



DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE ÉTHIQUE EN SANTÉ

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2023-2024

Quelle place pour la kinésithérapie pratiquée auprès de populations minorisées et / ou dites vulnérables ?

Jury de mémoire :

Président :

Nathalie NASR, PU-PH en Neurologie

Autres membres :

Pierre-André DELPLA, MCU – PH en Médecine Légale

Roger GIL, Professeur de Neurologie et Doyen Émérite

Jean-Pierre MARC-VERGNES, Directeur de Recherche INSERM Émérite

Soutenu, le **7 juin 2024**

Par, **ZOUIN Alexiel**

DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE ÉTHIQUE EN SANTÉ

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2023-2024

Quelle place pour la kinésithérapie pratiquée auprès de populations minorisées et / ou dites vulnérables ?

Jury de mémoire :

Président :

Nathalie NASR, PU-PH en Neurologie

Autres membres :

Pierre-André DELPLA, MCU – PH en Médecine Légale

Roger GIL, Professeur de Neurologie et Doyen Émérite

Jean-Pierre MARC-VERGNES, Directeur de Recherche INSERM Émérite

Soutenu, le **7 juin 2024**

Par, **ZOUIN Alexiel**

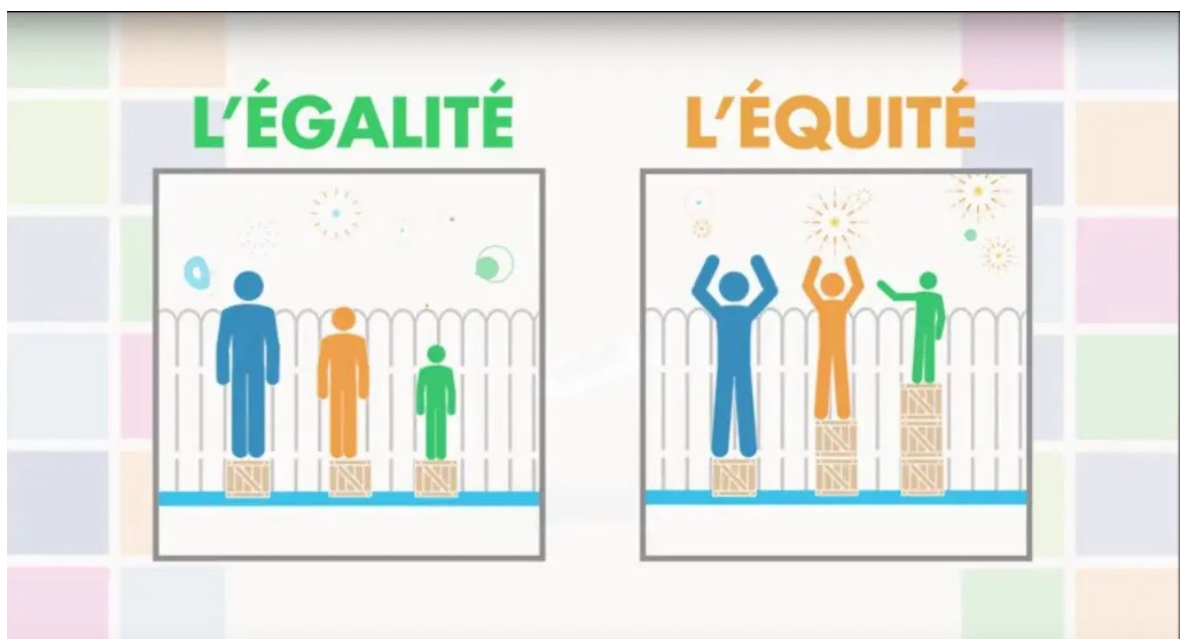


Figure 1: Illustration libre de droits de deux concepts dans leurs sens figuratifs.

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION / AVANT-PROPOS _____	1
II – ANCRAGE DE LA KINÉSITHÉRAPIE EN FRANCE _____	2
III – LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS _____	3
IV – CONCEPT DE VULNÉRABILITÉ EN SANTÉ ET CONCEPT DE POPULATIONS VULNÉRABLES _____	4
V – VULNÉRABILITÉ ET DIGNITÉ : DEUX NOTIONS EN OPPOSITION OU NÉCESSAIREMENT COMPLÉMENTAIRES ? _____	6
VI – QUELLE PLACE POUR LA KINÉSITHÉRAPIE PRATIQUÉE AUPRÈS DE POPULATIONS MINORISÉES ET / OU DÎTES VULNÉRABLES ? _____	12
1. Relation soignant-soigné, posture et pratique professionnelle _____	12
2. Sortir du cantonnement au champ des caractéristiques individuelles pour s'attacher à une vision plus vaste (écosystémique), une démarche <i>pour le mieux</i> ? _____	14
VII – CONCLUSION ET OUVERTURE _____	16
VIII – BIBLIOGRAPHIE _____	18

I – INTRO / AVANT-PROPOS :

Je suis kinésithérapeute depuis 2013. J'ai eu l'occasion de travailler sur différents territoires d'Occitanie durant plusieurs années avant de démarrer depuis janvier 2021 sur Toulouse mon activité au sein de mon cabinet où je m'occupe majoritairement de personnes LBGT+ et / ou neurovariantes (de façon innée ou acquise) et / ou racisées, populations pour lesquelles j'appartiens moi-même pour certaines.

Ce sont des populations qui sont parfois qualifiées de vulnérables dans le domaine de la Santé Publique, ou encore de minorisées au sein des sciences sociales, faisant écho aux discriminations, comportements et traitements inappropriés ou négativement différentiels susceptibles d'être présents dans tous les champs sociaux. Je suis également amené.e à parfois recevoir des personnes victimes de violences sexistes et / ou sexuelles via une formation suivie au Planning Familial du 31 ainsi que des personnes prostituées, pratiquant le travail du sexe, via une formation dispensée par l'association Grisélidis.

Au travers de mon activité au sein de mon cabinet, je m'occupe des corps des personnes, lesquels sont également assez souvent reliés à leurs états mentaux et conditions matérielles de vie, dans une perspective de lutte contre les inégalités, ou iniquités, sociales de santé.

En parallèle de mon activité libérale, je travaille également temps partiel en Unité de Soins Palliatifs (USP), centrée sur la prise en soins de la douleur avec une orientation largement majoritaire en oncologie. À l'USP, il m'est donné d'observer un pan des impacts qu'ont les inégalités sociales sur la santé des personnes au travers de l'âge des personnes concernées et / ou l'état d'évolution de leurs pathologies.

L'an dernier, en 2023, j'ai suivi un D.U. en « Prévention et Promotion de la Santé », branche de Santé Publique / Santé des Populations, domaines dans lesquels je compte davantage encore m'orienter par la suite.

Ce Mémoire de fin d'études s'inscrit dans mon parcours professionnel passé, présent et futur. Il fait état de questionnements éthiques parmi d'autres. En effet, avec mes activités professionnelles en cours, le choix était vaste, j'ai opté pour des questionnements qui guident mon projet professionnel à moyen et long terme. Mon cheminement mental concernant le métier que j'exerce y est retracé, et vous allez ainsi lire pourquoi je compte *partiellement* le quitter dans l'avenir au profit d'un autre en Santé Publique / Santé des Populations, avec un abord en Prévention et Promotion de la Santé.

Le « format Mémoire » pour le DIU étant court, il m'impose de vous présenter ici une pensée synthétisée qui pourrait être davantage développée, dans une thèse par exemple, veuillez m'en excuser par avance.

II – ANCRAGE DE LA KINÉSITHÉRAPIE EN FRANCE :

Kinésithérapie : Du grec, « *kínêsis* » qui signifie « mouvement » et *therapeía*, « soin, traitement ». Il est communément admis que la kinésithérapie a pour but dans le but de renforcer, maintenir ou rétablir les *capacités fonctionnelles* des personnes.

Cette discipline de santé appartient, comme d'autres métiers paramédicaux (ergothérapeute, psychologue, psychomotricien, etc), au domaine des professions de la *ré-éducation*, ou *rééducation* et de la *ré-adaptation*, ou *réadaptation* (sous entendu : des personnes). Le terme de « ré-éducation » n'est pas anodin et lourd de sens. En effet, le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) fait état entre autres de trois définitions à ce dernier [1] :

1° « Action de *rétablir l'usage normal* d'une fonction, d'un membre ou d'un organe après une blessure ou une affection, ou chez un *sujet qui souffre d'une déficience ou d'une infirmité*. »

2° « Éducation spécialisée permettant la réinsertion sociale ou familiale d'un *sujet mal adapté à la société*. »

3° « Dans un *régime totalitaire*, nouvelle éducation visant à remettre une personne dans la ligne de l'idéologie dont il a dévié. »

Quant à « ré-adaptation », on peut trouver sur le site du CNRTL, les définitions suivantes [2] :

1° « Ensemble des mesures mises en œuvre pour *réduire les séquelles d'un traumatisme ou d'une maladie de manière à réinsérer un malade dans son milieu familial et socio-professionnel*. »

2° « Action d'*adapter quelque chose à une situation nouvelle*. »

3° « « Fait pour un convalescent de *reprendre progressivement une activité*. »

La kinésithérapie est donc une approche historiquement en France centrée sur l'individu en lui-même et ses possibilités d'actions, de mouvements impliquant son corps, ainsi que ses *comportements individuels* pouvant avoir un ou des impacts sur sa santé et son insertion dans la société. L'approche part de l'individu, pour le « plier », le conformer dans un certain sens le plus possible à la société dans laquelle il évolue, avec une intention occupationnelle derrière.

Quelques extensions ont permis au fil du temps d'étendre quelque peu l'abord kinésithérapique à l'environnement proche de la personne via la possibilité de prescrire des aides techniques pour les activités quotidiennes (exemple : cannes anglaise, orthèses, etc) ou encore la possibilité pour les kinésithérapeutes de faire des formations en ergonomie. Si l'ergonomie se distingue par trois dimensions : l'ergonomie physique (adaptation des milieux de vie, souvent réduite au travail, travail sur les postures et les praxies effectuées) ; l'ergonomie cognitive (amélioration des processus décisionnels et de gestion du stress, par exemple) et enfin l'ergonomie de l'organisation (qui s'intéresse aux problématiques systémiques / structurelles en milieu professionnel), il est toutefois à noter qu'elle vise surtout de nos jours au sein de notre

société capitaliste à tourner l'individu vers le travail et à améliorer la productivité de ce dernier, avec un centrage encore une fois largement majoritaire sur lui, les efforts et changements qu'il doit faire, ainsi que sur ses capacités.

En résumé : le centrage historique et politique de la kinésithérapie (comme pour les autres professions de rééducation/réadaptation) est placé majoritairement sur l'individu. Mais qu'en est-il de l'approche globale en santé en ce cas ?

III – LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Santé se définit ainsi, comme : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946).

Au cours des dernières décennies, de multiples études sur la Santé ont vu le jour au travers le monde entier, lesquelles ont permis en premier lieu d'identifier des déterminants de la Santé puis d'établir des modèles et cadres d'interactions entre eux des déterminants de la Santé des individus ou des populations. Le Cadre Conceptuel de la Santé et de ses Déterminants (ci-bas) en est un, qui plus est toujours très utilisé ; tandis que le Modèle conceptuel des déterminants sociaux de la santé de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) de l'OMS est considéré comme à ce jour le cadre le plus abouti.

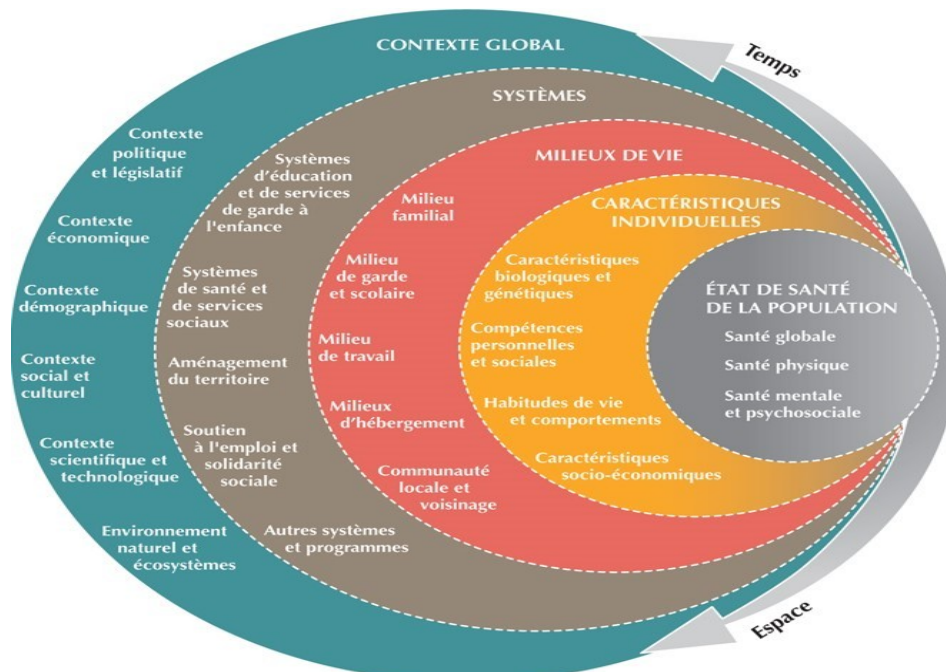


Figure 2 : Cadre Conceptuel de la Santé et de ses Déterminants (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2010)

IV – CONCEPT DE VULNÉRABILITÉ EN SANTÉ ET CONCEPT DE POPULATIONS VULNÉRABLES :

Il existe de nombreuses définitions du concept de vulnérabilité.

En Sciences Humaines et Sociales, et plus particulièrement en sociologie, la vulnérabilité est relative, souvent multidimensionnelle et cumulative. Deux grands axes se dégagent au sein de ce concept : un individu est soumis à un risque alors que d'autres ne le sont pas et les situations de vulnérabilités sont en fonction du temps et de l'espace, notamment des contextes économiques, historiques ou politiques. Il se distingue ainsi deux notions majeures en Sciences Humaines et Sociales autour du concept : une notion de *situation* de vulnérabilité et une notion de *vulnérabilisation* [3].

Dans le domaine spécifique de la Santé, la vulnérabilité en Santé s'exprime à travers le fait que les *inégalités (ou iniquités) socio-économiques engendrent des iniquités en Santé* (se reporter ici à la définition de la Santé par l'OMS et non pas uniquement à la conception de la Santé comme une absence de maladie ou d'infirmité) *ainsi que des iniquités devant le risque d'altérations de la Santé*. Les individus (ou populations) sont d'autant plus considérés comme vulnérables :

- qu'ils ont de probabilités de connaître (à exposition égale face à un risque) des conséquences délétères pour leurs Santé(s) par rapport à d'autres.

Ou bien encore par le fait :

- qu'ils ont plus de probabilités d'avoir des conséquences davantage délétères pour leur Santé(s) que pour d'autres personnes.

Ou bien encore également par le fait :

- que leur(s) probabilité(s) d'exposition à un ou des risques est plus forte pour eux que pour d'autres personnes ou populations.

D'autres définition de la vulnérabilité en Santé qualifient le concept de vulnérabilité non seulement par l'exposition au(x) risque(s), l'intensité et et la probabilité du dommage vécu, mais également par la capacité de ou des individu(s) à réaliser en amont des ajustements nécessaires à la protection face au(x) risque(s), et en aval à réagir pour faire face aux effets du dommage s'il survient [4]. Il ressort ici encore une certaine notion de capacité individuelle, et de capacitisme¹ selon la définition en sociologie du terme qui mériterait d'être nuancée par le fait que le ou les milieux et contextes globaux dans lequel les personnes ou populations vivent influencent sur leurs possibilités ou non d'effectuer des actions diverses et variées pour, ou liés à leur Santé.

¹ Capacitisme : Le capacitisme fait référence à des attitudes sociétales qui dévalorisent et limitent le potentiel des personnes handicapées. Le capacitisme est : « semblable au racisme, au sexisme ou à l'âgisme, selon lequel une personne handicapée moins apte à contribuer et à participer à la société ou moins importante intrinsèquement que les autres. Le capacitisme peut s'exercer de façon consciente ou inconsciente et être inscrit dans les institutions, les systèmes ou la culture d'une société. Il peut restreindre les possibilités offertes aux personnes handicapées et réduire leur participation à la vie de leur collectivité. » (source : Commission du droit de l'Ontario. Mars 2012. *Promouvoir l'égalité des personnes handicapées par l'entremise des lois, des politiques et des pratiques : cadre provisoire*, p. 3)

Pour le Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (s.d.), dit CCNE, les populations vulnérables se définissent comme telles : « Les populations vulnérables sont les personnes qui s'expriment peu ou pas, dont on parle peu ou pas et qui souvent ne peuvent se défendre elles-mêmes, les « sans-voix », les « invisibles » (populations précaires dont les migrants, personnes âgées présentant des troubles cognitifs, personnes handicapées, personnes en fin de vie, jeunes vulnérables, majeurs protégés...). C'est *parfois* le *contexte* qui *engendre ou renforce* la vulnérabilité : on parle alors de « personnes vulnérabilisées par un contexte » (par exemple : lieux privés de liberté, enfants placés, femmes souffrant de violences et féminicides, personnes souffrant de dépendance à des produits addictifs, professionnels de santé vulnérabilisés par leurs conditions de travail...). » [5].

La notion apparaît pour le CCNE plutôt centrée sur les personnes, avec une petite inclusion de la notion du contexte qui peut créer une (ou plusieurs) vulnérabilité(s), néanmoins, elle est nuancée par les mots « parfois » et ainsi que le mot « renforcer ». La vision de la vulnérabilité exprimée par le CCNE semble quelque peu capacitiste, quelque peu essentialisante aussi (au sens « il est dans l'essence de ces personnes de »), selon les Sciences Humaines et Sociales.

Au regard de l'ensemble, il apparaît donc opportun de se questionner sur la place de la notion de vulnérabilité dans la Santé, mais également dans la Santé Publique. La définition du concept est, certes, variable et variée, mais elle est également très souvent hétéro projetée, à savoir définie par un regard externe, un regard de personne individuelle ou populationnel de non concerné. L'usage de cette notion est délicat, complexe et présente des écueils potentiels si la vision essentialisante et la vision capacitiste sont prégnantes.

En effet, il est possible que l'on enferme une personne, une ou des populations désignées comme vulnérables de part certaines conditions « dans une identité ou une situation qui ne correspondent pas à leur expérience(s), à leur vécu(s), à leur(s) ressenti(s) » (Numans et coll., 2021). Par ailleurs, en faisant cela, nous également prenons le risque de participer à une généralisation non adaptée à cette personne, cette / ces populations(s) mais également de créer de la stigmatisation. Or, la stigmatisation fait partie des déterminants de santé connus qui jouent en défaveur de la Santé d'un individu ou bien d'un ou de groupes sociaux... on pourrait même parler ici de vulnérabilisation créée par la généralisation abusive non adaptée et par la stigmatisation.

Enfin, un autre écueil réside dans le fait que cette notion peut également conduire vers des réponses paternalistes se targuant de remédier à cette condition, souvent présentées à l'aune de la protection face au(x) risque(s) potentiel(s).

Ce qui nous amène à la question des rapports entre vulnérabilité et dignité ainsi que vulnérabilité et autonomie (sans son sens philosophique et psychologique), ou encore auto-détermination (dans son sens philosophique et psychologique).

V – VULNÉRABILITÉ ET DIGNITÉ : DEUX NOTIONS EN OPPOSITION OU NÉCESSAIREMENT COMPLÉMENTAIRES ?

Selon le CNRTL, la dignité peut avoir les définitions suivantes [6] :

1° « Sentiment de la valeur intrinsèque d'une personne ou d'une chose, et qui commande le respect d'autrui ».

2° « Prérogative(s) ou prestige(s) inaliénables dont jouit une personne en raison de son comportement, ou qui sont attachés à une chose, et qui leur valent considération et respect ou y donnent droit ».

3° « Attitude de respect de soi-même, fierté ».

En philosophie et en droit, la dignité est le principe selon lequel l'être humain doit être respecté comme une fin en soi, et non réduit à un simple moyen.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que le concept de vulnérabilité était a priori variable, très souvent hétéro projeté, voire hétéro dépendant et qu'il pouvait présenter certains écueils, comme l'essentialisme, le capacitisme, la stigmatisation et le paternalisme, pour ne citer que ces exemples.

À la lumière des trois premières définitions de la dignité ci-dessus, il peut apparaître que le concept de vulnérabilité peut également être en certaines mesures en conflit avec celui de la dignité.

En effet, *vulnérable* et *prestige* semblent antonymes dans notre société, par exemple. Les notions de *vulnérabilité* et de « valeur intrinsèque qui commande le respect d'autrui » également. Elle semble aussi être peu en adéquation avec la notion de protection qui se cache régulièrement derrière les initiatives en Santé auprès de personnes ou populations dites vulnérables, ou identifiées comme vulnérables. La notion de la « valeur intrinsèque d'une personne » dans une société française qui s'est au fil du temps de plus en plus tournée vers la capacité individuelle à l'échelle systémique, échelle qui, elle-même, infuse dans les échelles individuelles pousse-t-elle à considérer les personnes qui ne se situent pas dans le maillage des normes des capacités cognitives, physiques, etc, comme moins dignes que les autres ? Autrement dit, que les personnes identifiées comme vulnérables sont moins dignes, peuvent moins prétendre ou moins inspirer le respect en soi, pour ce qu'elles sont en soi à savoir des êtres humains, que les autres ?

Revenons également à la définition « Prérogative(s) ou prestige(s) inaliénables dont jouit une personne en raison de son comportement, ou qui sont attachés à une chose et qui leur valent considération et respect, ou y donnent droit ». En 1755, le philosophe Rousseau rédigeait, sur demande, le *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*. Dans cet

ouvrage, il tente de trouver des explications, sur fond de naturalisme et d'anthropologie très balbutiante aux différences de traitements sociétaux qu'il perçoit dans la société dans laquelle il évolue. Peu de temps après, la *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen est rédigée*, en 1789. Rappelons-en ici l'Article Premier : « Les hommes *naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune.* » [7].

« Naissent et demeurent libres et égaux en droits ». Mais, après la naissance, après la venue au monde comme on dit, vient la vie dans une société. Une société composée de normes sociales diverses dont, pour la France, de très nombreuses normes morales notamment issues de l'ancrage historique du catholicisme en France. La République actuelle a beau être laïque, elle conserve dans son fonctionnement, dans ses normes, dans son Droit, un fort héritage catholique. Or, ces normes, issues de l'héritage catholique ou non, peuvent conduire parfois à des marginalisations, des exclusions, des traitements différentiels, bref, à des iniquités. Il est largement démontré en Sciences sociales (socio-anthropologie, psychologie notamment) depuis de nombreuses années et à travers le monde, que les Hommes ne sont pas demeurés, après la naissance, égaux en soi dans chaque société [8, 9, 10, 11, 12 : exemples parmi de nombreux autres].

Quant aux « distinctions sociales qui ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune », nous sommes en droit de nous interroger sur le sens derrière les mots « utilité commune » au sein de la société française. Utilité commune pour qui ? La société française ? La France ? L'espèce humaine ? Utilité commune pour quoi ? À quelle visée ? Que peut-on mettre derrière ces mots à travers les époques ? Est-ce à visée d'assimilation aux normes dominantes et l'empêchement des singularités ? Est-ce la survie, la protection de l'espèce humaine ? Est-ce l'amélioration de l'espèce humaine ? De la société française ? Que seraient leurs améliorations ? Un tri, une sélection, comme ce fut le cas lors du régime nazi, ou bien encore, par exemple, lors de protocoles de thérapies de conversions pour les personnes LGBT+ ? Ou bien est-ce reconnaître l'existence des iniquités socio-économiques créés dans notre société dans toutes ses strates, y compris en Droit, afin de réduire voire de les faire disparaître ? Introduire et faire vivre de la Justice Sociale, l'un des quatre piliers du courant du principisme en philosophie ?

Au fil des siècles, au regard de l'Histoire de la France et d'évènements qui l'ont parcouru, il semblerait que l'on soit passé d'une visée normative avec une assimilation des personnes divergentes aux normes dominantes (ou, à défaut, le souhait de leurs morts ou non reproduction – rappelons que les personnes transgenres ont, par exemple, été forcée à la stérilisation au préalable pour avoir accès à des hormones, y compris en France), à – du moins en Sciences Sociales à travers l'émergence de concepts de personnes minorisées, racisées, vulnérabilisées – une reconnaissance qu'il existe au sein de l'Humanité, au sein des sociétés des disparités, des injustices créées par des ensembles de normes, pour la plupart ayant un socle de jugement de valeur moral derrière, et non d'éthique telle que l'on conçoit l'éthique actuellement.

Il faut noter que certaines personnes voient là-dedans un péril pour la vision philosophique humaniste, un péril pour « l'unité » alors qu'il s'agirait de reconnaître l'existence de ce qui existe déjà. Il s'agit de ne plus taire, de ne plus participer à masquer les traitements différentiels négatifs qui maillent notre société, et qui ont des impacts sur la santé des personnes et des populations (confère Cadre de la Santé et de ses déterminants) afin de tendre vers une vision plus éthique du courant de pensée Humaniste. Afin de passer d'une vision du soin historiquement de type *cure* (qui est parfois à l'opposé de la santé, confère l'exemple parmi de nombreux autres des thérapies de conversion), au soin de type *care* (non au sens soins pour la vie, mais soins pour le bien-être et la qualité de vie), avec sollicitude, et qui prend en compte les contextes et milieux de vies des personnes, ou populations et qui est porté sur les notions de qualité de vie, de bien-être. C'est reconnaître que des personnes, parmi d'autres dans notre société, ne sont pas considérées en soi par d'autres comme dignes de respect, que du « prestige social » ne leur ait pas été accordé (domaine du travail, domaine du logement, etc), et leur ait même parfois retiré alors qu'elles devraient y avoir droit en soi. Et on leur retire, on ne leur en donne pas, en raison de leurs différences, de leur singularités. On parle en socio-anthropologie de discriminations négatives, de marginalisations, de minorisations, bref, de vulnérabilisations si l'on en revient au début du propos dans ce Mémoire.

Alors, maintenant que nous avons parlé de l'intérêt de la reconnaissance de ces processus de vulnérabilisations qui évoluent dans le temps et dans l'espace, que nous avons dit que parfois les normes sociales dominantes peuvent conduire à penser que les personnes présentant des singularités de divergences peuvent être considérées comme moins dignes en soi que les autres, comment concilier en Santé démarche de protection face aux risques et respect de la dignité d'une personne, d'une ou de populations, dignité qui devrait leur être reconnue par le simple fait en soi d'être une personne humaine, ou constituées de personnes humaines, et ce quelque soient leurs différences ou singularités ? Faut-il voir vulnérabilité et dignité comme deux notions diamétralement opposées ou bien faut-il les voir comme nécessairement complémentaires dans des conceptions, approches, démarches éthiques que ce soit en situation de soins, de démarches interventionnelles, de recherche en Santé, par exemple ? Et, si oui, comment serait-il possible de concilier les deux ?

Revenons à la troisième définition de la dignité, à savoir : « Attitude de respect de soi-même, fierté ». Nous avons préalablement établi dans ce Mémoire qu'il est possible que l'on enferme une personne, une ou des populations désignées comme vulnérables de part certaines conditions dans une identité ou une situation qui ne correspondent pas à leur expérience(s), à leur vécu(s), à leur(s) ressenti(s).

Cette inadéquation, peut, outre les effets néfastes mentionnés plus haut, nuire à la qualité relationnelle entre ces personnes et celle(s) qui veulent intervenir en Santé. Elle peut générer chez les personnes dites vulnérables des envies de restauration de leur dignité ressentie altérée par la démarche en soi, envies qui peuvent se manifester soit par une défiance ou une revendication, ou bien encore par une accapARATION de la démarche pour la transformer, ou bien encore l'envie de création de leurs propres démarches.

Dans le souci d'une éthique relationnelle empreinte de sollicitude, de *care en Santé* (toujours dans le sens soins pour le bien-être, la qualité de vie, le « prendre soin de »), il paraît essentiel au contraire de *travailler avec* les personnes, de *collaborer avec* elles, d'*être avec* elles et non pas ni contre, ni en dépit d'elles. Pour ce faire, pour atteindre l'alliance, la co-construction, la décision partagée et la meilleure pertinence pour la Santé de la personne, de la ou des populations et se débarrasser le plus possible des risques de stigmatisations et de paternalisme, il paraît nécessaire de respecter un autre pilier du principisme en philosophie : le respect de l'autonomie de la personne, ou encore de son / ses choix par et pour elle-même (et éclairés), ce qui est appelé en psychologie, son auto-détermination.

En France, le concept d'auto-détermination est encore à ce jour assez largement méconnu, là où l'autonomie a fait un chemin un peu plus conséquent dans les esprits et dans les pratiques en Santé. Pourtant, c'est un concept plus répandu dans d'autres pays, tel que le Canada par exemple et, en France, la HAS en a parlé dans ses recommandations pour les bonnes pratiques en santé envers les personnes identifiées comme présentant des troubles du développement intellectuel [13]. Revenons sur les définitions des notions d'autonomie et d'auto-détermination afin de voir ce qui les rapproche et ce qui les distingue.

L'autonomie se définit par « la *capacité* d'un objet, individu ou système à se gouverner soi-même, selon ses propres règles » selon le CNRTL [14]. Le terme d'autonomie vient du grec *autonomia* qui signifie le pouvoir de celui qui est *autonomos*, c'est-à-dire celui qui détermine lui-même la loi à laquelle il obéit. On pourrait parler d'auto-gouvernance, de faculté d'agir librement, de déterminer soi-même à quelle loi on veut obéir. En psychologie, l'autonomie se définit comme « le processus par lequel un homme ou un groupe d'hommes, acquiert ou détermine de lui-même ses propres règles de conduite. La capacité d'autonomie résulte de l'intériorisation de règles et de valeurs, consécutive à un processus de négociation personnelle avec les divers systèmes normatifs d'interdépendance et de contraintes sociales » (Ibid, p87). On retrouve ici encore la notion de capacité ; et de systèmes normatifs et d'interdépendance à eux que l'on peut retrouver dans les notions de vulnérabilité et de vulnérabilisation. Par ailleurs, l'autonomie est définie en psychologie, comme un des besoins fondamentaux qu'ont les êtres humains, et en philosophie comme un des piliers fondamentaux de l'éthique [15].

L'autodétermination est quant à elle une notion qui renvoie à une théorie en psychologie qui se rapporte aux motivations internes (dites intrinsèques) et aux besoins fondamentaux des

humains. Dans la Théorie de l'Autodétermination (qui fait partie du courant des théories humanistes en psychologie), le paradigme réside dans le fait que plus les êtres humains ont une motivation intrinsèque forte (c'est-à-dire que plus les raisons de leurs comportements sont poussées par l'assouvissement de leurs besoins fondamentaux pour eux-mêmes et pour leur satisfaction personnelle et non pour les conséquences qui pourraient en découler), plus ils s'épanouissent et s'accomplissent.

En ce sens, travailler avec, en co-construction, en *alliance*, en évitant le *paternalisme*, comme énoncé plus haut, paraît s'inscrire dans l'auto-détermination, mais cela ne s'inscrit pas uniquement via elle. Un autre courant de pensées et d'actions s'inscrit dans cette *praxis* (au sens aristotélicien), il s'agit de l'empouvoirement (également appelé *empowerment* dans le monde anglophone).

Le courant de l'empouvoirement a pris naissance il y a déjà de nombreuses années dans de multiples pays au travers des questions des luttes du féminisme contre le patriarcat et les formes qu'il revêt, mais également au travers des questions de racisations, ou racialisations [confère le soulèvement du mouvement des *Black Power* face à la racialisation (Levy Simon B., 1994 dans son ouvrage *The Empowerment Tradition in American Social Work*)]. Les populations écartées de la société, marginalisées, vont se regrouper en communautés dans le but d'acquérir du pouvoir susceptible de faire changer les choses, renverser les rapports de pouvoir pour accéder à leurs droits. Via le regroupement et aux actions collectives, les marginalisés et minorisés veulent reprendre du pouvoir sur leurs vies, sans attendre que ceux au pouvoir finissent par peut-être leur en donner selon leurs normes. L'empouvoirement est donc à cette période un pouvoir qui naît des personnes en elles-mêmes en situation d'être dominées par d'autres afin de changer leurs vies individuelles et leurs vies collectives, et ce, à visée émancipatrice et dans un refus d'applications de normes dominantes.

Dans les années 1990, le courant évolue lors de la Conférence Internationale de l'Organisation des Nations Unies sur la population et le développement du Caire et continue à évoluer encore par la suite en Santé Publique. Au fil du temps, l'intention pour les non concernés est de ne pas faire à la place des personnes concernées, mais d'accompagner les démarches en les facilitant par des aménagements de contextes, systèmes et milieux de vie (confère Cadre des Déterminants de la Santé), l'empouvoirement des personnes et communautés (dans le contexte ici des conséquences et impacts des colonisations). En somme, il faut une action sur « l'environnement » au sens large des personnes de la part des non concernés en situation de domination structurelle afin de faciliter la prise de pouvoir et d'action (y compris sur les contextes, systèmes et milieux de vie) des populations marginalisés, précarisés, vulnérabilisés.

Il existe au total à ce jour de nombreuses déclinaisons de l'*empowerment* tant dans les domaines d'application que dans les théories et approches (et qui ne seront pas développées en détails dans ce Mémoire pour des raisons de contrainte de nombre de pages) mais, dans le

domaine de la Santé, une autre des applications de ce concept concerne l'éducation thérapeutique ou l'éducation pour la Santé, en se basant sur les principes en éducation populaire² énoncés par Paulo Freire dans son livre *Pédagogie des Opprimés*, page 62 : « *Personne n'éduque autrui, personne ne s'éduque seul, les hommes s'éduquent ensemble par l'intermédiaire du monde* » et « *Le but de l'éducateur n'est pas seulement d'apprendre quelque chose à son interlocuteur, mais de rechercher avec lui, les moyens de transformer le monde dans lequel il vit* ». La première phrase est très importante dans le sens où il est primordial de comprendre et de garder à l'esprit que les interlocuteurs évoqués dans la deuxième ont également des choses à apprendre aux « éducateurs ». L'apprentissage est ainsi bi-directionnel.

En ce sens, à la lumière de tout ceci, il apparaît que vulnérabilité et dignité ne sont pas deux notions diamétralement opposées, mais, encore une fois que vulnérabilisations et vulnérabilisés sont des mots plus justes et qui semble éthiquement plus corrects que vulnérabilité et vulnérables dans leur sens par rapport aux réalités et aux expériences vécues; et que, selon la *praxis* employée, selon l'éthique pratique employée, il est possible d'agir, d'intervenir, d'être avec les personnes sans davantage porter atteinte à la dignité des personnes ; voire même de participer à la restaurer, si ces personnes souhaitent une telle participation de la part de personnes non concernés en situations dominations.

Ce qui amène aux questionnements suivants : comment mettre en application tout ceci pour moi, kinésithérapeute qui travaille au sein de mon cabinet auprès de certaines populations pouvant être vulnérabilisées et auxquelles j'appartiens moi-même pour certaines, parti ; et qui travaille également au sein de l'Unité de Soins Palliatifs où je travaille ? Par quelles *praxis* serait-il possible d'accompagner les personnes dans leurs cheminement de vie et de Santé tout en ayant une posture de respect de leur dignité ? Quelle est la place de la kinésithérapie pratiquée auprès de populations minorisées et / ou dites vulnérables ? Quelles sont les limites de cette place et quelles en seraient des perspectives éthiques d'élargissements ?

VI – QUELLE PLACE POUR LA KINÉSITHÉRAPIE PRATIQUÉE AUPRÈS DE POPULATIONS MINORISÉES ET / OU DÎTES VULNÉRABLES ?

² Éducation populaire : « L'éducation populaire est un courant de pensée qui cherche principalement à promouvoir, en dehors des structures traditionnelles d'enseignement et des systèmes éducatifs institutionnels, une éducation visant l'amélioration du système social. Depuis le XVIIIe siècle occidental, ce courant d'idées traverse de nombreux et divers mouvements qui militent plus largement pour le développement individuel des personnes et le développement social communautaire (dans un quartier, une ville ou un groupe d'appartenance, religion, origine géographique, lieu d'habitation, etc.) afin de permettre à chacun de s'épanouir et de trouver une place dans la société. Il s'agit, plus largement, de faciliter l'accès aux savoirs, à la culture, afin de développer la conscientisation, l'émancipation et l'exercice de la citoyenneté, "en recourant aux pédagogies actives pour rendre chacun acteur de ses apprentissages, qu'il partage avec d'autres. » (source : Christian Verrier, « Éducation populaire - Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique », Érès, 2019, p. 466)

1. Relation soignant-soigné, posture et pratique professionnelle

Pour pouvoir s'interroger à propos d'une praxis empreinte de *care* (toujours non dans le sens soins pour la vie, mais dans le sens soins pour la qualité de vie et le bien-être) et de sollicitude, il semblerait utile de se situer par rapport à la personne que l'on a en face de nous. J'ai beau personnellement faire parti de certaines des populations que je reçois au sein de mon cabinet, je suis une personne professionnelle de santé alors que, pour la grande majorité des personnes que je reçois, elles, elles ne le sont pas. Elles sont patientes et usagères de mon cabinet, et moi je suis une personne a priori là pour prendre soin d'elles. En ce sens, on pourrait dire, au premier regard, que je suis dans une position « d'avantage » par rapport à elles, de supériorité, ne serait-ce que par l'existence d'un éventuel déséquilibre entre nous en terme de connaissances et de littératie en santé³, mais également par le simple fait d'avoir en face de moi des personnes en demandes et moi qui serais dans la position d'avoir le pouvoir d'accéder à leurs demandes ou non. La relation pourrait ainsi être qualifiée de verticale de part la situation, le contexte général, de prime abord.

Par ailleurs, si j'appartiens moi-même à certaines des populations tout comme certaines personnes que je reçois, il n'en demeure pas moins que nous pouvons être différents pour autant.

J'ai donc en face de moi, des personnes avec qui je peux partager parfois des similitudes, et certaines expériences de vie, mais qui n'en sont pas moins Autre que moi. Alors, comment tendre vers la co-construction, vers l'alliance et ce dans la préservation des dignités intrinsèques des personnes de part leur condition humaine, et également sans porter atteinte à leurs dignités ressenties ?

Si l'on considère trois des quatre grands principes en éthique, à savoir l'autonomie, la bienfaisance, la non malfaisance, il peut apparaître une méthode de posture et de pratique centrée sur le respect de ceux-ci. Cette posture, cette pratique s'inscrit dans l'accompagnement et non dans l'action de régenter les personnes accueillies en consultation.

Pour ce faire, il conviendrait notamment d'adopter une approche centrée sur l'individu, ses objectifs et attentes concernant les soins, ses milieux de vie proches ainsi que sur ses valeurs. Il conviendrait de s'adapter à la personne présente en face de nous, de s'adapter à elle et ce sans jugements, et sans tenter de faire passer nos propres valeurs par-dessus les siennes.

Il faudrait également porter une attention soutenue concernant le consentement, mais également le choix des moyens à mettre en œuvre en kinésithérapie pour parvenir aux objectifs fixés en co-construction, en décision partagée soignant-soigné, ainsi que sur l'environnement de ces choix. En effet, il faudrait veiller à ne pas réduire l'arbre des choix possibles par des biais

3 Littératie en santé : « On entend par ce terme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé. [...] il s'agit de mettre en œuvre des actions pour [...] décrypter les mécanismes qui ne permettent pas d'accéder à un niveau de littératie suffisant, prendre en compte cette préoccupation dans les politiques publiques, veiller à créer des environnements qui incluent les faibles niveaux de littératie en santé et, aussi, assurer une meilleure communication sur la santé. »
(source : Van den broucke Stephan, La Santé en action, 2017, n°. 440, p. 11-13)

cognitifs, veiller à laisser véritablement le choix aux personnes (sans processus de manipulation), et permettre aux personnes de faire leurs choix de façon éclairée puis ensuite respecter ces choix (qui peuvent par ailleurs être ré-évalués en cours de processus de soins, toujours de manière co-construite, tout comme peuvent l'être les objectifs et attentes).

En somme, il faudrait s'adapter aux personnes sans chercher à manipuler leur prise de décision (dont le consentement et le non consentement font parties) et en leur offrant les meilleures conditions possibles pour l'émergence de choix éclairés. Prenons pour exemple à titre illustratif du propos la situation d'une personne ayant la maladie d'Alzheimer envers qui on cherche à déterminer son consentement ou non pour un soin : la mettre dans une pièce au calme avec peu de personnes autour et en ayant un discours langagier adapté peut permettre d'augmenter ses possibilités de compréhension et donc également d'avoir une réponse fiable au lieu d'avoir eu une réponse biaisée par une non totale compréhension, en raison d'un langage inadapté, qui aurait pu être évitée, ou bien encore par le stress environnemental qui pourrait jouer sur son attention ou bien encore sur ses émotions.

En ce sens, une attention particulière devrait être accordée au pouvoir décisionnel des personnes quant à leur santé, ainsi qu'à leur potentielle participation active et empouvoirée pour leur santé, tout en respectant – toujours selon le principe même du respect de l'autonomie – le fait de ne pas rechercher une augmentation de leur autonomie et de leur empouvoirement si les personnes ne le souhaitent pas, si une relation plus « verticale » en soins leur convient. Car une décision de ne pas vouloir être empouvoiré pour sa santé est une décision, c'est en quelque sorte une règle administrée par la personne qui correspond à une partie de ses valeurs et besoins. En ce sens, dans le respect de son autonomie, et par souci d'éthique relationnelle, il conviendrait de ne pas rechercher une augmentation de celle-ci.

Nous voyons donc ici, pour ce qui est de la pratique de la kinésithérapie, qu'il existe une dynamique où le soignant s'adapte au soigné, où le soigné n'est pas seulement un objet de soins mais aussi sujet de ses soins, où le soigné apprend éventuellement du soignant et où le soignant apprend du soigné, mais où, également dans le même temps, il est attendu par la personne dont nous prenons soin, au regard des définitions de la kinésithérapie, de la rééducation et de la réadaptation, de faire en quelque sorte des efforts pour sa santé (que ce soit par la réalisation d'exercices, ou bien encore via l'adoption ou le changement de certains comportements ayant des impacts sur la santé, via l'éducation thérapeutique ou l'éducation pour la santé). Si l'on reprend ces définitions, il est écrit que ce sont les individus qui doivent s'adapter à la société ou se réadapter à elle. Ce serait la finalité recherchée. Les mots « usage normal », « dévié », « sujet mal adapté à la société » sont très fortement porteurs de sens (de même que l'« idéologie totalitaire »).

Cela porte à se questionner - au-delà de qu'est-ce que serait un bon comportement pour la santé et au-delà de l'échelle individuelle – à propos de la question de la normativité au sein de

notre société, à l'échelle systémique. Cela porte à s'interroger à propos de qui établit et fait les normes, lesquelles sont-elles et à quelle(s) visée(s) au sein de notre société, qui par ailleurs évolue dans le temps.

2. Sortir du cantonnement au champ des caractéristiques individuelles pour s'attacher à une vision plus vaste (écosystémique), une démarche *pour le mieux* ?

En outre, est-il vraiment éthique en éthique du soin de se contenter d'interventions concernant le champ des caractéristiques individuelles (confère Cadre Conceptuel de la Santé et de ses déterminants) ? Par exemple, en ce qui concerne ma pratique auprès de personnes appartenant à des populations minorisées, vivant des discriminations négatives diverses, est-il vraiment éthique de ma part d'être uniquement dans une démarche où elles font des efforts pour leur santé quand, à côté de cela, elles vivent des expériences sociales négatives qui impactent négativement leur santé ? Quand les contextes, systèmes et milieux de vie (confère le Cadre conceptuel des déterminants de la Santé) ne sont pas favorables à leur qualité de vie, à leur bien-être ? Quand par ailleurs, elles se retrouvent en situations de ce que l'on appelle la « compétition entre les besoins » ? C'est-à-dire qu'elles n'ont pas leurs besoins fondamentaux assouvis (manger à leur faim, avoir un logement décent, etc) et que ceux-ci sont en compétition par rapport à l'adoption de nouveaux comportements qui seraient bénéfiques pour leur santé ou le changement de certains comportements ?

Il existe de nombreuses études mondiales en santé des populations montrant les impacts des inégalités sociales sur la Santé globale des personnes, et des laboratoires d'épidémiologie étudient également les effets ces inégalités sociales dans l'apparition de certaines maladies chroniques chez les personnes, via le phénomène d'incorporation⁴ (autrement appelé « embodiment »), notamment entre autres, les cancers. Au travers de mon travail en Unité de Soins Palliatifs majoritairement orientée oncologie, j'ai l'occasion d'apercevoir un pan des impacts des inégalités sociales de santé au travers du degré d'avancement de la maladie des personnes, au travers de leur état de santé global et / ou de leur âge. Il m'est donné d'observer que les minorisations, ou vulnérabilisations ont des conséquences en inégalités en Santé.

Or, le quatrième pilier de principe en éthique est la justice sociale. Est-ce vraiment se situer dans la justice sociale dans la répartition des moyens que de ne pas agir sur les contextes, systèmes et milieux de vie pour ces populations (en dehors de concourir à des adaptations de

4 Incorporation : L'incorporation biologique « renvoie littéralement à la façon dont une personne incorpore biologiquement le milieu dans lequel elle vit, « milieu » étant à considérer dans une définition large, incluant l'environnement physique et chimique mais aussi social et psychologique. Ainsi, des différences systématiques, stables et à long terme, de l'environnement en fonction des milieux sociaux peuvent conduire à des états biologiques différents selon les groupes sociaux. »
(source : Hertzman C. *Putting the concept of biological embedding in historical perspective*. Proc Natl Acad Sci USA 2012 ; 109 : 17160–17167.

Traduit et écrit en ligne par Delpierre C., Castagné R., Lang T. et Kelly-Irving M.
https://www.medicinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2018/08/msc180130/msc180130.html#R6

milieux de travail à visée ergonomique) en restant simplement cantonné lors des séances de kinésithérapie dans le champs de certaines des « caractéristiques individuelles » telles que définies dans le Cadre Conceptuel de la Santé et de ses déterminants ?

C'est en raison de ces interrogations que mon projet de reconversion partielle professionnelle est né, au travers d'une future activité professionnelle simultanée à la pratique de la kinésithérapie, située dans la recherche en Santé Publique / Santé des Populations, avec un abord en Promotion de la Santé et Développement Social afin de participer moi-même, en co-construction avec les populations à la réduction des inégalités de Santé ainsi que du gradient social de santé (via d'autres moyens que ceux que je fais actuellement).

Et c'est ce cheminement - non achevé – emprunt de questionnements divers et variés que j'ai souhaité vous présenter pour ce Mémoire de fin d'études d'Éthique en Santé.

VII – CONCLUSION ET OUVERTURE :

Au fil de ce Mémoire de fin d'études, il apparaîtrait que, pour une éthique soignante attentionnée, la pratique du soin, en kinésithérapie ou d'autres spécialités, devrait s'inscrire dans une approche centrée sur l'individu, *dans le respect de ses valeurs*, dans le *travail avec*, dans le *être avec*, dans une perspective de collaboration soignant-soigné.

Pour une démarche ancrée dans le respect de l'autonomie des personnes, il faudrait donner et laisser le choix aux patients et usagers, voire inscrire sa pratique dans une augmentation des possibilités de choix éclairés, et ce en s'adaptant aux personnes sans chercher à manipuler leur prise de décision pour autant, afin que ces mêmes personnes puissent être dans de bonnes conditions pour faire un choix éclairé.

Il faudrait également ensuite respecter ces choix concernant leur santé. L'augmentation de leur possibilité d'empouvoirement devrait être recherchée (mais en aucun cas imposée si les personnes ne souhaitent pas être être empouvoirée). Tout ceci, si les conditions le permettent (le cas des patients en situations de coma étant par exemple une des situations qui ne permettent pas cela).

Il faudrait avoir une posture soignante qui cherche à permettre l'augmentation potentielle du pouvoir décisionnel des personnes concernant leur santé, ainsi que de leur pouvoir d'agir, dans une démarche de santé participative, sans pour autant imposer ceci aux personnes qui préfèrent s'en remettre à une relation très verticale sur le plan de la santé entre soignant et soigné.

Cette éthique s'inscrit dans le champ de la Promotion de la Santé dans une logique de lutte contre les inéquités sociales de santé et de lutte contre le gradient social de la Santé et du respect du principe de justice dans la répartition des moyens.

Néanmoins, il apparaît exister une nécessité éthique de dépasser cela. Il y a une nécessité de dépasser le degré où l'on demande à l'individu de faire des efforts pour sa santé, où on lui demande (tout en s'adaptant pour cela à lui) de s'adapter à son environnement (au sens large), à la société (confère définitions de ré-éducation et ré-adaptation page 2 de ce Mémoire) et d'avoir, d'adopter des « bons comportements pour sa santé ».

Outre le fait de toujours veiller à questionner quelles sont ces normes qui définissent de bons comportement liés à la santé (et / ou pour l'espèce humaine) et qui les font, et en quoi elles sont acceptables ou non par le / la patient(e) en face de nous, il y a une réelle nécessité éthique d'agir pour que les efforts soient également fait du côté de l'environnement (au sens large) dans lequel les personnes vivent, aussi bien à l'échelle de la personne accueillie en soins qu'à l'échelle des populations dans le cadre de la Santé Publique via, entre autres, dans la recherche, dans les actions concernant les contextes, systèmes et milieux de vies des personnes, dans des démarches d'universalisme proportionné auprès des populations dites vulnérables, ou

vulnérabilisées ou encore minorisées, et ce, afin de réduire les impacts des déterminants sociaux négatifs sur la santé des personnes et populations et donc ainsi réduire les inéquités de santé. Dans l'optique de favoriser la diversité, la pluralité (sans gradient social) au sein de notre société, et le « vivre ensemble ».

En dehors de l'échelle individuelle et du respect des valeurs et des choix des personnes quant à leur santé, quant à leur corps, quant à leur vie, nous pouvons plus en avant nous interroger quant à l'assimilation, voire à la réduction progressive du sens du mot « autonomie » au mot « capacité » (individuelle : physique et mentale) au sein de notre société, au fil du temps, et à des degrés multisystémiques avec en association à cela la tendance qui est de considérer que la dignité d'une personne s'évalue par son degré d'autonomie (souvent perçue comme capacité fonctionnelle) ; et ce alors que personnes vulnérabilisées et personnes dignes ne sont pas incompatibles en soi, que dignité n'est pas un corollaire d'autonomie en soi, tout comme l'autonomie et la solidarité ne sont pas non plus intrinsèquement pas incompatibles. Pour les personnes en situations de handicaps, ou d'autres personnes en situations de minorisations sociales (vivant des discriminations diverses), le champ de la Promotion de la Santé via des adaptations de milieux de vie, de systèmes et de politiques publiques favorables à ces populations reste à largement renforcer pour favoriser l'autonomie et l'inclusion de ces personnes dans notre société.

Le regard porté sur ces questions se devrait d'être vigilant et nuancé pour une analyse éthique de politique de santé fine, tout en gardant à l'esprit concernant les questions de fin de vie et de suicide assisté que laisser souffrir des personnes faisant l'expérience ou ayant un vécu expérientiel d'une souffrance morale n'est pas prendre soin d'elles ; et que favoriser l'autonomie pour la Santé en fin de vie est également favoriser le choix à pouvoir mourir de la façon dont une personne le souhaite.

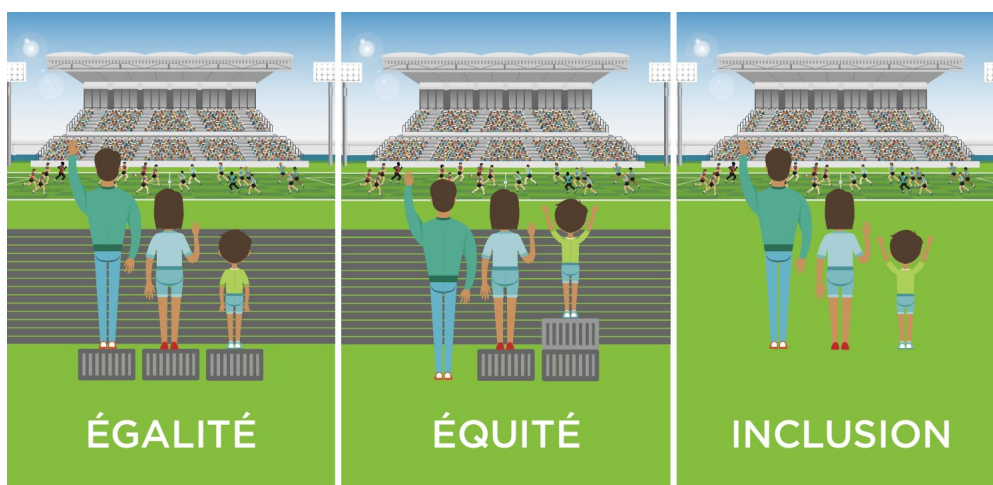


Figure 3 : Illustration de trois concepts dans leurs sens figuratifs. Crédit illustration : Université du Québec à Montréal (UQUAM).

VIII – BIBLIOGRAPHIE :

- [1] *Rééducation : définition de rééducation*. (s. d.). <https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9%C3%A9ducation>
- [2] *Réadaptation : définition de réadaptation*. (s. d.). <https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9%C3%A9ducation>
- [3] *Les populations vulnérables : appel à contribution au seizième colloque national de démographie* (2012, 23 avril). Calenda. <https://doi.org/10.58079/krh>
- [4] Heard, M. (2011). *Vulnérabilité en santé : du concept à l'action, l'exemple du VIH*. Dans : , G. Pialoux, J. Ameisen, D. Defert, G. Brücker & M. Heard (Dir), *Les défis actuels de la santé publique* (p. 121-145). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-defis-actuels-de-la-sante-publique--9782130577263-page-121.htm>
- [5] Comité Consultatif National d'Ethique. (s. d.). *Populations vulnérables*. <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/populations-vulnerables>
- [6] *Dignité : définition de dignité*. (s. d.). <https://www.cnrtl.fr/definition/dignit%C3%A9>
- [7] Conseil Constitutionnel. (1789). *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789*. . <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789>
- [8] BRUN S., COSQUER C. (2022). *Sociologie de la race* (Paris, A. Colin, coll. « 128 »)
- [9] MASCLET O. (2017), *Sociologie de la diversité et des discriminations* (Paris, A. Colin, coll. « Coursus »)
- [10] Observatoire des Inégalités. *Publications*. (s. d.). <https://inegalites.fr/Publications>
- [11] Amin M., Kuntchev V., Schmidt M. (2015). *Gender inequality and growth the case of rich vs. poor countries*. (Policy Research Working Paper, n° 7172, Washington D.C., World Bank group)
- [12] Scime S. (2019, été) *Inégalités des soins aux personnes transgenres atteintes du cancer : Recommandations en faveur de changements*. (Revue canadienne des soins infirmiers en oncologie, volume 29, issue 2). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6516343/pdf/conj-29-2-92.pdf>
- [13] HAS. (2022, juillet) *L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (volet 1) autodétermination participation et citoyenneté* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/02_tdi_rbpp_autodetermination.pdf
- [14] *AUTONOMIE : définition de AUTONOMIE*. (s. d.). <https://www.cnrtl.fr/definition/autonomie>
- [15] Warchol, N. (2012). *Autonomie*. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (p. 87-89). <https://doi.org/10.3917/arsiforma.2012.01.0087>