leurs cercles
familiaux et amicaux

750 000

en situation de
« mort sociale »
sans contact régulier

x2

risque de maladie
d'Alzheimer en cas
d'isolement sévère

Actions préconisées :

- Label anti-isolement (Petits Frères des Pauvres)
- Activités sociales, culturelles, physiques adaptées
- Accompagnement numérique (appels vidéo, tablettes)
- Guide méthodologique CNSA/ODAS : 5 étapes pour une stratégie territoriale

4.6 - La déprescription : un enjeu éthique et de santé publique

Personnes vieillissantes exposées à la polyprescription → risque de surmédication

Qu'est-ce que la déprescription ?

- Arrêt ou réduction concertée et pédagogique des médicaments inutiles (SMR faible ou non prouvé) ou inappropriés
- Co-construction avec le patient (assentiment) et l'équipe soignante (adhésion)
- Réévaluation dans le temps des décisions prises
- La majorité des médecins ne considère pas suffisamment la proportionnalité des soins

Bénéfices prouvés (études)

- Réduction de la mortalité
- Diminution des chutes
- Meilleure approche des troubles de l'humeur et du comportement
- Amélioration de la qualité de vie
- S'inscrit dans la réflexion sur la sobriété médicale au-delà des États généraux de la bioéthique

“ La polymédication n’est pas en soi critiquable, si l’on prescrit bien. Vouloir tout traiter en même temps peut rendre la prescription faussement sécuritaire ” (Pr. Claude Jeandel, CPGF, 2009)

“ Dans toutes les maisons accueillant des personnes âgées, on constate la même chose : ces dernières sont surmédicamentées, bien souvent sans que personne ne s’en rende compte ” (S.-D. Kipman, 2012)

4.7 - Préconisations : Prévention et « Mieux vieillir »

n°14

Préconisation 14 :

Soutenir les capacités de la personne vieillissante : activité physique, nutrition, stimulation cognitive, inclusion sociale, adaptation de l'environnement (habitat, urbanisme, mobilités)

n°15

Préconisation 15 :

Soutenir les initiatives locales contre l'isolement : activités adaptées en groupes, accompagnement au numérique (vidéo, tablettes), habitat inclusif ou partagé

n°16

Préconisation 16 :

Former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie : réflexes gériatriques, coordination d'équipe, implication des familles, équipes spécialisées inter-EHPAD.

La formation des professionnels passe par des programmes structurés axés sur : le dépistage précoce, la prise en charge personnalisée et la promotion de la santé, à partir d'une éthique de l'évaluation

ESPREEVE : équipes spécialisées en prévention inter-Ehpad, soutenant médecins coordonnateurs et professionnels dans la mise en oeuvre d'une politique de prévention.

n°17

Préconisation 17 :

Lutter contre l'âgisme à tous les niveaux : discours social, médiatique, éducation, vocabulaire, projets collectifs, actions nationales et locales

5.1 - Éthique de la fin de vie et soins palliatifs

Loi Claeys-Léonetti 2016 : droit à une « fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance »

Accompagner la parole sur la mort

- Promouvoir un temps dédié pour permettre une parole partagée sur la perspective de la fin de vie et de la mort
- Former TOUS les soignants, accompagnants, auxiliaires de vie et aidants à l'écoute et à l'accompagnement
- Seuls 8% des Français ont rédigé des directives anticipées → déployer une vraie stratégie
- Plan personnalisé d'accompagnement : rôle de coordination confié à un professionnel dédié et rémunéré
- Anticiper la réflexion sous la forme d'un “ choix de vie personnalisé anticipé ” partagé avec l'entourage ou une personne de confiance (médecin traitant, référent soignant)
- Proposer un entretien structuré anticipé d'échange sur les souhaits de la personne par rapport à sa fin de vie
- Soutenir le modèle et le déploiement des équipes mobiles de gériatrie extra-hospitalières et de psychiatrie du sujet âgé

L'offre de soins palliatifs en France

- 180 Unité de Soins Palliatifs (2128 lits) : 18 départements encore sans USP en 2025 → objectif 5 d'ici 2028
- 6 538 lits identifiés Soins Palliatifs (Lits Identifiés de Soins Palliatifs) : ratio 9,6 pour 100 000 hab.
- EMSP : 607 000 interventions / 4 500 EHPAD couverts
- 11 projets de maisons d'accompagnement prévus en 2026 (loi 2024)
- Développer la culture palliative à tous les niveaux et dans tous les cursus

Soins palliatifs : données et perspectives

1999

Loi du 9 juin 1999 : reconnaissance des soins palliatifs

2016

Loi Claeys-Léonetti : droits des malades en fin de vie, sédation profonde et continue

2022

Convention citoyenne CESE (Conseil Économique, Social et Environnemental) : inégalités d'accès aux Soins Palliatifs, demande d'aide à mourir

2024

Projet de loi : 1 Unité de Soins Palliatifs par département, maisons d'accompagnement, financement 1,1 Md€

2025

180 Unité de Soins Palliatifs, 6 538 Lits Identifiés de Soins Palliatifs, 18 départements encore sans USP (*Source : Données Ministère de la Santé fin 2025*)

2026→

11 maisons d'accompagnement en projet · Objectif 5 départements sans USP d'ici 2028

5.2 - Qualité, bientraitance et prévention des risques

Bientraitance

- Renforcer la formation à la bientraitance et la culture partagée du prendre soin
- Protéger sans enfermer : mettre en place des petites unités inclusives
- Développer une culture du risque accepté

Éthique et temps de soin

- Intégrer le temps de participation des personnels aux instances éthiques dans le financement des services
- Développer le PAIPA (Plan d'Accompagnement Individualisé de la Personne Accompagnée)
- Co-construction avec la personne et son entourage

Prévention sanitaire

- Renforcer la vaccination grippe saisonnière des personnes et des professionnels
- Tirer les leçons du Covid : recommandations pour ne pas répéter les erreurs de la pandémie. Protéger les liens plutôt que les couper : considérer les proches comme des partenaires de soin et de vie, et non comme un risque à tenir à distance
- Déployer l'outil ICOPE (OMS) pour le repérage des fragilités

Prévenir les maltraitances

- Promouvoir et organiser une réflexion éthique sur les contentions

”Contentionner, c’est entrer en lutte...et isoler c’est abandonner un patient à sa solitude. Ces deux modes de prise en charge ne sont pas une fin en soi, mais doivent nous permettre de nous remettre en question, d’oser des réflexions éthiques, des regards croisés entre la sphère privée et le monde de la santé, de la justice et de la citoyenneté.”

(Dr V. Lefebvre des Noettes)

- La reprise en équipe devrait être obligatoire dans une optique d'éthique de la discussion ; la saisine d'une instance éthique et la recherche d'une souffrance éthique des soignants sont essentielles pour sortir du “brutalisme ordinaire” qui confine à l'âgisme institutionnalisé
- La démarche de bientraitance s'insère dans l'éthique du quotidien
- Savoir hiérarchiser les objectifs thérapeutiques est un levier de sobriété thérapeutique

Marché régulé

Développement d'un marché libre avec maintien d'un filet de sécurité type aide sociale et une régulation publique minimale.

✓ Flexibilité, innovation privée, choix du consommateur

△ Risque d'inégalités majeures, exclusion des plus fragiles

Cinquième risque

Inspiré des principes de l'assurance maladie ou l'assurance vieillesse, intégrant les dépenses de soutien à l'autonomie dans la Sécurité sociale.

✓ Solidarité nationale, universalité de l'accès

△ Pression fiscale supplémentaire, complexité administrative

Solidarité intragénérationnelle

Assurance collective entre personnes vieillissantes, fondée sur une mutualisation à partir d'un certain âge ou d'un seuil patrimonial donné.

✓ Responsabilisation, mutualisation ciblée

△ Partage intergénérationnel limité, complexité d'équité

6.2 - Transparence et gouvernance



- Une information claire et lisible pour les citoyens : qui finance quoi et selon quels critères ?
- Investissement massif dans les structures, services et métiers du grand âge pour renforcer attractivité et reconnaissance
- La politique vieillesse ne peut plus être l'addition de dispositifs hétérogènes
- Exige un pilotage national capable de rassembler tous les acteurs autour d'une stratégie commune
- Promouvoir des États Généraux du Grand Âge et de l'Autonomie

6.3 - Ouvrir le débat citoyen



- Un besoin de justice sociale fondée sur la mutualisation de la part contributive de chacun en fonction de ses ressources et de ses besoins
- Ouvrir largement le débat au sein de la société sur le financement du soutien à l'autonomie
- Donner la parole aux personnes vieillissantes elles-mêmes
- Porter le projet de co-construction d'un projet territorial santé-autonomie et d'un volet autonomie au contrat local de santé
- Ouvrir le débat autour du recours à une solidarité collective permettant de mutualiser la part contributive

7 · Préconisations, agir ensemble et perspectives

7.1 - Récapitulatif des préconisations clés

Prévention

Capabilités, nutrition, activité physique, stimulation cognitive, adaptation de l'environnement

Formation pro.

Réflexes gériatriques, prévention des chutes, équipes spécialisées inter-EHPAD, fin de vie

Fin de vie

Temps dédié à la parole, directives anticipées (seulement 8% des Français), formations TOUS soignants

Financement

Débat citoyen incluant les personnes âgées, pilotage national, États Généraux du Grand Âge

Lutte isolement

Label anti-isolement, activités adaptées, accompagnement numérique, habitat inclusif

Lutte âgisme

Discours social, médias, éducation, vocabulaire, projets collectifs, actions nationales/locales

Bienveillance

Culture du risque accepté, petites unités ouvertes, cellules éthiques, réflexion sur contentions

Gouvernance

PAIPA co-construit, territoire santé-autonomie, stratégie commune, transparence

7.2 - Agir ensemble : approche intergénérationnelle ET interprofessionnelle

L'accompagnement du vieillissement ne peut être porté par un seul acteur : il exige une mobilisation collective, interprofessionnelle et territoriale

Territorial

- Co-construction d'un projet territorial santé-autonomie
- Volet autonomie au contrat local de santé
- Travailler avec élus, CCAS, ressources communales
- Dépasser le vase clos : s'ouvrir sur l'extérieur

Intergénérationnel

- Village Landais Alzheimer : crèche, médiathèque, lycée agricole
- Kersalic : lien intergénérationnel valorisé
- Développer les actions culturelles, loisirs, activités physiques en partenariat
- Accompagner les personnes âgées dans le numérique

Interprofessionnel

- Groupements d'établissements : échange de bonnes pratiques
- Élaboration pluridisciplinaire des projets d'accompagnement
- Cellules de soutien éthique en établissement et à domicile
- Groupe de Réflexion des (ERER) ouvert sur l'éthique du soin à domicile
- Au sein des groupements d'établissements (GHT, GTCMS) : échanger les bonnes pratiques, promouvoir l'élaboration pluridisciplinaire pour la mise en œuvre coordonnée des projets d'accompagnement, mutualiser des ressources et expertises

7.3 - Perspectives : Vers une société qui assume le grand âge

États Généraux du Grand Âge



Ouvrir un grand débat national incluant les personnes vieillissantes elles-mêmes sur le financement et l'organisation du soutien à l'autonomie

Réformer le modèle EHPAD



Sortir des grandes structures fermées, privilégier les petites unités de vie ouvertes, inspirées de Kersalic et du Village Landais — modèles à essayer

Rééquilibrer curatif/préventif



Revaloriser budgétairement la prévention (actuellement 2,6% de la DCSi) pour atteindre les standards de l'OCDE et produire des effets à moyen-long terme

Former autrement



Intégrer gériatrie, soins palliatifs, éthique et prévention dans TOUS les cursus de santé, médecins, soignants, accompagnants, aidants

Législation & gouvernance



Pilotage national unifié, contrats territoriaux de santé-autonomie, financement solidaire assumé, transparence de l'allocation des ressources

Approche One Health



Intégrer les déterminants environnementaux, sociaux et éducatifs dans la politique de santé, santé humaine, animale et végétale interconnectées

8.1 - Numérique, IA et accompagnement des personnes vieillissantes

IA et personnalisation des soins

- Phénotypage multimodal des malades assisté par l'IA : réduire l'hétérogénéité des pratiques
- Optimiser les prises en charge individualisées : éviter traitements inutiles, inefficaces ou toxiques
- Déploiement du DMP (Dossier Médical Partagé) et « Mon Espace Santé »
- Réduire les actes diagnostiques redondants, particulièrement en biologie et en imagerie
- Sujet des États Généraux de Bioéthique 2026 : « Numérique et santé »

Numérique au service du lien social

- Accompagnement à l'usage des smartphones et tablettes pour les appels vidéo familiaux
- Réduire la solitude et maintenir le lien social, en particulier en zones rurales
- Programmes d'initiation au numérique proposés par les caisses de retraite et associations
- Ressources numériques au domicile et en EHPAD mobilisées avec discernement
- Important : ne pas substituer le numérique à la relation humaine : vigilance éthique

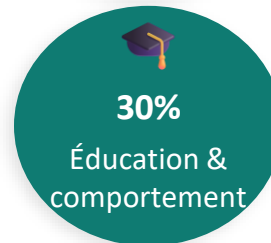
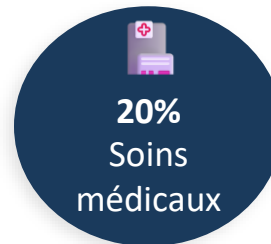
8.2 - Le paradigme « One Health » et les déterminants de santé

One Health - Une seule santé

Cadre transversal, transdisciplinaire et écosystémique qui se préoccupe de toutes les santés :

- Humaine,
- Animale et
- Végétale.

Une politique de prévention éthique repose sur l'équilibre entre autonomie individuelle et responsabilité publique.



Seulement 260 M€ sur les 20% de déterminants médicaux, quand 80% des déterminants de la santé (sociaux, environnementaux, éducatifs) restent insuffisamment investis.

Une politique de prévention éthique doit s'attaquer aux inégalités sociales de santé, car les injustices sociales se traduisent directement en différences d'espérance de vie.

8.3 - Contexte institutionnel : États Généraux de la Bioéthique 2026

Le rôle des ERER

- Les Espaces de Réflexion Éthique Régionaux (ERER) organisent des débats territoriaux
- Sous la coordination du CCNE, ils contribuent à la révision de la loi de bioéthique
- Thèmes 2026 en Bretagne : Intelligence Artificielle et Santé-Environnement
- Objet de réflexion : la prévention en santé, au-delà d'une politique publique, un objet de délibération éthique

Les Etats Généraux de la Bioéthique 2026

- Santé et environnement (One Health)
- Numérique et santé : IA
- Examens génétiques et médecine génomique
- Dons et transplantations d'organes (dont xénogreffes)
- Neurosciences : Cellules souches et organoïdes
- Procréation
- Santé et outre-mer
- La sobriété en médecine : jusqu'où traiter ?

*« Faire du grand âge, non une charge,
mais une responsabilité collective assumée
et une période de la vie à financer de manière solidaire,
—
c'est affirmer notre attachement
à la justice sociale et à la dignité humaine. »*

Merci de votre attention

Comité Éthique de la Fédération Hospitalière de France



Temps d'échanges
