



Atelier #28 « L'accès aux soins au défi des transitions »

Présidents de l'atelier :

Nathalie Angelé-Halgand, Centre Lemaire de recherche en gestion responsable et Centre de recherche Société, Droit et Religions de l'Université de Sherbrooke (SoDRUS), Université de Sherbrooke, École de gestion, 2500 Bd de l'université, Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

nathalie.angele-halgand@usherbrooke.ca

Hazar Haidar, Observatoire international sur les impacts sociétaux de l'IA et du numérique (OBVIA), Université du Québec à Rimouski, Département des lettres et humanités, 300 allée des Ursulines, Rimouski (Québec) G5L 3A1.

Hazar.Haidar@uqar.ca

Damien Mourey, Laboratoire Gouvernance et Développement Insulaire (GDI), Université de la Polynésie Française, Campus d'Outumaoro, Punaauia, BP 6570, 98702 Faa'a, Tahiti, Polynésie française.

damien.mourey@upf.fr

Transmettre votre proposition : <https://airmap2026.sciencesconf.org/>

...

Objectifs de l'atelier

Identifier les problématiques actuelles en lien avec l'accès aux soins dans différents contextes socio-économiques, culturels et éthiques.

Nourrir une réflexion ancrée dans les problématiques de terrain entre l'action publique en santé confrontée au défi des transitions et la communauté de recherche impliquée sur ces sujets, sur les questions d'accès aux soins.

Croiser les regards des chercheurs, idéalement pluridisciplinaires, et ceux des professionnels de terrain sur la problématique de l'accès aux soins pour identifier les différentes approches retenues pour appréhender le sujet, incluant celle axée sur la valeur, et délimiter le champ problématique.

Ébaucher une équipe réseau internationale sur cette thématique intégrant les perspectives internationales pour produire des savoirs actionnables en matière d'organisation et de gouvernance des systèmes de santé, et en matière de recherche sur ces sujets.

Contexte, enjeux et questionnements

« Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tous âges ». Si le troisième objectif de développement durable promu par l'ONU enregistre des progrès significatifs dans le monde, année après année, certains domaines, comme la réduction de la mortalité maternelle et l'élargissement de la couverture sanitaire universelle sont mis à mal : 381 millions de personnes sont victimes de l'extrême pauvreté en raison des dépenses de santé¹. Nous entrons dans une période de transition, suite au besoin d'adaptation soulevé par les crises sanitaires, politiques, climatiques, énergétiques associées à l'ère de l'anthropocène,

¹ ONU, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/> consulté le 11 janvier 2026.



cette période de développement de la terre où l'homme influe plus de tout autre facteur sur son évolution.

Ainsi, la pandémie du COVID-19 a mis la lumière sur les inégalités d'accès aux soins entre pays. Selon l'ONU, 25 millions d'enfants n'ont pas eu accès à la vaccination en 2021, soit 5 millions de plus qu'en 2019. Sur la même période, les cas de paludisme ont explosé, passant de 232 à 247 millions. Les conflits géopolitiques, qui se développent depuis 2022, continuent de fragiliser certaines populations. Les pays du Sud ne sont pas les seuls à souffrir. Des franges croissantes de la population des pays développés sont désormais concernées, et les rapports de Médecins du Monde (MDM) ne cessent de nous alerter année après année. Dans son dernier rapport 2025 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France², MDM appelle à renouer avec le projet de la Sécurité sociale de 1945, en construisant une couverture santé vraiment universelle. La pénurie de professionnels de santé peut également expliquer les difficultés d'accès aux soins. Au Québec, selon l'Institut de la statistique du Québec, ce sont 72% de la population qui n'était pas pris en charge par un médecin de famille en 2024 contre 82% en 2019³ et le récent conflit opposant le Gouvernement Legault aux médecins n'est pas de nature à laisser espérer une prochaine amélioration de la situation. En France, les déserts médicaux fleurissent au rythme des départs à la retraite des médecins. En fin juin 2025, le premier ministre d'alors, François Bayrou rappelait que 87% du territoire français était concerné et décrétait zones prioritaires 151 intercommunalités, ce qui représentait 6 millions de personnes. D'autres pays comme le Maroc, qui s'est engagé à respecter l'atteinte des objectifs de développement durable de l'ONU prévu à l'horizon 2030, est confronté aux mêmes problématiques d'inégalités socio-économiques d'accès aux soins, incluant des pratiques de renoncement aux soins (Rehaimi, Ben Moussa et Houmam, 2025).

Les enjeux sont majeurs et les situations assimilables à ce que nos collègues anglosaxons qualifient de « wicked problems », ces grands défis complexes suscitant le désaccord des principales parties prenantes sur leur nature et les solutions à apporter, et appelant des approches pluridisciplinaires dans l'élaboration des politiques publiques (Head, 2021). Les approches peuvent se concentrer sur le système d'offre, sur la demande en soins, voire le besoin de santé, ou encore l'adéquation des réponses apportées aux demandes. L'OMS (2025) appréhende le problème en privilégiant l'accès aux technologies et produits de santé (médicaments et vaccination notamment). Si l'accès aux soins passe par internet, il suppose également un certain niveau de littératie digitale. Dans la continuité de la télémédecine, quel pourrait être le potentiel des intelligences artificielles génératives à pallier les insuffisances de professionnels qualifiés au Québec, par exemple, et avec quels enjeux au plan éthique ? D'autres auteurs (Porter et Teisberg, 2006 ; Kaplan et Porter, 2011 ; Teisberg, Wallace, O'Hara, 2020) promettent de résoudre les problèmes du système de santé états-unien en mettant en œuvre l'approche « Value-based Healthcare », qui transpose à la santé la démarche issue du monde marchand visant à supprimer les activités non génératrices de valeur pour le client-usager. Dans quelle mesure cette primauté du client-roi sur une approche holiste axée sur l'intérêt général est-elle compatible avec la nature même du service public de santé, qui transparaît dans la notion de « service territorial de santé » promouvant une plus grande intégration des maillons de la chaîne de soins en France ? L'on connaît les effets structurants de la course à l'activité induite par la T2A (tarification à l'activité), qui passe par la

² <https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2025/09/Rapport-de-lObservatoire-2025-planches.pdf>

³ https://statistique.quebec.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/services_proximite_03.pdf



mise en concurrence des équipes soignantes, et leurs conséquences en termes de fragmentation, de sécurité du patient, de mise en défaut de l'éthique professionnelle et d'efficience (Angelé-Halgand et Garrot, 2014). La recherche de Georgescu, Augé, Grima et Naro (2019) invite par ailleurs à ne pas réduire le focus d'un feedback fourni aux médecins, à la seule dimension financière. D'autres rappellent l'importance du « comment ». Les méthodologies convoquées mobilisent alors la co-construction de solutions s'inspirant plus de la Nouvelle Gouvernance Publique (Osborne, 2006), favorisant l'implication et la collaboration de toutes les parties prenantes y compris les personnes bénéficiaires (Löfler et Bovaird, 2020).

Au plan des méthodologies de recherche, l'accès aux soins soulève de redoutables questions, comme celle de l'identification des personnes qui cherchent à accéder aux soins et n'y parviennent pas. Concernant les populations géographiquement éloignées des centres et infrastructures de soins, situées par exemple dans les régions de Taza-Houceima-Taounate au Maroc, ou bien de la Baie James, au Nunavik dans le nord du Québec, ou encore dans l'un des nombreux archipels tahitiens dispersés sur un territoire de la superficie de l'Europe, se rajoutent souvent des difficultés liées à la langue, au rapport culturel et/ou religieux avec le système de soins occidental, ainsi qu'au capital social, qui peuvent réduire la littératie en santé et jouer comme autant de freins à l'accès aux soins. Ces situations génèrent des enjeux supplémentaires inhérents au dispositif de recherche permettant d'accéder à ces populations et de créer le climat de confiance qui permettra à la personne chercheuse de produire des connaissances scientifiques ancrées. Elles peuvent également soulever des enjeux relevant de l'éthique de la recherche.

Type de contribution attendue

Les contributions attendues pourront aborder toute dimension pertinente en lien avec la problématique de l'accès aux soins, s'appuyant sur des situations concrètes appréhendées par différentes méthodes, relevant de traditions exploratoire ou confirmatoire, dans des démarches qualitatives, quantitatives ou mixtes. L'atelier vise à accueillir des recherches issues de différentes (sous)-disciplines : sciences de gestion, sciences politiques, économiques, juridiques, d'économie politique, sociologie, santé publique, philosophie et éthique, etc... En termes de contenu, et de manière indicative et non exhaustive, les contributions pourront porter sur :

- L'analyse des difficultés induites par des inégalités géographiques, socio-culturelles et économiques de santé : populations vivant dans des territoires marqués par la rareté des ressources disponibles (financières, humaines, infrastructures), comme les déserts médicaux, les banlieues, les territoires ruraux ou très éloignés des centres urbains, ou les zones de tensions politiques entre communautés rendant dangereuse l'intervention des professionnels.
- La caractérisation des problématiques d'accès induites par une faible littératie en santé des populations visées, du fait d'une méconnaissance du système (personnes migrantes, vulnérabilité socio-culturelle), ou d'une faible littératie digitale, et/ou d'une fragmentation du système de soins rendant difficile sa compréhension.
- L'identification et l'analyse des initiatives visant à améliorer l'accès aux soins, qu'elles relèvent des pouvoirs publics, d'organisations de santé, de groupements citoyens ou



de personnes privées. Ces initiatives peuvent porter sur l'organisation de l'offre de soins (notamment son intégration), sa gouvernance, ses modalités de financement et de rémunération des professionnels de santé, ou toute autre dimension pertinente.

- L'analyse critique du système d'offre dont la fragmentation, le fonctionnement bureaucratique, l'orientation vers une performance financière ou la gouvernance tendent à pérenniser des difficultés d'accès aux soins. Ceci inclut la faible capacité du système à intégrer les personnes bénéficiaires dans la co-conception, la co-délivrance de l'offre de soins, ce qui peut avoir diverses conséquences, telles une perte de légitimité de l'offre, une faible acceptabilité des soins ou tout autre phénomène éloignant les personnes bénéficiaires potentielles de soins.
- Le potentiel de la technologie, qu'il s'agisse de télémédecine ou d'intelligence artificielle générative (IAG), à améliorer l'accès aux soins, en identifiant les conditions de succès de leur implémentation, incluant les questions d'éthique.
- Etc.

Des contributions nourrissant une réflexion méthodologique, épistémologique et/ou théorique sur les problématiques de l'accès aux soins seront également les bienvenues. Elles pourront par exemple porter sur :

- Les dispositifs méthodologiques visant à identifier, entrer en contact et établir un lien de confiance avec les populations n'ayant pas accès aux soins ;
- Les obstacles réglementaires en lien avec les questions d'EDI (Équité, Diversité et Inclusion) pour initier un projet de recherche sur ces sujets et les voies de leur dépassement ;
- La pertinence des approches dites « fondées sur la valeur » inspirées de Porter appliquées à la santé (*Value-based Healthcare*), et/ou leurs limites ;
- Etc.

Mots-clés : accès aux soins, soins de santé axés sur la valeur (value-based healthcare), fragmentation, déserts médicaux, littératie en santé.



Bibliographie indicative

Angelé-Halgand N., Garrot T. (2014). Les biens communs à l'hôpital : de la « T2A » à la tarification au cycle de soins, Comptabilité-Contrôle-Audit, déc, p.15-41.

Georgescu I., Augé B., Grima F., Naro G. (2019). « Feedback centré sur une facette de la performance et pression financière interne dans le cadre de la réalisation d'une tâche complexe : une étude dans les hôpitaux publics français », Management international, 2019/3.

Head B. W (2021). Wicked Problems in Public Policy – Understanding and Responding to Complex Challenges, Routledge.

Kaplan RS, Porter ME (2011). The big idea: How to solve the cost crisis in health care. Harvard Business Review. Sept.

Löfler E., Bovaird T. (2020). The Palgrave Handbook of Co-Production of Public Services and Outcomes, Palgrave Macmillan.

Osborne S.P. (2006). The New Public Governance? Public Management Review, vol.8, issue 3, p.377-387.

Porter ME, Teisberg E (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston, MA: Harvard Business School Press.

Rehaimi, H., Ben Moussa, A., Houmam, I. (2025). Analyse des facteurs socioéconomiques influençant les inégalités d'accès aux soins de santé au Maroc : cas du centre hospitalier régional d'Agadir. Revue "Repères et Perspectives Economiques" [En ligne], Vol. 9, N° 2, mis en ligne le 28 septembre 2025.

Teisberg E, Wallace S, O'Hara S. (2020). Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. Acad Med. 2020 May; vol.95 (5), p.682-685.

World Health Organization (2025). Access to safe, effective and quality-assured health products and technologies: roadmap for WHO action 2025–2030. Geneva.