

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

« Art. L. 1110-5. Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

« Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Art. 16-13. - Nul ne peut faire l'objet de discriminations en raison de ses caractéristiques génétiques. »

L'accès aux soins est un droit fondamental, pourtant, de nombreuses personnes en situation de vulnérabilité rencontrent des obstacles persistants pour en bénéficier. Les personnes en situation de handicap ou atteintes de troubles psychiques, les personnes en grande précarité, les demandeurs d'asile... **font face à des difficultés multiples : complexité des démarches administratives, renoncements aux soins pour des raisons financières, inadaptation de l'offre de soins à leurs besoins spécifiques, ou encore discriminations implicites dans le parcours de santé.**

Le Comité de Réflexion Éthique de La Vie Active s'est penché sur cette problématique **à travers plusieurs auditions de professionnels** (de CHRS, CAES, Service tutélaire et EHPAD) **et de personnes accompagnées** (de CHRS). Ces échanges ont mis en lumière des défaillances du système de santé, mais aussi des pistes permettant d'en améliorer l'accessibilité. Cet avis vise à analyser les enjeux éthiques soulevés par cette situation et à formuler des recommandations pour **garantir un accès effectif et digne aux soins pour toutes et tous.**

Selon le Défenseur des Droits, le terme de **discrimination** recouvre les situations dans lesquelles *« une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre, dans une situation comparable, dans un domaine prévu par la loi (emploi, accès aux biens et services, etc.) et en raison d'un critère prohibé (tel que le sexe, l'origine, l'orientation sexuelle, la particulière vulnérabilité économique, le handicap, l'apparence physique, l'identité de genre, l'état de santé, etc.). Dans le domaine de la santé, elle peut se traduire, par exemple, par un refus de soins sur le fondement de la nationalité du patient ou par une prise en charge de moindre qualité en raison de son identité de genre. »*

Rapport | Prévenir les discriminations dans les parcours de soins · 2025

1°) Obstacles administratifs et juridiques : complexité des démarches, méconnaissance des droits, statuts administratifs

L'accès aux soins des publics vulnérables est entravé par de nombreux obstacles administratifs et juridiques qui complexifient leur prise en charge. La rigidité des dispositifs, la méconnaissance des droits, ainsi que l'évolution des réglementations restreignent l'accès à une prise en charge médicale adaptée. Ces obstacles mettent en lumière des enjeux éthiques majeurs liés à la dignité humaine, à l'équité et à la justice sociale.

1. Difficultés administratives, logistiques et juridiques

Les professionnels du secteur social et médico-social auditionnés par le Comité de Réflexion éthique constatent quotidiennement les difficultés rencontrées par les publics vulnérables pour faire valoir leurs droits concernant l'accès au soin. Au premier rang de ces difficultés, on trouve toute une série d'obstacles relevant de la **complexité des procédures administratives : démultiplication des interlocuteurs, barrière de la langue...**

Si, à bien des égards, on peut considérer que les défaillances du système de santé français impactent l'ensemble de la population, il semble évident que **c'est d'autant plus le cas pour les publics vulnérables**. Trouver un médecin traitant, obtenir un rendez-vous chez un spécialiste, fournir des justificatifs... sont autant d'étapes qui nous concernent tous mais **qui peuvent s'avérer être un véritable parcours du combattant pour une personne en situation de précarité**. En résulte un renoncement aux soins avec comme conséquences une aggravation des pathologies présentant plusieurs causes, parfois intriquées (des parcours de soins trop complexes, trop coûteux et/ou une défiance à l'égard des institutions, du système, des pouvoirs publics plus qu'à l'égard des acteurs de santé...).

De même, si la saturation des structures de santé impacte de très nombreuses personnes sur le territoire, ses conséquences sont bien plus délétères en ce qui concerne **des patients (adultes et enfants) en grandes souffrances psychologiques**¹. Les délais d'attente trop longs, notamment dans les structures consacrées à la santé mentale, rendent impossible une intervention précoce et préventive et mènent parfois à des drames évitables.

¹ 220.000 enfants sont suivis en CMPP partout en France, dans 300 centres. Les centres ne peuvent pas répondre à toutes les demandes. Les listes d'attente s'allongent, jusqu'à deux ans par endroit. Parmi les raisons : une demande de plus en plus forte, conjuguée à une baisse des moyens et un manque d'attractivité de la pédopsychiatrie. Leur nombre a été divisé par deux en dix ans. Et puis les postes financés par l'Éducation nationale et destinés aux centres se réduisent. (France Inter, Victor Vasseur, 16 septembre 2023)

Le caractère financier est également à prendre en compte lorsqu'on s'intéresse aux difficultés d'accès au soin des publics vulnérables. Certains professionnels peuvent ainsi refuser des patients au motif qu'ils sont bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS ex CMU-C), ce qui est formellement interdit².

Parfois, si les soins sont bien remboursés, **le transport sanitaire lui ne l'est pas toujours.** Or, des personnes dépendantes ne peuvent pas nécessairement se rendre à leurs rendez-vous médicaux par leurs propres moyens, et ne peuvent pas se permettre de payer un transport. Leur accès au soin n'est donc pas effectif, ce qui entraîne à nouveau une dégradation de leur état de santé. A cela il faut également ajouter une **méconnaissance par les patients de leurs droits**³. Il existe en effet un grand défaut d'information de communication avec des **dispositifs aux particularités statutaires qui les placent en silo.**

« -Êtes vous obligés d'accompagner les résidents aux rendez-vous médicaux ?

- Quand ils souffrent de la maladie d'Alzheimer, si la famille n'y va pas, oui.

- Un EHPAD nous a déjà demandé d'accompagner une personne qu'on suivait à un rendez-vous médical, car l'établissement ne pouvait pas dégager de professionnels. On n'est pas censé le faire mais ça nous arrive. Très souvent, on dépasse les missions qui sont les nôtres, dans ce domaine ou dans d'autres d'ailleurs »

20 novembre 2024, échange entre un membre du Comité, une infirmière en EHPAD et une Mandataire judiciaire.

Pour certains publics, notamment **les personnes ayant une déficience intellectuelle et cognitive ou les personnes migrantes, des questions aussi prosaïques que la bonne compréhension mutuelle peuvent également se poser.** Si certains hôpitaux disposent de services d'interprétariat, ils ne sont pas toujours disponibles en urgence et ne couvrent pas la diversité des langues parlées. L'absence de compréhension entre patient et professionnels de santé peut compromettre le diagnostic et les soins. Or, comme le rappelle le CCNE⁴ « La troisième exigence éthique réside dans la mise en pratique d'un **mode pertinent de communication, linguistique et culturelle, avec les personnes pour mieux comprendre leurs attentes dans le cadre de leur prise en charge soignante.** La compréhension est d'abord celle de la langue. « Il n'y a pas de médecine sans récit ». Il n'y a pas de soins sans échanges entre malades et soignants.

² Conformément à l'article L1110-3, aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

³ Les aidants qui véhiculent les patients à leurs consultations peuvent se faire rembourser des frais de transport. Les municipalités mettent à disposition des moyens de transport individuel pour les administrés nécessiteux. Les associations agréées de sécurité civile se mettent à disposition des personnes précaires pour les véhiculer dans leur parcours de soins. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/frais-transport>

⁴ Avis n° 127 du CCNE « Santé des migrants et exigence éthique ». p.21, 16 octobre 2017

« C'est au cas par cas, certains s'en sortent très bien, d'autres ont des difficultés pour comprendre certains termes et reviennent vers nous. Dans ce cas, on interroge le médecin pour essayer d'expliquer à la personne accompagnée »

20 novembre 2024, Mandataire Judiciaire

En ce qui concerne les patients étrangers, il faut évidemment s'intéresser également à leur situation administrative. **Les personnes en situation irrégulière n'ayant pas accès à la couverture sociale immédiate, se voient parfois refuser ou a minima retarder l'accès aux soins, même en situation d'urgence.**

Certaines structures, comme les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), permettent de pallier ces difficultés, mais elles ne couvrent pas tous les besoins.

"On a la chance d'avoir un partenariat avec les PASS, mais tous les soins ne sont pas couverts. Certaines personnes que l'on accueille n'ont de toute façon pas le droit à l'Aide Médicale d'Etat, donc l'accès aux soins est très compliqué. Nous nous débrouillons déjà avec les moyens du bord ! Si le changement de de l'AME prévu est bien effectif, l'enveloppe de prise en charge va encore être réduite."

11 septembre 2024, Directrice adjointe du CHRS et des CAES.

Les évolutions juridiques récentes ne semblent pas forcément allées vers une amélioration de la situation :

"Avec la loi immigration, nous sommes très inquiets de l'accompagnement qu'on pourra proposer aux personnes en situation irrégulière. Ça n'est déjà pas évident de les prendre en charge, mais ça le sera encore moins quand l'Aide Médicale d'Etat va être réduite à une aide médicale d'urgence."

11 septembre 2024, Directrice adjointe du CHRS et des CAES.

Ainsi, la restriction de l'Aide Médicale d'Etat (AME) à la seule prise en charge des soins d'urgence va ajouter une difficulté supplémentaire dans l'accès au soin des personnes migrantes, en plus d'être largement perçue **par les professionnels du Secteur Humanitaire comme un "non-sens" à la fois éthique et économique, puisqu'en retardant l'accès aux soins, on favorise la dégradation de l'état de santé** des personnes concernées, ce qui génère à terme des coûts plus élevés pour le système de santé.

2. Glissement de tâches et cloisonnement des acteurs

Face à toutes ces difficultés et aux conséquences qu'elles entraînent, les professionnels des associations et structures **du secteur social et médico-social se retrouvent parfois à assumer des missions qui ne relèvent pas de leur compétence, faute de moyens humains et institutionnels dans les structures de soin.**

« - Prendre un véhicule de service fait partie de vos missions ?

- Je pense que c'est plutôt un glissement de tâche ! Ca ne fait pas vraiment partie de nos attributions. Mais oui ça nous arrive quand même de le faire. Je pense que souvent, la famille pense qu'en EHPAD il y a des médecins, des infirmières... Donc qu'on est comme un hôpital ! Donc ils pensent qu'ils peuvent se décharger de tout accompagnement. »

20 novembre 2024 – Infirmière en EHPAD

Outre la surcharge horaire inhérente à ces demandes, pour un personnel déjà en tension, ce glissement de tâche pose la question de la responsabilité des différents acteurs, **que le fort attachement aux valeurs humaines du secteur social et médico-social pousse bien souvent à tout mettre en œuvre pour venir en aide aux personnes accompagnées.**

La grande vulnérabilité des personnes accompagnées peut aussi expliquer ce poids moral que les professionnels peuvent parfois éprouver. Comme l'exprime très bien le Pr Portes au sujet du sentiment de responsabilité : « *devant cette passivité vulnérable du patient, nous sentons naître en nous le sentiment d'un « lien sacré », d'une obligation intérieure dont rien ne peut nous libérer, mais qui, en raison des circonstances, est épurée de toute contingence ; bref, d'une obligation strictement morale*⁵ » .

3. Stratégies des acteurs pour contrer les défaillances du système

Malgré ces difficultés, le Comité de Réflexion éthique de La Vie Active a pu constater que de **nombreuses initiatives locales permettent d'améliorer l'accès aux soins des publics vulnérables.** Elles prennent souvent racine dans la réalisation de la nécessité de renforcer la coordination entre structures sociales et sanitaires.

« On est sur un territoire très dynamique ! On peut compter sur les médiatrices santé de la CPAM, qu'on sollicite souvent. Le PCI de la CABBALR a développé tout un programme avec des médiatrices santé. Ce sont des facilitatrices de parcours. » –

12 février 2025, Coordinateur du CHRS.

« Je peux aussi donner de beaux exemples : le CH de Lens a pu nous aider sur des dossiers critiques. Ils ont pris en charge des patients avec des dossiers très délicats. On avait un résident toxicomane, il se faisait jeter de partout, tout le monde nous disait que c'était un simulateur. A Lens, dès l'accueil on s'est adressé à lui poliment et on a pris en compte sa douleur. »

11 septembre 2024, Directrice adjointe du CHRS et des CAES.

5 Pr. Portes, « Du consentement du malade à l'acte médical », communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 30 janvier 1950

« Les établissements avec lesquels on travaille sont très bien, on n'a aucun souci au niveau de la prise en charge. Ils sont réactifs et à l'écoute de l'équipe soignante, on a plutôt de la chance. »

20 novembre 2024, infirmière en EHPAD.

Ces pratiques de collaboration permettent de créer un véritable maillage territorial favorisant une meilleure prise en charge.

On essaye aussi de lever les freins qui empêchent nos résidents de consacrer du temps à leur santé. On a un partenariat avec la crèche de Nœux-les-Mines, où il est prévu qu'on puisse laisser son enfant si on a un rendez-vous."

12 février 2025, Directrice Adjointe du CHRS.

Ces initiatives illustrent la capacité des acteurs locaux à compenser les défaillances du système, même si **elles ne sauraient se substituer à la nécessité d'une politique publique plus inclusive et équitable.**

2°) L'accès au soin des publics vulnérables face aux discriminations systémiques

Au-delà des obstacles administratifs, juridiques, et même matériels, pour des publics vulnérables spécifiques comme notamment les personnes en situation d'obésité sévère, des facteurs sociaux et culturels peuvent également entraver l'accès aux soins. Certaines discriminations systémiques influencent la qualité de la prise en charge et peuvent conduire à des refus de soins ou à des traitements différenciés.

*« **Face à la souffrance, il est impossible de détourner le regard, sauf à perdre une part d'humanité.** « L'impossible dérobade » face à la détresse de l'autre, rappelée par Emmanuel Levinas, nous oblige à faire des personnes en situation de vulnérabilité, notre priorité, et à nous mettre au service de tous, car **chaque atteinte aux droits ou au principe d'égalité, altère notre cohésion sociale.**⁶ »*

Ces réalités posent d'importants enjeux éthiques pour les professionnels du secteur social et médico-social, notamment en ce qui concerne les notions d'égalité et de dignité.

⁶ Claire Hedon, Défenseur des Droits, Actes des Journées, p.56 CCNE – 40 ans – 10 mars 2023

1. Discriminations dans l'accès aux soins

Les discriminations dans l'accès aux soins prennent des formes multiples, touchant divers publics en situation de vulnérabilité. **Qu'elles soient liées à l'origine, au statut administratif, à l'âge, à la précarité sociale, aux troubles psychiques, aux addictions (drogue, alcool...), aux déficiences, au handicap..., elles traduisent un glissement préoccupant vers une prise en charge conditionnelle, en contradiction avec le principe d'universalité des soins.**

Dans certains services hospitaliers, des comportements discriminatoires ont été rapportés à l'égard de personnes migrantes, en particulier lorsqu'elles sont en situation administrative irrégulière. Des refus de soins explicites, des attitudes déshumanisantes et même des pratiques dilatoires ont été observés.

« C'est surtout frappant dans les CAES, les structures où l'on accueille les personnes en situation irrégulière, qui n'ont aucun titre de séjour. Assez régulièrement, nos résidents se rendent à l'hôpital, et certains professionnels s'autorisent à avoir des comportements inacceptables et inhumains, dans les propos mais aussi dans leur manière d'agir. »

11 septembre 2024, Directrice adjointe du CHRS et des CAES.

Mais l'origine ou le statut administratif ne sont pas les seuls critères qui exposent à une inégalité de traitement. **Les personnes âgées**, notamment en EHPAD, peuvent aussi se heurter à des refus de soins, **liés à une perception implicite d'une moindre "utilité sociale"**.

"Pendant le COVID¹, on nous disait carrément qu'ils ne viendraient pas pour aider nos résidents."

20 novembre 2024, infirmière en EHPAD.

Dans certains cas, les soignants ont même dû prouver **qu'un résident "méritait" d'être pris en charge.**

"J'étais à l'EHPAD de Courrières, une dame fait un malaise, le SMUR arrive, il ne voulait pas la prendre. Donc j'ai dû prouver que cette dame était encore autonome sur la marche, capable de manger seule... J'ai dû faire intervenir ma direction, et cette dame a vécu six ans de plus !"

20 novembre 2024, infirmière en EHPAD.

Ces exemples illustrent une tendance à évaluer la "valeur" d'une vie en fonction de critères subjectifs ou discriminatoires, qu'il s'agisse d'âge, d'origine, de précarité ou de santé mentale.

⁷ Nota bene : Ce qui, dans le jargon médical, est appelé le « triage », terme technique pour parler de catégorisation et priorisation des soins, a été très mal perçu durant la pandémie de SARS-Cov-2. La crise sanitaire a agité comme une loupe sur ce qui est une caractéristique de la médecine fondée sur la justice distributive. Le triage avait pour but d'évaluer la capacité des personnes à recevoir des soins de réanimation nécessairement invasifs, agressifs pour leur état physiologique. Une de fois de plus, l'absence ou une mauvaise communication a laissé croire que certaines personnes ne valaient pas le coup, ni le coût d'être soignées.

D'autres publics vulnérables, comme **les personnes sans-abri, les usagers de drogues ou les personnes atteintes de troubles psychiques, sont également victimes de stigmatisation. Souvent perçus à travers le prisme du soupçon ou du préjugé, ils subissent des refus de soins déguisés, des délais injustifiés ou des attitudes dissuasives.** Cela contribue à un climat de défiance envers les institutions de santé et à un renoncement aux soins particulièrement préoccupant.

Ces discriminations dans le champ médical sont souvent le reflet d'une stigmatisation plus large, qui traverse l'ensemble de la société.

2. Un climat social dégradé

Les tensions autour des questions migratoires et identitaires ont un impact direct sur la prise en charge des patients issus de l'immigration. Certains professionnels de santé adoptent des **comportements discriminatoires** qui auraient été impensables et inacceptables il y a quelques années. Les idées reçues sur leur prise en charge (comme profitant du système de protection sociale français, ou prioritaire pour l'accès aux soins) alimentent une xénophobie croissante, renforcée par un discours public de plus en plus décomplexé sur l'immigration.

"Il y a un principe qui consiste à dire que le doute doit toujours bénéficier au patient. Mais certains nous disent que du coup, on ne dépense pas la même énergie pour les citoyens lambdas. À l'époque, à la Permanence d'Accès aux Soins de Calais, certains considéraient qu'on mettait les moyens pour les migrants et qu'eux étaient laissés pour compte ! [...] On arrive à un racisme décomplexé."

11 septembre 2024, Urgentiste au CH d'Arras.

Paradoxalement, la fracture sociale touche aussi le corps médical.

"On a aussi des étudiants en médecine qui refusent de prendre en charge certains patients... La société est fracturée, mais c'est à nous d'être vigilants et de trouver des solutions."

11 septembre 2024, Urgentiste au CH d'Arras.

Face à ces tensions, il devient crucial de réaffirmer l'importance des établissements de santé comme espaces neutres, où chaque patient doit être pris en charge indépendamment de son origine ou de ses croyances.

Comme le rappelle le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de la Haute Garonne (CDOM 31) :
« Des professionnels de santé bien formés aux spécificités liées à la culture et à la religion des patients savent mieux prendre en compte les besoins de santé individuelle des patients. ⁸»

3. Bonnes pratiques et leviers d'action

Malgré ces difficultés, certaines stratégies permettent d'améliorer l'accès aux soins et de contourner les discriminations.

L'entretien de **relations de confiance avec des soignants sensibilisés** au suivi des personnes accompagnées dans les établissements de La Vie Active ainsi que **l'anticipation des besoins de santé** de ces personnes sont notamment des leviers efficaces.

*"Il s'agit plus de repérer **les professionnels qui font preuve de bonne volonté...** Si elles ont la volonté, nous on peut les y aider. Il y a des stratégies !"*

12 février 2025, Coordinateur du CHRS.

*"Quand on les appelle, ils savent que c'est sérieux. On fait aussi **en amont la démarche de les prévenir de certains problèmes de nos résidents** qui pourraient nécessiter une intervention à un moment."*

12 février 2025, Directrice adjointe du CHRS.

La sensibilisation et la formation des professionnels médicaux à la prise en charge des publics vulnérables semble également être un bon moyen pour parvenir à une réelle égalité dans l'accès au soin.

Ce que j'essaie de dire c'est qu'à **l'hôpital prend en charge un archipel de minorités avec chacun sa particularité**, et forcément cela implique des comportements soignants qui sont inadaptés : des soignants qui ne veulent pas s'occuper de personnes âgées, qui auront un regard péjoratif sur les personnes en surpoids... »

11 septembre 2024 – Urgentiste en CH.

Pour y parvenir, on peut imaginer **des groupes de discussion réunissant professionnels du sanitaire et professionnels du secteur social et médico-social**, des moments de formation plus formalisés construits autour de partenariat gagnant-gagnant.

⁸ Fiches "Soins et Laïcité au quotidien", Sous la direction du Dr Jean Evenot, Président du conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute-Garonne, octobre 2015.

Il faut, comme le propose le CCNE dans son avis 140 « redonner du sens et de la valeur aux métiers du soin et aux professions œuvrant dans le champ de la santé, à commencer par placer le respect de la personne, pilier éthique du soin, comme valeur centrale. Cela implique de réintroduire le temps de l'écoute des personnes soignées et de leurs proches⁹. »

Il est également important de **promouvoir des outils pratiques comme des guides, des fiches** en FALC (Facile à Lire et à Comprendre), des bandes dessinées pédagogiques (Santé BD¹⁰) ou des site internet comme HandiConnect.fr, qui est un site ressource pour aider les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne auprès des patients en situation de handicap.

La place des familles a également toute son importance si l'on veut que l'accompagnement se déroule le mieux possible.

*« On a les mêmes réalités dans le champ de l'autisme. On sait que **la participation de la famille va amener 90% de la réussite de la consultation**. C'est pour ça qu'on fait un gros travail en amont pour accompagner les familles. Le jour de la consultation, on détache souvent un éducateur pour accompagner la famille »*

20 novembre 2024 – Membre du Comité de Réflexion éthique et Directrice d'IME

En l'état, la mise en place de dispositifs **de signalement des discriminations** demeure également une piste efficace pour garantir un accès aux soins plus juste et équitable. Recueillir et documenter les témoignages des personnes accompagnées sur les discriminations subies, et les faire remonter pour alerter les institutions locales permet de montrer que nous sommes toujours en alerte, et que nous ne reculerons pas devant certains comportements.

La lutte contre les discriminations dépasse le champ de la santé et une affaire qui concerne tous les citoyens.

* *

L'accès aux soins des publics vulnérables est entravé par de nombreux obstacles qui renforcent les inégalités et mettent à l'épreuve les principes fondamentaux de justice et de dignité sur lequel est sensé reposer notre système de santé.

⁹ Avis n°140 « Repenser le système de soins sur un fondement éthique » P.8- 20 octobre 2022.

¹⁰ SantéBD est une boîte à outils pédagogiques pour comprendre et expliquer la santé avec des images et des mots simples.

Face à ces enjeux, notre responsabilité éthique est de ne pas céder au fatalisme, mais au contraire de promouvoir une approche humaine et inclusive du soin, dans laquelle chaque personne, indépendamment de son statut ou de sa vulnérabilité, puisse être reconnue et accompagnée avec la même exigence de qualité et de respect « **Le dénuement d'autrui est donc en même temps un pouvoir moral, qui appelle ma responsabilité envers lui. L'autorité qu'autrui exerce sur moi n'est pas un pouvoir de savoir ni de savoir-faire, ni de puissance ni de violence, mais l'autorité morale qui rappelle le commandement de vie** »¹¹. A travers des actions locales, un engagement renforcé des acteurs médico-sociaux et une mobilisation collective, il est possible d'agir pour garantir un accès aux soins équitable et respectueux de chacun.

¹¹ Zielinski Agata, « Reconnaissance de la vulnérabilité : vers une éthique de la sollicitude », in : Bernard N. Schumacher éd., L'éthique de la dépendance face au corps vulnérable. Toulouse, Érès, « Espace éthique - Poche », 2019, p. 251-273. « *Reconnaissance de la vulnérabilité : vers une éthique de la sollicitude* », art. cité