

Bioéthique, pratiques médicales et santé publique.

L'Etandard Plébéien

Citer cet article :

« Bioéthique, pratiques médicales et santé publique ». *L'Etandard plébéien*, 2025.

Disponible en ligne :

<https://letandard-plebeien.fr/2025/07/06/bioethique-pratiques-medicales-et-sante-publique/>

BIOÉTHIQUE, PRATIQUES MÉDICALES ET SANTÉ PUBLIQUE.

Dans le cadre de cet entretien, nous avons rencontré deux professionnels de santé. Un médecin généraliste travaillant en centre de santé sexuelle en région parisienne et un spécialiste officiant à la Pitié Salpêtrière — respectivement « M.2 » et « M.1 » —, chacun âgé d'une trentaine d'années, afin de recueillir leurs points de vue croisés sur plusieurs enjeux actuels touchant la médecine, la bioéthique et les évolutions du système français de soins.

[Q1] *L'Étandard Plébéien* : Les inquiétudes liées à l'état du système français de santé enregistrent une hausse marquée, au point que certains évoquent sans ambages une « crise hospitalière ». Quelques indicateurs semblent conforter ces préoccupations : saturation des services d'urgence, pénurie de personnel, suppression d'environ 40 000 lits d'hospitalisation complète entre 2020 et 2023, un taux de mortalité évitable plus élevé qu'en Allemagne ou au Royaume-Uni, etc. Quelle est votre impression sur le contexte général du milieu médical, et pensez-vous que ces signes alarmants sont imputables à la pandémie de COVID-19 ou, bien autrement, que celle-ci n'a été qu'un événement révélateur de problématiques plus profondes ?

M.1 : L'interprétation de ces indicateurs est complexe et il faut comprendre les différents facteurs qui les influencent. Cela fait des années qu'une politique de mutualisation des ressources et de l'offre de soin est menée, avec comme volonté de maintenir une activité de soins égale à long terme, voire croissante, avec un financement, du matériel et du personnel réduits. Jusqu'en 2019, l'impact de ces économies liées aux soins restait limité et surtout peu ressenti de la part du personnel soignant, mais la pandémie de COVID-19 a selon moi été le déclencheur d'une forte dégradation qui s'est pérennisée et qu'il sera très difficile de rattraper. En effet, l'altération des conditions de travail avec des moyens au plus bas et un effort sollicité toujours plus grandissant, un certain nombre de professionnels médicaux et paramédicaux ont décidé de dire stop et de tout simplement quitter le navire. Des services hospitaliers entiers ont fermé par manque d'infirmières, et c'est une pression encore plus pesante qui est subit par ceux restés fidèles à la vocation. Tout cela dans un contexte déjà bien établi de pénurie de personnels et de la problématique des déserts médicaux, je pense que le terme de crise a été dépassé et que cette situation est devenue un véritable enjeu de santé publique qui nécessiterait une réflexion sur le système de santé pour le long terme.

[Q2] *L'Étandard Plébéien* : Les inégalités d'accès aux soins en France selon les territoires et les revenus — on observe un taux significatif de renoncement aux soins pour raisons financières — se creusent manifestement. Le temps d'attente pour bénéficier d'un rendez-vous avec un médecin généraliste — quand il y en a un à proximité — reste encore relativement

raisonnable, mais les patients accusent des délais variables concernant les consultations avec des spécialistes, pouvant atteindre plusieurs dizaines de jours, voire des mois. Comment percevez-vous tout cela ?

M.1 : Les Français ont la chance de pouvoir bénéficier tout au long de leur vie d'une couverture sociale universelle et de soins gratuits, bien que financés par les cotisations. Le renoncement aux soins dont vous faites part dépend certainement du type de soins, et pour des actes qui ne sont pas forcément couverts. Selon moi, le généraliste/traitant est la pierre angulaire de la santé des Français, il est essentiel de pouvoir être suivi tout au long de la vie et de manière régulière par son médecin traitant. Son rôle dans la prévention primaire et la réduction du risque d'apparition de maladie chronique ou grave devrait être souligné et mis en avant dans la pratique. Si le médecin traitant pouvait avoir davantage le temps de soigner les personnes en bonne santé et éviter l'apparition de maladie par la prévention, le manque d'accès aux consultations des spécialistes serait un problème moindre. A noter également que le circuit normal et requis pour l'accès au spécialiste est l'adressage par le généraliste, et que le problème des délais des consultations chez les spécialistes peut être influencé par le non-respect de ce circuit, lui-même expliqué en partie par le manque de médecin traitant. Pour moi, il est primordial qu'une éducation thérapeutique des Français soit faite dès la jeunesse afin de saisir l'importance de se prendre en main, d'être suivi régulièrement en l'absence de maladie et de prévenir l'apparition de maladie chronique.

[Q3] *L'Étandard Plébéien* : En 2024, 6 à 8 millions de français vivaient dans un désert médical affectant 87% du territoire. Pour ce qui est de la médecine générale, on remarque un vieillissement des praticiens couplé à un renouvellement qui ne s'effectue qu'à grand-peine : la faute à 50 ans d'un *numerus clausus* préjudiciable ?

M.1 : Le fameux *numerus clausus* est constamment mis en faute pour expliquer le creusement des déserts médicaux en France. Or, il faut aller plus loin dans la réflexion. Le *numerus clausus* est basé sur l'anticipation des départs en retraite et donc l'ajustement des futurs besoins en médecins. Dans le principe, ce n'est pas si mal. Mais, ce *numerus clausus* annonce juste un nombre de médecins formés et diplômés pour telle année, il ne préjuge absolument pas des flux et échanges entre les villes une fois le médecin diplômé, ni de l'activité réelle qu'auront ces médecins pour une spécialité donnée. Prenons l'exemple de la médecine générale, spécialité au sein de laquelle les pratiques en routine sont multiples et hétérogènes, et ne se résument pas à des consultations généralistes en cabinet de ville. Cette activité nette au-delà du *numerus clausus* brut est la réelle variable à étudier et déterminer pour répartir au mieux l'offre de soins en France. D'autre part, sur l'ensemble des médecins généralistes ayant accès à la spécialité chaque année en Île de France par exemple, il n'y a pas

de répartition claire sur ce territoire ensuite. L'interne est désigné sur la région dans son ensemble, mais cela ne préjuge pas encore une fois de son installation dans Paris ou en banlieue, ou encore même en Île de France... Il pourrait être intéressant de diviser encore davantage les choix de territoires pour ces étudiants futurs médecins.

[Q4] *L'Étendard Plébéien* : L'actualité politique a récemment ravivé le débat sur la fin de vie avec l'adoption en première lecture par l'Assemblée nationale d'une proposition de loi relative à l'aide à mourir, portée essentiellement par la gauche et le centre. Naturellement, la terminologie fluctue en fonction des convictions éthiques et idéologiques de chacun : « euthanasie », « suicide-assisté », « aide à mourir », etc. De quoi parle-t-on véritablement ?

M.1 : Ce débat sur la fin de vie est de longue date et constamment remis sur le devant de la scène, notamment lorsque des célébrités sont impactées et prennent position sur le sujet. Pour moi, et si je prends l'exemple de la cancérologie qui est plus de mon domaine, il s'agit d'un choix qui peut être fait par le patient dont la fin de vie est proche et la situation ne permet plus son intégrité au sein de la société du fait d'une souffrance majeure qui prend le pas sur l'instinct de survie. Les différents termes utilisés pour désigner l'aide à la fin de vie sont variables et dépendent de la représentation que l'on en a. Les points essentiels à saisir sont que la personne concernée est bien sur le point de mourir dans un avenir très proche, qu'il ne s'agit pas de réduire une espérance de vie mais bien d'abréger des souffrances devenues insupportables, et également que cette situation nécessite que la personne puisse encore exprimer son consentement, ou que ce souhait ait été clairement explicité en amont, à sa personne de confiance ou via des directives anticipées par exemple.

[Q5] *L'Étendard Plébéien* : Depuis la loi « Kouchner » de 2002, en passant par la loi « Leonetti » de 2005, suivie par celle dite « Claeys-Leonetti » de 2016, la tendance jusqu'à maintenant penche résolument vers une extension du droit d'accès à cet ultime recours. Avant toute chose, aider à mourir, est-ce soigner ?

M.1 : C'est une question intéressante et plutôt complexe. Je ne pense pas avoir la réponse, car il est clair qu'après la mort, il n'y a plus de soins... Aider à mourir peut malgré tout être perçu comme un soin de continuité par rapport à ce qui est déjà fourni dans un contexte de fin de vie, et c'est notamment le métier et le savoir-faire très important des unités de soins palliatifs. Soigner en réduisant la douleur, les inconforts, l'anxiété, la gêne respiratoire, la détresse psychologique, tous les maux qui entourent la fin de vie. Il n'est pas rare que l'on doive déjà pour cela mettre en place des thérapeutiques qui ont pour effets de calmer, voire endormir, les patients afin de ne plus ressentir ces souffrances. Aider à mourir lorsque la mort est

imminente et inévitable et que l'état de conscience de la personne n'est plus suffisant pour avoir du sens, si tel est son souhait exprimé.

[Q6] *L'Étendard Plébéien* : Êtes-vous d'avis que les différentes critiques à propos de cette trajectoire politique et médicale sur la fin de vie peuvent être perçues comme légitimes, notamment au sein d'une société où tout doit finir par se conformer aux dictats du marché et rimer avec réduction des coûts, rentabilité et profit ?

M.1 : Je trouve au contraire qu'il est légitime de vouloir réglementer et encadrer le suicide assisté. C'est un point que je n'ai pas évoqué avant, mais il est vrai qu'il peut s'agir d'un argument supplémentaire pour aider à la mort les personnes qui le souhaitent. Une hospitalisation prolongée est forcément coûteuse : chambre, personnels, thérapeutiques, examens complémentaires... et dans un contexte de pénurie et de difficultés de ressources médicales, paramédicales et économiques, on peut se poser la question de l'intérêt de prolonger la vie d'une personne mourante et inconsciente, notamment lorsque l'on sait que d'autres personnes derrière peuvent nécessiter une hospitalisation. Enfin, cela peut être légitime de vouloir clarifier les lois encadrant le suicide assisté car bien souvent, les controverses et affaires judiciaires émergent du fait que certaines personnes de la famille proche des patients n'acceptent pas cette décision et s'opposent alors même au choix éclairé ou directives anticipées de la personne mourante. Lui laisser le dernier mot et empêcher que quiconque aille à l'encontre peut permettre d'éviter ce genre de débats et de protéger les équipes soignantes de représailles.

[Q7] *L'Étendard Plébéien* : Autre sujet, non moins actuel politiquement, que nous impose la constitutionnalisation de la liberté de solliciter le droit à l'interruption volontaire de grossesse en mars 2024. Que vous inspire cette référence constitutionnelle ?

M.2 : Dans le monde actuellement, effectivement, le débat sur l'accès à l'IVG fait plus que jamais question même dans des pays développés. Quand on voit certains états des USA, comme le Texas, limiter drastiquement l'accès à l'IVG pour les femmes et que la mortalité maternelle et infantile augmente dans ces mêmes états, on peut se féliciter d'avoir permis l'inscription de ce droit pour toute femme dans la constitution française.

[Q8] *L'Étendard Plébéien* : En 1975, la loi Veil qui encadre la dépénalisation de l'avortement moyennant certaines conditions a été éprouvée par les femmes, à juste titre, comme le symbole d'un progrès social. Dans la langue de tous les jours, nous ne faisons concrètement plus allusion à l'idée de « dépénalisation », mais plutôt à une conception du « droit à »

l'avortement. Se pourrait-il que cet apparent changement dans notre vocabulaire soit l'indice d'un glissement de sens ?

M.2 : En effet, initialement la loi Veil avait pour but de médicaliser les avortements clandestins réalisés massivement dans le pays malgré leur interdiction à l'époque. Cependant, au départ, l'accès à l'IVG était très limité et il y avait la nécessité de répondre à plusieurs critères pour pouvoir en bénéficier (par exemple un risque médical pour la femme en cas de poursuite de sa grossesse ou une détresse psychologique très importante). Depuis, la législation s'est assouplie et à présent l'IVG est accessible à toute femme qui la demande (dans la limite du terme de la grossesse fixé par la loi à 16 semaines à ce jour). Il semble donc logique que la perception que nous avons de l'IVG dans la société française actuelle soit totalement différente de celle que l'on pouvait avoir dans les années 1970.

[Q9] *L'Étandard Plébéien* : La notion de « droit à » l'avortement est souvent associée au principe de « libre disposition de son corps ». Cela sous-entend que l'embryon ou le foetus est dépourvu d'une existence propre, qu'il n'est pas « plus » que le corps de la femme enceinte. Et en effet, juridiquement, en France, l'embryon n'est pas une personne. Toutefois, le champ du légal n'est pas celui du biologique ou de l'éthique. Pour aller droit au but, puisque l'embryon est un organisme humain en développement, c'est-à-dire contenant biologiquement une virtualité de personne humaine, estimeriez-vous approprié de le considérer moralement *comme* une personne humaine potentielle ?

M.2 : C'est là tout le débat autour du droit à l'IVG. Cette caractérisation de l'embryon est au cœur de tout l'argumentaire « anti-IVG » que l'on observe dans les pays où l'IVG est interdite mais aussi en France dans beaucoup de discours, notamment influencés par des représentations religieuses. Une polémique, ces dernières années, avait affolé la toile lorsqu'une chaîne d'information française avait décrit l'IVG comme la première cause de mortalité mondiale.

Le débat moral soulevé par l'IVG a été à de nombreuses reprises soulevé par le comité de bioéthique même si celui-ci a, jusqu'ici, toujours eu un avis favorable en la matière. Il s'agit d'un sujet délicat également au sein de la communauté médicale pour laquelle il existe un droit de réserve. En effet, en France aucun praticien n'est obligé de réaliser une IVG ni n'est contraint de justifier ses raisons. Il a en revanche obligation d'orienter la patiente vers un centre qui pourra la recevoir.

La perception de ce que représente exactement l'embryon est donc extrêmement variable en fonction des points de vue et de la culture de chacun. Pour certaines cultures, la conscience de

soi est liée à l'apparition de l'activité cardiaque de l'embryon (autour de 6 semaines) et l'IVG est un crime au-delà. Pour d'autres, ce n'est que lors du premier cri du nouveau-né, après l'accouchement, que ce dernier peut-être considéré comme une personne à part entière, alors qu'auparavant, il ne représente qu'un ensemble de cellules totalement dépendant de sa mère pour exister.

[Q10] *L'Étandard Plébéien* : Nous souhaiterions aborder un dernier thème, sur un registre plus transversal. La récente introduction des intelligences artificielles est en train de bouleverser immanquablement nos vies, et ce, quelles qu'en soient les conséquences. Elles font l'objet d'un usage souvent quotidien et banal, certains les utilisent comme des moteurs de recherches, des compagnons pour converser, des assistants personnels et même professionnels. En premier lieu, quel est votre rapport personnel aux IA ?

M.1 : Mon rapport personnel avec l'IA est tout à fait fidèle à ce que vous décrivez dans la question. Un usage quasi quotidien comme moteur de recherche et un outil professionnel devenu indispensable, notamment pour la construction de plans d'étude ou de recherche, la création de fichiers Word ou PPT sur un sujet donné, la revue de la littérature, ou encore la réalisation d'analyses statistiques. Il faut malgré tout noter que les aspects évoqués ici font surtout référence à une seule dimension de l'IA, qui a certes émergé récemment et qui fait beaucoup parler, à l'instar de ChatGPT, qui incarne un outil d'aide au quotidien. Mais l'IA est bien implantée depuis très longtemps et nous l'utilisons tous les jours sans nous en rendre compte.

[Q10bis] *L'Étandard Plébéien* : Et qu'en est-il de votre rapport professionnel, en tant que médecin, aux IA ?

M.1 : En plus des utilisations citées plus haut, l'IA est omniprésente au sein de mon activité professionnelle. La lecture et l'interprétation d'imageries médicales impliquent l'intelligence artificielle afin de détecter des anomalies parmi des panelles de maladies. La radiothérapie particulièrement utilise l'IA dans le but de déliminer les organes à préserver sur le scanner utilisé pour les calculs dosimétriques. L'IA est également de plus en plus impliquée dans la conception de scores de risque pour la détection de cancers, l'estimation de risque de rechute ou encore l'estimation de la réponse à un traitement. Enfin, des entreprises utilisent l'IA pour concevoir des molécules qui vont aller directement se diriger vers des récepteurs ou cibles au sein des cellules cancéreuses pour mener à leur mort. Il est certain que ces applications auront pour conséquence un bond considérable en matière de recherche scientifique et pour les laboratoires pharmaceutiques.

[Q11] *L'Étandard Plébéien* : Doit-on craindre l'instauration d'une confiance en croissance excessive des praticiens de santé envers les IA ?

M.1 : Elle est à craindre, c'est certain, et pour plusieurs domaines il est déjà trop tard ! Les jeunes générations n'ont pas connu le monde, et notamment leur profession médicale, sans IA et leur apprentissage en déborde. Des outils avancés et pratiques qui leur épargnent parfois une réflexion et une compréhension pourtant nécessaire. L'IA est un outil brillant mais il faut absolument garder un œil et un esprit critique sur ses résultats. Le risque d'erreur mène à la réflexion sur la responsabilité engagée du médecin. Qui est blâmable, l'humain ou la machine ?

[Q12] *L'Étandard Plébéien* : Les IA interviennent dorénavant à plusieurs niveaux dans les pratiques médicales : diagnostic assisté, chirurgie accompagnée via la robotique médicale, recours à des modèles prédictifs, etc. Sommes-nous à l'aube d'une révolution médicale ?

M.1 : Cette révolution est bien en marche et le corps médical s'entoure de l'IA dans tous les aspects et toutes les étapes de la prise en charge des malades. Paradoxalement, la révolution médicale de l'IA pourrait tendre à une révolution plus humanisée, dans le sens où l'utilisation large de l'IA permet de libérer le médecin de tâches techniques ou administratives quasiment automatisées, au profit de temps de consultation et d'échanges.

[Q13] *L'Étandard Plébéien* : Comment appréhendez-vous les nouveaux enjeux bioéthiques qui se présentent inévitablement avec cette prodigieuse technologie ?

M.1 : Le médecin doit rester le seul décisionnaire et doit porter la responsabilité de ses décisions. C'est seulement sous ces conditions que l'IA restera profitable au médecin et bénéfique aux patients, en obligeant le médecin à conserver un œil critique et à sécuriser sa pratique des outils IA ainsi qu'à poursuivre une formation continue tout au long de sa carrière afin de délivrer les meilleurs traitements aux patients. Le médecin pense, l'IA s'exécute. Enfin, si l'on considère l'aspect bioéthique et le risque lié aux données de santé des patients, il est également important d'utiliser des outils IA sécurisés et réglementés, validés par les institutions professionnelles et protégés des cyberattaques, car ils constituent un risque de malveillance accru.

[Q14] *L'Étandard Plébéien* : Auriez-vous un mot pour conclure cet entretien ?

M.1 : Le monde de la santé est vaste et la pratique même de la médecine impose une réflexion constante et progressive sur des problématiques socio-culturelles, économiques et réglementaires. La médecine de demain ne sera pas celle d'aujourd'hui et elle évolue dans un

monde où les façons de pensées sont en perpétuel changement. La seule chose à garder précieusement à l'esprit est que la place centrale de la santé revient au malade, et que le système de santé se doit d'en faire une priorité. L'accès aux soins, le respect de ses choix et décisions, et la protection de ses données personnelles sensibles sont autant d'axes majeurs autour desquels les avancées réglementaires, scientifiques et technologiques doivent s'articuler.

L'Étendard Plébéien : Toute l'équipe de la revue vous remercie chaleureusement d'avoir consacré du temps pour répondre à nos questions.