

Bulletin d'actualité du secteur médico-social

1^{ER} BULLETIN DU 3^{ÈME} TRIMESTRE 2025

L'AAPA vous propose son dernier bulletin d'actualité du secteur médico-social.

Dans ce bulletin, vous trouverez:

- Une veille documentaire: il s'agit ici de présenter les écrits et/ou ressources de parution récente. Sur des thèmes variés, mais toujours impliqués dans la vie du secteur médico-social, ces documents peuvent enrichir, voire infléchir, les pratiques professionnelles.
- Des éléments d'actualité: Le secteur médico-social est une entité vivante et évolutive, notamment au niveau des trajectoires d'intervention (virage domiciliaire, législation, Etc.). Ces actualités sont des éléments constitutifs d'une culture de secteur permettant de ne pas s'enfermer dans une pratique autarcique et isolée du mouvement global.
- Un agenda du secteur: cet agenda donne une vision de plusieurs événements d'importance existant dans l'avenir du secteur médico-social. Si l'actualité permet de comprendre le déroulé actuel des choses, les perspectives donnent quant à elles l'opportunité d'anticiper les évolutions prévisibles.
- Un agenda de la recherche: la pratique professionnelle n'est pas uniquement opérationnelle: elle se nourrit de la recherche et en constitue une mise en application. Cette vision des thématiques actuellement approfondies par les chercheurs permet donc de participer également à la culture du secteur en s'appropriant les sujets qui la traversent.
- Des "rouages et mécanismes", visant à expliquer les fonctionnements de la "machine médico-sociale".
- "Les mots pour le dire": pages consacrées à la sémantique et à l'étymologie des mots du secteur.
- Des focus: certains sujets ou documents sont d'une grande importance pour la pratique et/ou les buts qu'elle peut poursuivre.
- Paru ou à paraître: les ouvrages ou articles pouvant intéresser la pratique professionnelle ou la réflexion du secteur.



Le cabinet AAPA

Ad augusta per angusta

Le cabinet AAPA, héritier de l'association DEFI, tire son nom de la locution latine "Ad augusta per angusta". Une fois traduite en français, cela signifie "Vers les sommets par d'étroits chemins".

C'est ainsi que nous concevons l'éthique au sein du secteur médico-social: non pas un concept stérile et absolu qui viendrait à s'imposer dans ses formes et ses pratiques, mais bien un organisme vivant qui, tel un arbre, puise par ses racines les forces vives lui permettant de croître.

Le sol, comme l'ensemble des institutions où se joue, chaque jour, le destin de milliers d'êtres.
Les racines historiques du secteur, faites d'humanisme et de bienveillance à l'égard des plus fragiles d'entre nous.
Le tronc, robuste par ses valeurs, mais souple dans ses choix afin de résister aux tempêtes du temps et du changement.
Les branches, montant vers un ciel utopique de pratiques justes et propices à la vie bonne de chacun.

Les forces vives, ancrées dans le sol, puisées par les racines, portées par le tronc et repoussant sans cesse les sommets.
Voilà, à notre sens, ce qu'est l'éthique médico-sociale: non pas un concept froid mais une quête humaine et vivante.

Ainsi, le cabinet AAPA reprend les tâches du DEFI: explorer tous les sentiers et les chemins que dessinent les usagers et les professionnels des ESSMS, pour que l'ensemble de cette création incessante puisse dessiner un arbre éthique aussi haut et vigoureux que peut être puissante la volonté du secteur médico-social de prendre soin des plus vulnérables.



Contenu du bulletin

» **Actualités juridiques & législatives du secteur médico-social (pages 1 à 3)**

- ◇ L'arrêté du 25 mai 2025 venant fixer les valeurs du point en EHPAD ;
- ◇ L'arrêté du 6 juin 2025 fixant la participation journalière forfaitaire des usagers aux dépenses d'entretien de l'autonomie en EHPAD ;
- ◇ L'arrêté du 28 mai 2025 venant fixer les montants plafonds des forfaits journaliers en PUV, EHPAD et ADJ ;
- ◇ L'instruction du 21 mars 2025 relative aux Entreprises adaptées et aux Entreprises adaptées de travail temporaire ;
- ◇ La diffusion, par la HAS, de la liste 2025 des organismes agréés pour réaliser les évaluations externes ;
- ◇ Pleine page: le commentaire juridique d'une décision de la Cour de Cassation concernant la détermination des mails professionnels en tant que données personnelles RGPD accessibles aux anciens salariés.

» **Actualités techniques du secteur médico-social (pages 4 à 12)**

- ◇ L'arrêté du 28 mai 2025 relatif au cahier des charges du Service public départemental de l'autonomie (SPDA) ;
- ◇ Le rapport du 13 mai 2025 par l'IGAS, intitulé "Action sociale et sanitaire: les initiatives des communes" ;
- ◇ Le jeu "Strateval" de Quadrant Conseil visant à favoriser les réflexions collectives sur les démarches d'évaluation ;
- ◇ La note technique de l'Anap au sujet de la réglementation ERP de type J pour les EHPAD ;
- ◇ Pleine page: l'approche temporelle du Burn-out ;
- ◇ Pleine page: le guide HAS sur l'évaluation de la prise en charge des patients âgés ;
- ◇ La mise à jour du GEVA par la CNSA (version graphique) ;
- ◇ Le kit pédagogique de la CNSA sur l'évaluation des besoins par la nomenclature SERAFIN-PH ;
- ◇ Les grilles 2025 des tarifs et des montants pour l'APA et la PCH, par la CNSA ;
- ◇ Pleine page: le Replay du webinaire "L'évaluation HAS en mouvement", par Accens Avocats ;
- ◇ Pleine page: le prochain webinaire "L'impact de l'actualité RH sur la gestion des ESMS", par Accens Avocats .

» **Rouages et mécanismes (pages 12 à 15)**

- ◇ Le renouvellement 2025 des membres de la Commission Recommandations, pertinence, parcours et indicateurs (CRPPI) de la HAS, ainsi que la présentation de cette commission ;
- ◇ Le guide Cikaba pour la mise en place d'un système de remontées terrain en matière de risques professionnels ;
- ◇ L'infographie de Mégane Rabatel sur les signaux RPS en organisation professionnelle.

» **Santé (pages 16 à 26)**

- ◇ L'article de Lombrail et coll.: une critique du modèle préconisé par l'IGAS en matière de promotion de la santé publique ;
- ◇ L'étude d'UFC Que choisir au sujet de l'évolution de la densité médicale sur les territoires entre 2013 et 2023 ;
- ◇ Pleine page: les principaux usages des benzodiazépines, par le Dr Igor Thiriez ;
- ◇ Les résultats du panel "Santé mentale" des jeunes de 12 à 18 ans, organisé par le CESE ;
- ◇ La lettre ouverte de 87 organisations, alertant le gouvernement des faiblesses d'application de la stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat ;
- ◇ Le décryptage de cette même stratégie nationale par 57 acteurs de la société civile ;
- ◇ Pleine page: le compte-rendu SciencePo sur la déprescription ;
- ◇ Pleine page: le guide "La santé mentale dans la cité" de Psycom ;
- ◇ Pleine page: un guide sur les éléments déclencheurs des douleurs dans la fibromyalgie ;
- ◇ Pleine page: 4 fausses bonnes idées pour prendre soin de son intestin ;
- ◇ pleines pages: la méthode STOP en cas de flambée émotionnelle ;
- ◇ Pleine page: "5 mythes sur l'addiction à l'alcool: STOP aux idées reçues".

» **Personnes en situation de vulnérabilité (pages 27 à 39)**

- ◊ Les statistiques préoccupantes de la DREES au sujet de la surexposition des jeunes femmes aux gestes suicidaires depuis 2024 ;
- ◊ Pleine page: l'adhésion aux mythes et préjugés de l'agression sexuelle ;
- ◊ Pleine page: le manifeste du SamusocialParis pour défendre l'accès aux soins des personnes sans domicile ;
- ◊ Pleine page: Constats et préconisations de la FAS sur les enjeux de santé mentale chez les réfugiés ;
- ◊ Pleine page: un exemple de Directives anticipées en FALC ;
- ◊ Le podcast "Jusqu'à la fin" du Centre national Fin de vie Soins Palliatifs (tous les épisodes) ;
- ◊ Pleines pages: guide pratique pour l'entourage des personnes accompagnées: rôles et prérogatives de chaque statut (personne de confiance, obligé alimentaire, Etc.) ;
- ◊ Pleine page: le rapport 2025 de l'aide sociale à l'enfance.

» **Sexualité (page 40)**

- ◊ L'évaluation à mi-parcours de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 par le Haut Conseil à la Santé Publique (HCSP) ;
- ◊ L'avis du HCSP sur la santé sexuelle et reproductive, du 2 mars 2016 ;
- ◊ L'article "Regards sur la santé publique d'hier à aujourd'hui" dans la revue ADSP ;
- ◊ L'agenda 2017-2030 de la stratégie nationale de santé sexuelle ;
- ◊ L'avis 2025, suivi de recommandations, de CNS-Santé sur la santé sexuelle des adolescentes, des adolescents et des jeunes adultes.

» **Les Focus (pages 41 à 48)**

- ◊ Le Flashed face distortion effect: ressentir l'étrangeté pour mieux se sensibiliser au handicap psychique ;
- ◊ Le guide HAS "Expérience patient et savoir expérientiel: deux notons à clarifier pour développer l'engagement ou la participation" ;
- ◊ La campagne "Qui est le drogué?" de la Fédération Addiction ;
- ◊ Les tiers-lieux: définition et appui méthodologique par les outils de la CNSA.

» **Grand Focus (pages 49 à 55)**

- ◊ Refus de soin ou renonciation au soin? Enjeux éthiques en institution médico-sociale accueillant des personnes marginalisées.

» **Agenda du secteur (pages 56 à 63)**

- ◊ Conférence du 3 juillet 2025 "L'alcool en libre accès pour les mineurs: quels leviers pour agir?" ;
- ◊ Colloque du 12 septembre 2025 "Les psychologues dans la cité: quelles perspectives?" ;
- ◊ L'Université d'été du 24 au 26 septembre 2025 "Chercher, inventer, expérimenter... ensemble!" ;
- ◊ Les assises de la psychologie du 27 septembre 2025 "De quoi la santé mentale est-elle le nom?" ;
- ◊ Le colloque du 9 au 10 octobre 2025 "CorpS en Souffrance: les voies du corps" ;
- ◊ Le colloque du 9 au 10 octobre 2025 "Hypnose, méditation & médecine intégrative" ;
- ◊ Les 11^{èmes} rencontres soignantes en psychiatrie du 14 octobre 2025 "Encore un passage à l'acte ! :Accueillir, comprendre, (ré)agir" ;
- ◊ Le colloque du 17 octobre 2025 "Les auteurs de violence: enjeux psychosociaux et judiciaires".

» **Culture et vulnérabilité (pages 64 à 67)**

- ◊ Livret "L'aphantasie" (approche neuropsychologique) ;
- ◊ Le syndrome de l'Imposteur et l'effet Donning-Kruger.

» **Les mots pour le dire (page 68)**

- ◇ "Ca fait la rue Michel": une expression puisant ses racines dans le Paris du 19^{ème} siècle.

» **Paru et à paraître (pages 69 à 70)**

- ◇ Ouvrage: "Le droit des établissements et services sociaux et médico-sociaux", par Isabelle Arnal-Capdevieille ;
- ◇ Ouvrage: "Psychotraumatismes et dispositifs de soin", par Alexandra Laurent & Delphine Peyrat-Apicella ;
- ◇ Ouvrages: Le cycle institutionnel du Collectif de recherche Psymas.

» **Les citations du bulletin (page 71)**

Les bulletins d'actualité du secteur médico-social

- » Les précédents bulletins de l'association sont disponibles sur [ce lien](#).



The screenshot displays the AAPA website's 'Le bulletin d'actualité de l'AAPA' page. At the top left is the AAPA logo, featuring a stylized tree with roots and leaves inside a circle, with the text 'AAPA' below it. A dark navigation bar contains the following links: 'Accueil', 'Ressources théoriques', 'Publications internes', 'Nos ouvrages et articles', 'Le bulletin d'actualité', and 'Notre cabinet libéral'. The main content area has a light gray background. On the left, a white box titled 'Le bulletin d'actualité de l'AAPA' contains the text: 'Cette section propose au téléchargement le bulletin d'actualité réalisé par les membres de l'association.', 'Ce bulletin récapitule les actualités touchant, de près ou de loin, le secteur médico-social et ses trajectoires.', and 'Les différentes publications sont accessibles par les liens ci-dessous:'. On the right, there is a search bar and a section titled 'Bulletin d'actualité' which states: 'L'association propose un bulletin d'actualité du secteur médico-social. N'hésitez pas à vous inscrire à la lettre d'information pour être tenu(e) au courant des publications!'. Below this is a checkbox labeled 'Bulletin d'actualité' and the word 'Courriel' with a red asterisk.

Actualités juridiques & législatives du secteur médico-social

[L'arrêté du 25 mai 2025](#), publié au JORF du 31 mai 2025, est venu fixer pour 2025 les valeurs du point mentionnées à [l'article R314-162 du CASF](#).

Cet article prévoit que les EHPAD sont financés de trois manières:

- Par un forfait global relatif aux soins ;
- Par un forfait global relatif à la dépendance ;
- Par des tarifs journaliers afférents à un ensemble de prestations relatives à l'hébergement.

Les deux premiers forfaits peuvent désormais être relativement confusonnés (voir bulletin précédent).

Le forfait global relatif aux soins, par les dispositions de [l'article R314-159](#) du CASF, est égal à la somme des financements complémentaires et du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins, qui se calcule comme suit:

Nombre de points X Capacité de l'EHPAD X Valeur du point

La valeur du point est elle-même fixée par arrêté ministériel en fonction de l'option tarifaire retenue par l'EHPAD (qui peut être globale ou partielle) et du recours ou non à une pharmacie à usage intérieur.

Pour l'année 2025, les valeurs du point sont fixées comme suit par l'arrêté du 28 mai 2025 :

Option tarifaire	Pharmacie à usage intérieur	Valeur du point
Globale	non	13,30
Globale	oui	14,33
Partielle	non	11,57
Partielle	oui	12,25

Pour les DOM, la valeur du point est majorée de 20%, pour toutes les configurations possibles.



En termes de tarification en EHPAD, il est également à noter la parution, au JORF du 17 juin 2025, de [l'arrêté du 6 juin 2025](#) fixant le montant de la participation journalière forfaitaire des usagers aux dépenses d'entretien de l'autonomie.

Cet arrêté concerne une expérimentation relative à la mise en place d'un régime adapté de financement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les petites unités de vie (PUV) et les établissements de santé autorisés à délivrer des soins de longue durée implantés dans certains départements.

Il fixe à 6,10 euros (toutes taxes comprises) le montant de la participation journalière forfaitaire aux dépenses d'entretien de l'autonomie due par les usagers accueillis dans les établissements concernés, à compter du 1^{er} juillet 2025.

Enfin, sur le même registre, [l'arrêté du 28 mai 2025](#) est venu fixer les montants plafonds des forfaits journaliers en PUV, EHPAD et Accueils de jour.

Pour les PUV :

Le forfait journalier de soins peut prendre en compte les dépenses *"relatives à la rémunération des infirmiers salariés et aux charges sociales et fiscales afférentes, ainsi qu'au paiement des prestations des infirmiers libéraux"*.

Il est fixé par le Directeur général de l'ARS, dans la limite d'un montant fixé annuellement par arrêté ministériel.

Pour 2025, son montant est de 14,55 euros.

Pour les EHPAD et les PUV :

L'arrêté précise que *"les frais de transport entre le domicile et l'établissement des personnes bénéficiant d'un accueil de jour sont pris en charge par la sécurité sociale, sous forme d'un forfait journalier applicable au nombre de places autorisées"*. Pour 2025, il est de 13,06 euros.



Enfin, pour les structures disposant d'un accueil de jour:

Dans les structures disposant d'un accueil de jour qui n'est pas rattaché à un EHPAD, l'arrêté précise que les dépenses couvertes par le forfait de soins comprennent :

- La rémunération des infirmiers salariés et les charges sociales et fiscales afférentes ;
- Le paiement des prestations des infirmiers libéraux ;
- 70 % de la rémunération des aides-soignants et des aides médico-psychologiques salariés de l'établissement et les charges sociales et fiscales afférentes ;
- 70 % du forfait journalier de frais de transport fixé par arrêté ministériel (pour l'année 2025, il est fixé à 14,90 euros) ;
- Le paiement de prestations d'ergothérapeutes et de psychomotriciens.

Pour ces structures, le montant plafond est fixé à 40,61 euros pour l'année 2025.

L'instruction n° DGEFP/METH/2025/31 du 21 mars 2025 "relative aux entreprises adaptées (EA) et entreprises adaptées de travail temporaire (EATT) : agrément, conventionnement, accompagnement, financement, transition professionnelle" a été publiée au Bulletin officiel Travail – Emploi – Formation professionnelle n°2025/4 du 30 avril 2025.

Cette instruction rappelle d'abord que "l'ambition du plein emploi des personnes en situation de handicap passe par la capacité à accompagner leur accès à un emploi durable et de qualité dans l'environnement professionnel de leur choix".

Afin de faire face aux difficultés particulières relatives à cet objectif, l'Etat a pour volonté de soutenir les EA et EATT à travers la mise en œuvre de deux objectifs :

- Poursuivre la transformation du modèle d'affaire des EA et consolider le déploiement des solutions de transition professionnelle vers les autres employeurs du territoire ;
- Renforcer les liens entre les EA et les autres acteurs du réseau pour l'emploi concourant à sécuriser les parcours vers l'inclusion durable.



La HAS a diffusé, en juin 2025, la liste actualisée des organismes pouvant réaliser les évaluations des ESSMS selon le nouveau référentiel récemment mis en place.

Il est à noter que les organismes en question sont triés par région à des fins purement logistiques et en vue de faciliter la consultation: n'importe quel acteur présent dans la liste HAS peut intervenir dans n'importe quelle région.

» La liste est consultable en suivant [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessous.

Ministère Français HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ Développer la qualité dans le champ santé, social et médico-social			
Liste des organismes autorisés à évaluer les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, en application des dispositions de l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles. La liste est présentée par régions et départements pour en faciliter la lecture, mais l'intervention des organismes couvre la France entière.			
Actualisée le 25 juin 2025			
Auvergne-Rhône-Alpes			
26 - Drôme			
NOM DES ORGANISMES	NUMÉRO D'ACCREDITATION	ADRESSE POSTALE	NUMÉRO SIREN
CIDEES CERTIFICATION	3-1871	9 AV DE LA GARE 26068 VALENCE CEDEX 3 France	548526678
INSPERIS INSPECTION	3-2166	CHERIN DE LA DECELLE 26130 SAINT-PAUL-TROIS-CHÂTEAUX France	48046775
38 - Isère			
NOM DES ORGANISMES	NUMÉRO D'ACCREDITATION	ADRESSE POSTALE	NUMÉRO SIREN
CONVENANCE CONSULT	3-2678	488 CHE DU GRAND ENVELUMP 38750 CHELIEU France	781216718
ACOUTEC	3-2113	194 RUE DU ROCHER DE L'ORNIER 38450 MORGAN France	48536816
ARORA SE INGENIERIE		14 RUE TURIGOT 38100 GRENOBLE France	933817638
42 - Loire			
NOM DES ORGANISMES	NUMÉRO D'ACCREDITATION	ADRESSE POSTALE	NUMÉRO SIREN
MM2C	3-1875	14 PL DES GRENADEIERS 42000 SAINT-ETIENNE France	383429891
63 - Puy-de-Dôme			
NOM DES ORGANISMES	NUMÉRO D'ACCREDITATION	ADRESSE POSTALE	NUMÉRO SIREN
CABINET KHEOPS CONSULTING	3-3010	2 RUE DU PAVILLON 63380 MONTEL-DE-GELAT France	644104431
CABINET BROUSSEAU	3-3124	257 RUE ALBERT DE ORON 63000 ISHORE France	629452409
AREGE CONSEIL		12 CITE BARLON 63000 CLERMONT-FERRAND France	817646532
89 - Rhône			
NOM DES ORGANISMES	NUMÉRO D'ACCREDITATION	ADRESSE POSTALE	NUMÉRO SIREN





Juin 2025

Contenu protégé par la propriété intellectuelle

RH

MAILS PRO & RGPD



**UN SALARIÉ PEUT-IL
EXIGER L'ACCÈS À TOUS
SES MAILS APRÈS SON
DÉPART ?**

Décision de la Cour de Cassation décryptée



Loubna Tigroussine

Actualités techniques du secteur médico-social

[L'arrêté du 28 mai 2025](#) relatif au cahier des charges du service public départemental de l'autonomie (SPDA) a été publié au JORF du 4 juin 2025.

Le SPDA a d'abord été déployé dans 18 départements, avant d'être généralisé à l'échelon national par l'article 2 de la [loi n°2024-317 du 8 avril 2024](#), qui a créé une nouvelle section au sein du CASF (voir focus d'un précédent bulletin sur ce sujet).

Le cahier des charges national annexé à l'arrêté vient préciser le socle commun des missions assumées par le SPDA et définir un référentiel de qualité de service à atteindre.

L'objectif n'est pas de fixer les modalités de mise en œuvre pour chaque SPDA mais plutôt d'indiquer un cadre général, ce que Législateur précise en indiquant qu'il "*ne vise pas à définir le rôle et les articulations de chacun des acteurs qui le composent sur le territoire, mais à poser un cadre commun d'engagements envers les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et leurs aidants en termes de service rendu*".

Le SPDA est donc libre dans ses prérogatives au sein d'un référentiel global guidant plutôt que prescrivant ses actions. Néanmoins, certaines choses sont ancrées dans le texte de loi :

La définition du SPDA

Conformément à [l'article L.149-5 du CASF](#), le SPDA est instauré dans chaque département (ou dans chaque collectivité exerçant les compétences des départements), afin de faciliter "*les démarches des personnes âgées, des personnes handicapées et des proches aidants, en garantissant que les services et les aides dont ils bénéficient sont coordonnés, que la continuité de leur parcours est assurée et que leur maintien à domicile est soutenu, dans le respect de leur volonté et en réponse à leurs besoins*". Dans cette ligne, le cahier des charges propose une définition précise de ce type de dispositif, décrit comme étant "*un nouveau service public mis en œuvre solidairement par les acteurs institutionnels et professionnels agissant pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et leurs aidants à l'échelle départementale*".

Les missions du SPDA

L'objectif affiché par le cahier des charges est celui de simplifier la vie des personnes âgées et en situation de

handicap, ainsi que leurs aidants. Pour ce faire, le SPDA doit répondre à quatre grandes missions :

- Garantir un accueil, un accès à la formation, une orientation et une mise en relation avec le bon interlocuteur ;
- Evaluer la situation et l'attribution des prestations dans le respect des délais légaux ;
- Soutenir les parcours personnalisés, continus et coordonnés ;
- Réaliser des actions de prévention, de repérage et aller vers les personnes les plus vulnérables.

A cet effet, deux postulats sous-tendent ces rôles :

- La participation des personnes, afin de répondre à leurs attentes et besoins tout en facilitant leurs démarches et leurs parcours ;
- L'accessibilité, afin de garantir le respect de la citoyenneté des personnes.

Les acteurs impliqués

Pour mettre en œuvre ces missions, le cahier des charges liste les acteurs assurant conjointement le SPDA.

Il s'agit :

- Des départements ou collectivités exerçant les compétences du département, dans la mesure où ce sont eux qui instaurent le SPDA ;
- Des agences régionales de santé ;
- Des communes, leurs groupements et leurs établissements publics (CCAS ou CIAS) ;
- Des organismes locaux et régionaux de sécurité sociale (CPAM, CARSAT, CAF, MSA, Etc.) ;
- Des maisons départementales des personnes handicapées ou maisons départementales de l'autonomie ;
- Du rectorat, de la direction des services de l'éducation nationale à l'échelon de l'académie ;
- Des membres du réseau pour l'emploi (France Travail) ;
- Des organismes de placement spécialisés dans l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap (Cap Emploi) ;
- Des acteurs de la coordination (DAC, CPTS, C360) ;
- Des services portant le label "France Services" ;
- Des acteurs de l'offre sanitaire, et notamment des établissements publics de santé ;
- Des acteurs de l'offre médico-sociale, tels que les établissements et services d'aide par le travail, les établissements et services intervenant auprès des personnes âgées et/ou handicapées, les centres locaux d'information et de coordination, les services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs, Etc.



Le 13 mai 2025, l'**Inspection générale des affaires sociales (IGAS)** a publié un rapport intitulé "Action sociale et sanitaire : les initiatives des communes".

A travers ce rapport, l'IGAS revient sur les interventions menées dans le champ social et sanitaire par les communes et leurs établissements publics, à savoir les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS et CIAS) et les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), qui constituent ensemble le "bloc communal".

A cet effet, l'IGAS a analysé les initiatives de sept communes et EPCI, hors aires métropolitaines, dans le Gard, le Jura et la Vendée. Cette mission a été complétée par l'inspection des politiques menées dans une métropole (Rennes), une ville de la région parisienne (Nanterre) et plusieurs collectivités de Guadeloupe.

Plus précisément, cette analyse s'est centrée sur *"dix projets destinés à illustrer les conditions dans lesquelles les initiatives sociales et sanitaires du bloc communal sont effectivement conduites"*.

Mise en œuvre des projets par les blocs communaux

Le bloc communal, à travers la mise en œuvre de ces projets, répond à de multiples objectifs :

- Répondre à la demande sociale exprimée par les habitants ;
- Prendre en charge des besoins sociaux nouveaux ou mal couverts ;
- Respecter les engagements historiques locaux ;
- Se saisir des opportunités opérationnelles et financières proposées au niveau étatique ou départemental, à travers les appels à projets et les contractualisations.

L'identification des besoins par les collectivités est recherchée lors de la mise en œuvre des projets, mais elle demeure peu structurée. En ce sens, l'IGAS indique qu'il est nécessaire que les collectivités, souvent dépassées par la diversité de la demande sociale, déterminent des objectifs explicites en termes d'utilité sociale, ainsi qu'un nombre limité d'indicateurs permettant une appréciation partagée des résultats avant de décider de la prolongation, de la pérennisation ou de l'arrêt du projet.

Afin de faciliter la mise en œuvre des projets, l'IGAS a identifié plusieurs facteurs, à savoir :

- L'engagement personnel des élus et de leurs collaborateurs ;
- La mise en place d'une vision politique partagée entre les collectivités, favorisant la continuité et la cohérence globale des initiatives prises dans le secteur ;
- L'inscription du projet dans une stratégie locale plus large ;
- La constitution et le fonctionnement d'un réseau partenarial.

La complexité de l'écosystème du bloc communal

La mission menée par l'IGAS permet de décrire l'écosystème dans lequel se situe le bloc communal, c'est-à-dire d'analyser les relations qu'il entretient avec les autres acteurs locaux, les services de l'Etat, les organismes de sécurité sociale et les acteurs privés qui gravitent autour.

Compte tenu de la complexité de cet écosystème, des dysfonctionnements peuvent émerger dans la mise en œuvre des dispositifs sociaux et sanitaires, tels que la con-



-currence entre les acteurs, mais également la méconnaissance, voire la défiance entre ces derniers, conduisant parfois à des incohérences, des vides et des redondances.

Pour contenir ces difficultés et mener à bien leurs interventions, les collectivités doivent travailler en partenariat avec les autres acteurs du territoire, dès lors qu'elles ne peuvent répondre seules à toutes les demandes de la population.

Cet aspect est notamment accentué du fait de la professionnalisation des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires et de la difficulté du bloc communal à disposer de réelles compétences dans ce champ d'intervention très vaste.

En parallèle, les autres acteurs publics "ont besoin d'associer le bloc communal à la déclinaison de leurs politiques et à la mise en place, au plus près des bénéficiaires, des prestations et dispositifs nationaux".

Une telle interdépendance conduit alors au développement de stratégies renforçant la culture et les leviers de coopération, tels que la contractualisation qui permet au bloc communal d'obtenir des financements complémentaires afin de mettre en œuvre ses projets.

Les recommandations de l'IGAS

Au regard de son analyse, l'IGAS recommande alors que :

- "Les démarches conventionnelles soient conçues avec davantage de souplesse et comme leviers d'amélioration de la qualité de l'action publique, et que les représentants locaux de l'Etat et des organismes de sécurité sociale puissent faciliter l'émergence et la mise en œuvre des projets territoriaux" ;
- Les démarches d'accompagnement et de formation des élus et des agents du bloc communal soient développées, afin de "les aider à trouver leur juste place face à la double nécessité d'assurer la cohésion sociale, en entretenant un lien social de proximité, et de développer une action sociale et sanitaire experte à la bonne échelle" ;
- "Les organismes de sécurité sociale renouvellent leurs efforts, non seulement de facilitation de l'accès aux droits, par un engagement continu dans les dispositifs France Services, mais aussi d'inscription de leur action sociale dans l'écosystème local".

» Le rapport complet est à télécharger sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image en page précédente.



La société Quadrant Conseil propose "Strateval", un jeu de cartes conçu pour aider les organisations à construire collectivement une stratégie d'évaluation.

Le jeu vise à faciliter la réflexion sur les pratiques évaluatives et à alimenter les connaissances des différentes méthodes d'évaluation. Il se concentre sur les usages attendus de l'évaluation et propose une stratégie d'ensemble mise en œuvre à travers des outils et des techniques précises.

Le jeu est diffusé sous licence libre et peut être réutilisé et modifié à condition de citer la source.

Les points forts du jeu:

- Réflexion collective : Strateval encourage la réflexion collective sur les pratiques évaluatives ;
- Stratégie d'Ensemble : Il aide à proposer une stratégie d'ensemble pour l'évaluation.
- Outils et Techniques : le jeu met en œuvre des outils et des techniques précises pour l'évaluation ;
- Évaluations complexes : il est particulièrement utile pour les évaluations complexes et politiques ;
- Alternatives méthodologiques : Il propose des alternatives pour chaque ingrédient clé de l'évaluation.

» Le jeu est accessible en suivant [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessus.

L'Anap a récemment diffusé une note technique au sujet de la réglementation ERP de type J pour les EHPAD.

Cette réglementation vise à concilier la personnalisation des espaces et les normes de sécurité incendie, pour offrir une approche plus adaptée au bien-être des usagers. Elle permet des économies significatives par rapport à la réglementation type U, notamment sur les coûts d'investissement et d'exploitation.

Les établissements concernés sont ceux hébergeant des personnes âgées en perte d'autonomie, avec une capacité d'au moins 25 accueils. Les avantages incluent des espaces conviviaux sans cloisonnement, des cuisines ouvertes, des cheminées autorisées sous conditions, et une personnalisation accrue des chambres.

Cette réglementation est encadrée par [l'arrêté du 19 novembre 2001](#).

Les axes forts de ce choix d'établissement sont les suivants:

- Au niveau économique: la réglementation ERP type J permet une réduction significative des coûts d'investissement et d'exploitation. Par exemple, pour un EHPAD de 80 places, les économies peuvent atteindre 100.000 euros sur les groupes électrogènes de remplacement, 3.000 euros par an sur la maintenance des groupes électrogènes, 60.000 euros sur l'installation de fluides médicaux, et 4.500 euros par an sur la maintenance de ces installations. De plus, cette réglementation permet des économies de 10 à 15 % sur le coût du mobilier collectif ;
- Au niveau de la personnalisation : les usagers ont la possibilité d'aménager leurs chambres avec leur mobilier personnel, ce qui inclut les voiles et rideaux. Ils peuvent également utiliser des petits appareils électriques domestiques comme des bouilloires, des cafetières ou des réfrigérateurs. De plus, ils ont la possibilité de verrouiller la porte de leur chambre, offrant ainsi une plus grande intimité et sécurité ;
- Au niveau de la convivialité des espaces : les espaces conviviaux peuvent être implantés sans cloisonnement séparatif dans les circulations des unités de vie. La surface unitaire de chaque espace peut être portée jusqu'à 100 m². Les cuisines peuvent être ouvertes sur la circulation, rappelant ainsi la cuisine du domicile et offrant la possibilité d'ateliers culinaires. De plus, une cheminée à foyer fermé ou à insert fonctionnant au bois peut être admise après avis de la commission de sécurité, ajoutant une touche de convivialité et de chaleur aux espaces communs.



- Au niveau de la sécurité : La réglementation ERP type J permet de respecter les normes de sécurité incendie tout en offrant plus de liberté dans l'aménagement des espaces. Cela inclut la possibilité d'avoir des cuisines ouvertes et des cheminées, tout en garantissant la sécurité des usagers.
- » La note technique de l'Anap est accessible au téléchargement en suivant [ce lien](#) ou en cliquant sur l'image ci-dessous, ou à la consultation en ligne en suivant [celui-ci](#).

TYPE J : LE MODÈLE À CHOISIR POUR LES EHPAD DE DEMAIN

POUR UN EHPAD PLUS ÉCONOMIQUE, PLUS ACCUEILLANT, PLUS SIMPLE À BÂTIR

POURQUOI PRÉFÉRER LA RÉGLEMENTATION TYPE J DANS LES EHPAD ?

Cette réglementation vise à concilier personnalisation des espaces privés et collectifs avec le respect des normes de sécurité incendie au sein de certains établissements d'hébergement. Elle répond à la transformation domiciliaire des Ehpad en permettant aux résidents de se sentir chez eux. Pourtant, certains Ehpad sont encore classés à tort en type U, une catégorie soumise à des exigences plus contraignantes, limitant ainsi cette approche plus adaptée au bien-être des résidents.

QUELS SONT LES BÉNÉFICES ATTENDUS ?

Des économies d'investissement et d'exploitation par rapport à la réglementation ERP type U.

Pour un Ehpad de 80 places :

100 K€ HT	d'économies de groupe électrogène de remplacement	4 500 € HT/an	d'économies de maintenance de l'installation de fluides médicaux
3 000 € HT/an	d'économies de maintenance du groupe électrogène	10 À 15 %	d'économies sur le coût du mobilier collectif
60 000 € HT	d'économies d'installation de fluides médicaux		



APPROCHE TEMPORELLE DU BURN-OUT



LE SAVIEZ-VOUS ?

L'évaluation de la prise en charge des patients âgés (cliquer pour télécharger)



Certification
des établissements
de santé pour
la qualité des soins



FICHE PÉDAGOGIQUE

L'évaluation de la prise en charge des patients âgés

Selon le référentiel

Avril 2025

En France, la prise en charge des personnes âgées est un enjeu majeur, reflétant le vieillissement de la population. Au 1 janvier 2025, 7,3 millions de personnes résidant en France avaient 75 ans ou plus, représentant 11 % de la population totale. En court séjour, les personnes de 75 ans et plus constituaient 18,3 % des patients, générant 22 % de l'activité hospitalière avec 4 millions de séjours. Ces données soulignent l'importance d'adapter le système de santé aux besoins spécifiques des aînés¹.

1. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) et Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

En déclinaison des fiches « Évaluation des droits du patient », « Évaluation du parcours intrahospitalier », cette fiche présente certaines des particularités concernant la prise en charge des patients âgés auxquelles les évaluateurs doivent s'attacher lors de leurs évaluations. Certains éléments doivent nourrir les débats sur le territoire, la gestion des risques...



cnsa
Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

- » Le GEVA graphique est accessible en suivant [ce lien](#) ;
- » Son manuel d'utilisation l'est en suivant [celui-ci](#).

De la même manière, **la CNSA** propose une mise à jour des tarifs et montants de l'APA et de la PCH, applicable au 1^{er} janvier 2025.

- » Les tarifs et montants pour l'APA sont accessibles [ici](#) ;
- » Les tarifs et montants pour la PCH le sont [là](#).

Le kit propose 3 parcours de formation :

- Un parcours destiné aux professionnels de l'accompagnement ;
- Un parcours destiné à un plus large public ;
- Un parcours transcrit en FALC.

[illegible]

» Le kit pédagogique est accessible sur [ce lien](#).



Accens Avocats a proposé le 24 avril 2025 un webinaire intéressant au sujet du nouveau référentiel HAS.

Description du site

Depuis 2022, l'évaluation des ESSMS a connu une véritable transformation, marquée par l'instauration d'un nouveau cadre par la HAS. Cette évolution s'accompagne de précisions sur le système de cotation, de l'obligation de publication des résultats d'évaluation, de nouvelles exigences concernant le contenu minimal du projet d'établissement dans un cadre de réforme Serafin PH...

Ces changements représentent un tournant majeur pour la transparence et le pilotage des établissements médico-sociaux, imposant de nouveaux défis et enjeux pour les ESSMS dans leur démarche qualité au quotidien !

» Le replay est accessible en cliquant sur l'image ci-dessous ou en suivant [ce lien](#).





Accens Avocats propose le 3 juillet 2025 un webinaire intéressant au sujet du lien entre l'actualité RH et la gestion des ESMS.

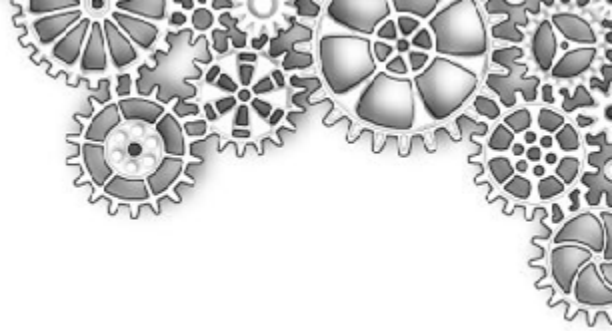
Description du site

La gestion des ressources humaine est au cœur de la prise en charge des personnes accompagnée dans les ESMS.

Les différentes mesures, Ségur, intérim, réforme des services à domicile ou encore les difficultés à parvenir à une convention collective unique, ont un impact direct sur la qualité de fonctionnement et la gestion des ESMS.

Maître Laffly et Maître Naitali, avocats au cabinet Accens Avocats Conseils, vous feront un état des lieux et évoqueront les enjeux stratégiques à prendre en considération, notamment au regard des contraintes financières.

» L'inscription au webinaire est accessible en cliquant sur l'image ci-dessus ou en suivant [ce lien](#).



Rouages et mécanismes

La Commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs (CRPPI) de la HAS a récemment renouvelé ses membres, à la faveur de l'échéance des mandats précédemment confiés.

Cela offre l'occasion de présenter cette commission, dont les rôles et missions sont très importants pour le secteur médico-social.

La CRPPI

Créée en 2019, la commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs a pour mission de préparer les délibérations du collège de la HAS sur les recommandations de bonne pratique ou d'organisation des soins destinées aux professionnels de santé ou aux pouvoirs publics, ainsi que les délibérations portant sur l'élaboration de parcours de santé et des indicateurs de pertinence correspondants.

La CRPPI peut également être sollicitée pour donner un avis sur la pertinence du remboursement d'un acte professionnel, ou sur tout autre sujet utile à la préparation des travaux du collège.

En 2024, sa composition a été élargie. Le nombre de représentants des usagers du système de santé est passé de 2 à 4, et la commission compte 2 psychiatres, contre un seul auparavant.

Cet élargissement s'explique notamment par la préparation et le lancement du programme "santé mentale et psychiatrie" de la HAS pour 2025-2030.

Composition

La CRPPI est composée de :

- Un président nommé parmi les membres du collège de la HAS ;
- 24 membres dont deux vice-présidents:
 - ◊ 20 membres choisis en raison de leur expertise dans le domaine de la santé ;
 - ◊ 4 membres choisis parmi les adhérents d'une association de malades et d'usagers du système de santé.

A ceci s'ajoute un membre issu de la CNAM, qui assiste aux débats avec une voix uniquement consultative.

Mandats et missions

Les membres, nommés pour une durée de 3 ans, sont médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, biologistes, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens et usagers du système de santé.

Le renouvellement de 2025 est marqué par l'arrivée de 6 nouveaux membres, qui rejoignent les 18 membres dont le mandat a été renouvelé, ce qui est également le cas de celui de la présidente de la commission, Claire Compagnon.

Membres actuels

Les membres ayant mandat jusqu'au 15 mai 2028 sont actuellement (département entre parenthèses):

- Présidente : Claire Compagnon, membre du collège de la HAS ;
- Vice-Présidents :
 - ◊ Pierre-Louis Druais, médecin généraliste (78) ;
 - ◊ Marie Citrini, en qualité d'adhérente d'une association de malades et d'usagers du système de santé (75).

Membres :

- Nathalie Blanc, infirmière en pratiques avancées (04) ;
- Anne Cotten, radiologue (59) ;
- Jean-Dominique De Korwin, médecin interniste (54) ;
- Caroline Demily, psychiatre (69) ;
- Xavier Dreyfus, cardiologue (38) ;
- Charlotte Faurie, médecin généraliste (34) ;
- Hervé Fundenberger, masseur-kinésithérapeute (43) ;
- Eva Ghiles, chirurgien digestif (78) ;
- Elise Haro-Brunet, pharmacienne (75) ;
- Dominique Israel-Biet, pneumologue (75) ;
- Philippe Lambert de Montmollin, médecin généraliste (34) ;
- Magali Lavirotte, en qualité d'adhérente d'une association de malades et d'usagers du système de santé (69) ;
- Frédéric Lemoine, infirmier (75) ;
- Rémy Nizard, chirurgien orthopédique (75) ;
- Christine Passerieux, psychiatre (92) ;

- Bach-Nga Pham, biologiste (51) ;
- Marie-Hélène Ravel, en qualité d'adhérente d'une association de malades et d'usagers du système de santé (92) ;
- Olivier Saint-Jean, gériatre (75) ;
- Alexandra Roren, masseur-kinésithérapeute (75) ;
- Stéphane Sanchez, méthodologiste-santé publique, (10) ;
- Alexis Schnitzler, médecine physique et de réadaptation (92) ;
- Nolwenn Tourniaire-Droumaguet, en qualité d'adhérente d'une association de malades et d'usagers du système de santé (44) ;
- Thiébaud-Noël Willig, pédiatre (31).

Par ailleurs, la CNAM est représentée.

- » La CRPPI a un agenda établi pour l'année 2025, rendu public sur le site de la HAS et repris ci-dessous.
- » Les ordres du jour des réunions sont indiqués sur le site de la HAS, à [cette adresse](#).
- » La CRPPI s'est également dotée d'un règlement intérieur, également diffusé publiquement. Il est accessible à [cette adresse](#).
- » Enfin, le rapport d'activité 2024 de la commission a été récemment publié. Il est accessible à [cette adresse](#), ou en cliquant sur l'image ci-contre.



	DATES	HORAIRES	SALLES
BUREAUX CRPPI	14/01/2025	10H-13H	Salle collège/Teams
	12/02/2025	10H-13H	Salle 3A090/Teams
	18/03/2025	10H-13H	Salle collège/Teams
	15/04/2025	10H-13H	Salle collège/Teams
	13/05/2025	10H-13H	Salle collège/Teams
	10/06/2025	10H-13H	Salle collège/Teams
	01/07/2025	10H-13H	Salle collège/Teams
	09/09/2025	10H-13H	Salle collège/Teams
	30/09/2025	10H-13H	Salle collège/Teams
	12/11/2025	10H-13H	Salle collège/Teams
	02/12/2025	10H-13H	Salle collège/Teams

	DATES	HORAIRES	SALLES
COMMISSION RECOMMANDATIONS PERTINENCE, PARCOURS ET INDICATEURS	28/01/2025	10H-16H00	Salle collège/Teams
	04/03/2025	10H-16H00	Salle collège/Teams
	01/04/2025	10H-16H00	Salle collège/Teams
	29/04/2025	10H-16H00	Salle collège/Teams
	27/05/2025	10H-16H00	Salle collège/Teams
	24/06/2025	10H-16H00	Salle collège/Teams
	08/07/2025	10H-16H00	Salle collège/Teams
	23/09/2025	10H-16H00	Salle collège/Teams
	14/10/2025	10H-16H00	Salle collège/Teams
	25/11/2025	10H-16H00	Salle collège/Teams
	16/12/2025	10H-16H00	Salle collège/Teams

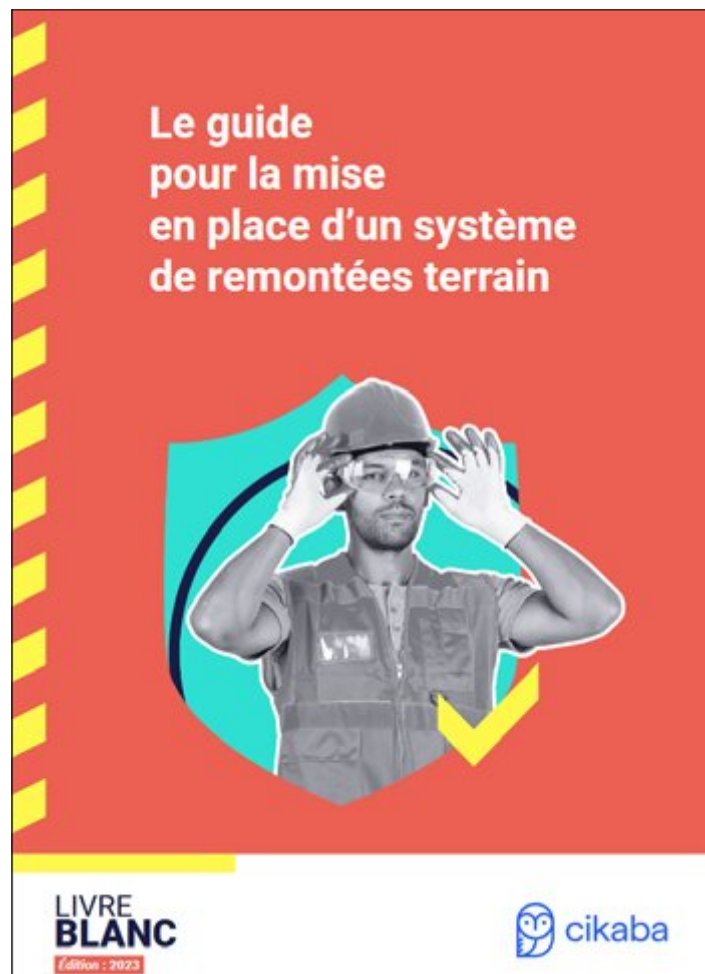
La société **Cikaba** propose un guide, sous forme de livre blanc, pour la mise en place d'un système de remontées terrain efficace dans le cadre de la prévention des risques professionnels.

Ce guide souligne l'importance de collecter et d'analyser les situations dangereuses pour réduire les risques, fidéliser les salariés et améliorer les processus QHSE.

Le propos insiste sur l'implication de tous les collaborateurs, l'utilisation de formulaires clairs et accessibles, et l'importance des visites terrain pour une amélioration continue. Il propose également des méthodes d'analyse d'événements significatifs et met en avant l'intérêt de la digitalisation et de l'intelligence artificielle pour optimiser la collecte et l'exploitation des données.

Les points clefs du guide:

- Implication des collaborateurs : sensibiliser et impliquer tous les salariés dans la collecte des remontées terrain pour une meilleure identification des situations dangereuses ;
 - Formulaires clairs et accessibles : utiliser des formulaires simples et rapides à remplir, avec des questions précises et des possibilités de réponses pré-définies ;
 - Digitalisation : digitaliser les formulaires pour faciliter l'accès et le remplissage, et permettre l'ajout de photos pour illustrer les situations ;
 - Visites terrain : organiser des visites terrain régulières pour vérifier la conformité et l'efficacité des mesures de sécurité ;
 - Analyse des données : utiliser des méthodes d'analyse comme le QQCOQCP, les 5M, les 5P et l'arbre des causes pour identifier les causes des situations dangereuses ;
 - Intelligence artificielle : exploiter l'IA pour analyser les données collectées et proposer des recommandations pour améliorer la politique de prévention des risques.
- » Le guide est accessible en suivant [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-contre.



Mégane Rabatel propose une infographie intéressante au sujet des Risques psycho-sociaux.

Cette infographie permet d'avoir un regard éclairé sur les facteurs de risques en jeu, mais aussi sur les méthodologies de résolution applicables au sein des organisations professionnelles.

» L'infographie est accessible en suivant [ce lien](#).



Santé

Pierre Lombrail, Michel Naiditch & Christine Ferron, dans leur article intitulé *"Prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé" : l'IGAS soutient un modèle loin des réalités de la promotion de la santé* publié dans la revue "Santé publique", remettent en cause l'approche de l'IGAS en matière de santé publique.

La critique des auteurs porte sur l'approche comportementaliste et la vision réductrice des recommandations. Ils soulignent une définition problématique du champ PPS, une survalorisation des preuves scientifiques au détriment de l'expertise terrain, et une négligence des enjeux d'équité en santé.

Par ailleurs, ils pointent un manque de prise en compte des déterminants sociaux de la santé et des inégalités sociales de santé (ISS) et indiquent que les interventions locales en PPS devraient plutôt se concentrer sur des stratégies intersectorielles et multi-niveaux, en intégrant les savoirs expérientiels et les dynamiques communautaires.

» L'article est disponible en lecture libre en suivant [ce lien](#).

UFC Que choisir a récemment diffusé une très intéressante étude sur l'évolution du tissu médical sur le territoire national.

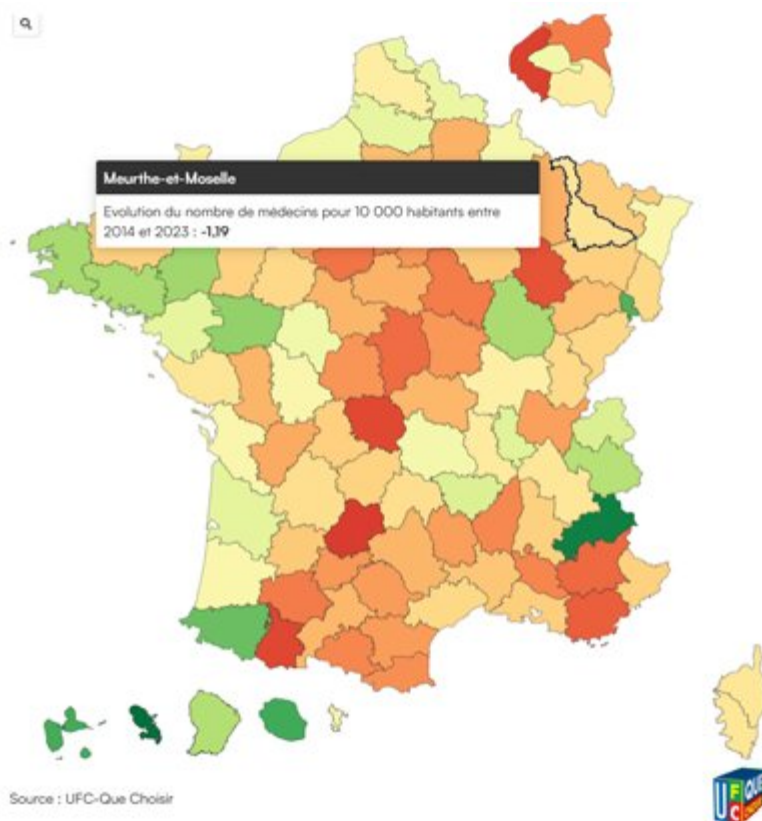
L'étude révèle une aggravation significative des inégalités d'accès aux soins en France sur la dernière décennie:

- Trois quarts des départements ont vu leur densité médicale diminuer, exacerbant les disparités territoriales ;
- Les politiques incitatives actuelles, coûteuses et inefficaces, n'ont pas réussi à endiguer cette tendance.

UFC indique qu'une régulation de l'installation des médecins est désormais indispensable, parallèlement à un réinvestissement massif dans la formation des médecins et les infrastructures médicales et à la suppression des dépassements d'honoraires qui aggravent les inégalités.

A l'occasion de cette étude, des cartes interactives particulièrement informatives ont été mises en ligne. Elles permettent d'apprécier l'évolution de la situation entre 2013 et 2023.

» L'étude est accessible sur [ce lien](#).



Les principaux usages des benzodiazépines, par le Dr Igor Thiriez
(cliquer sur l'image pour rejoindre la page web dédiée)

BENZODIAZÉPINE		BUV	IM	RAPIDITÉ D'ACTION	DURÉE D'ACTION	MÉTABOLITES ACTIFS ENZYMES IMPLIQUÉES	DEMI-VIE (h) MÈRE - MÉTAB	À PRIVILÉGIER EN CAS DE
Alprazolam	XANAX®	-	-	+++	+	NON CYP3A4	10 - 12	PANIQUE
Clotiazépam	VERATRAN®	-	-	+++	+	NON CYP3A4	4 - 6	PANIQUE
Bromazépam	LEXOMIL®	-	-	++	++	NON CYP3A4	10 - 20	ANXIÉTÉ
Lorazépam	TEMESTA®	-	+	++	++	NON UGT	10 - 20	GROSSESSE ou PERSONNE ÂGÉE et/ou INSUFF. HEPATIQUE
Oxazépam	SERESTA®	-	-	+	++	NON UGT	5 - 15	
Clonazépam	RIVOTRIL®	+	+	++	+++	NON CYP3A4	20 - 50	AMM = épilepsie uniquement neurologue ou pédiatre psychiatre = renouvellement ordonnance sécurisée
Clobazam	URBANYL®	-	-	++	+++	OUI nordclobazam CYP3A4, CYP2C19, UGT	12 - 60	ÉPILEPSIE
Nordazépam	NORDAZ®	-	-	+	+++	OUI oxazépam CYP3A4, UGT	50 - 100	ANXIÉTÉ SEVRAGE ALCOOL
Clorazépate	TRANXÈNE®	-	+	+++	+++	OUI nordazépam → oxazépam CYP3A4, UGT	PRO-MEDICAMENT 50 - 100	SEVRAGE ALCOOL ANXIÉTÉ
Diazépam	VALIUM®	+	+	+++	+++	OUI nordazépam → oxazépam CYP3A4, CYP2C19, UGT	20 - 50 50 - 100	AGITATION SEVRAGE ALCOOL/BZD
Loflazépate	VICTAN®	-	-	+	+++	OUI nordazépam → oxazépam CYP3A4, UGT	PRO-MEDICAMENT 60 - 120	ANXIÉTÉ
Chlordiazépoxide	LIBRAX®	-	-	+	+++	OUI nordazépam → oxazépam CYP3A4, CYP2C19, UGT	5 - 30 50 - 100	SEVRAGE ALCOOL
Prazépam	LYSANXIA®	+	-	++	+++	OUI nordazépam → oxazépam CYP3A4, UGT	PRO-MEDICAMENT 50 - 100	ANXIÉTÉ SEVRAGE BZD

Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) a récemment diffusé le résultat de son "panel citoyen" consacré à la santé mentale des jeunes.

Ce panel de 20 jeunes âgés de 12 à 18 ans a travaillé pendant six jours en avril et en mai 2025 pour identifier les problèmes de santé mentale auxquels ils sont confrontés et proposer des solutions concrètes.

Les thématiques prioritaires identifiées par les jeunes impliqués incluent l'environnement personnel, les discriminations et le jugement, ainsi que le système scolaire.

Ils ont également souligné l'importance de l'écoute et de la valorisation par l'entourage, la nécessité de réguler les réseaux sociaux, et l'impact des inégalités sociales sur la santé mentale.

Enfin, plusieurs propositions ont été faites à l'issue des discussions:

- Écoute et valorisation : mettre en place des programmes pour former les adultes à mieux écouter et valoriser les jeunes ;
 - Régulation des réseaux sociaux : renforcer les contrôles sur les réseaux sociaux pour protéger les jeunes des contenus inappropriés ;
 - Education affective : introduire des cours d'éducation affective dans les écoles pour aider les jeunes à mieux gérer leurs relations ;
 - Soutien psychologique : augmenter l'accès à des psychologues et former les enseignants à la détection et à l'accompagnement du mal-être ;
 - Soutien aux parents : proposer des formations et des soutiens pour aider les parents à mieux comprendre et répondre aux besoins de leurs enfants ;
 - Lutte contre les discriminations : sensibiliser et former les jeunes et les adultes à la lutte contre les discriminations et le harcèlement ;
 - Adaptation du système scolaire : réduire la pression scolaire, adapter les rythmes scolaires, et proposer des activités extrascolaires pour améliorer le bien-être des jeunes
- » Le rapport est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-contre.



87 organisations tirent la sonnette d'alarme et demandent des actions concrètes pour une alimentation saine et durable.

Dans une lettre ouverte, ces dernières critiquent le retard de deux ans dans la mise en œuvre de la Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC). Elles soulignent les impacts négatifs des modes actuels d'alimentation sur la santé de la population, mais également sur l'environnement et la précarité alimentaire en France.

Les signataires demandent des mesures concrètes pour améliorer l'offre alimentaire, encadrer les publicités, garantir la transparence des prix et soutenir les agriculteurs.

Ils insistent également sur la nécessité d'une trajectoire chiffrée pour réduire la consommation de produits animaux et augmenter celle de protéines végétales, ainsi que sur un financement pérenne des Projets Alimentaires Territoriaux.

Les points clefs cités dans la lettre ouverte sont les suivants:

- Interdire la publicité pour les produits trop gras, trop sucrés et trop salés, surtout ciblant les enfants ;
 - Rendre obligatoire l'affichage du Nutri-score sur tous les supports ;
 - Encadrer les marges des distributeurs et industriels pour une meilleure répartition de la valeur ;
- » La lettre ouverte est téléchargeable sur [ce lien](#) ou en cliquant sur l'image ci-dessous.

- Fixer des objectifs d'approvisionnement en produits biologiques et équitables pour la grande distribution ;
 - Réduire la consommation de viande et favoriser les protéines végétales ;
 - Financer les Projets Alimentaires Territoriaux à hauteur de 80 millions d'euros par an ;
 - Nommer un délégué interministériel pour la mise en œuvre et le suivi de la SNANC.
- » En document d'appui, le décryptage de la SNANC est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessous.

Lettre ouverte de 87 organisations à l'attention de François Bayrou, Annie Genevard, Agnès Pannier-Runacher, Catherine Vautrin et Yannick Neuder : il est crucial de rehausser l'ambition de la Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat afin de protéger la santé des Français

Paris, le 18 juin 2025

Monsieur le Premier Ministre,
Madame la ministre de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire de la France,
Madame la ministre de la Transition écologique, de la Biodiversité, de la Forêt, de la Mer et de la Pêche,
Madame la ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles,
Monsieur le ministre de la Santé et de l'Accès aux soins de France,

Deux ans. Cela fait deux ans que plusieurs centaines d'associations de la société civile et d'acteurs économiques attendent l'adoption et la mise en œuvre de la Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC). Ce retard est incompréhensible au regard de l'urgence à agir et des attentes des millions d'agriculteurs, consommateurs, familles, patients, professionnels de santé et de la restauration, scientifiques et défenseurs du bien-être animal et de l'environnement représentés par notre collectif d'organisations.

L'alimentation accessible à la majorité des Français et des Françaises a des impacts néfastes sur leur santé, sur le climat et la biodiversité, ainsi que sur la qualité de l'air, de l'eau et des sols. 16% de la population déclare ne pas manger à sa faim, tandis que 20% des étudiants et des étudiantes dépendent de l'aide alimentaire. La moitié de la population est en surpoids et 10 millions d'adultes sont en situation d'obésité, tandis que le diabète, qui touche plus de 4 millions de personnes, poursuit sa progression. Les cancers liés à l'alimentation augmentent à une vitesse dramatique, notamment chez les plus jeunes, à l'image de l'explosion des cas de cancers digestifs (côlon, pancréas, rectum, foie, etc.).

Les causes sont connues : manque de ressources financières des ménages modestes, mauvaise qualité des produits et présence de substances toxiques ou à risque dans la majeure partie des aliments proposés (additifs, contaminants chimiques, résidus de pesticides, ultra-transformation, etc.), régimes alimentaires déséquilibrés... 80 % de la population ne mange ni assez de fruits et légumes, ni suffisamment de légumineuses, tandis que 63% dépasse les quantités maximales recommandées par Santé publique France pour la charcuterie, et 32% pour la viande rouge (bœuf, porc, etc.).

Les études scientifiques et celles publiées par les institutions expertes comme France Stratégie et l'IDDRI sont formelles : la responsabilisation du consommateur ne permettra pas d'inverser la tendance. Pour améliorer l'accès à une alimentation saine, durable et choisie et garantir le droit à l'alimentation de tous, les pouvoirs publics doivent agir sur l'amont et l'aval de la chaîne alimentaire. D'une part, il est indispensable d'accompagner les agriculteurs vers des pratiques agricoles rémunératrices, économes en intrants, respectueuses du bien-être animal et qui préservent les écosystèmes. De l'autre, il faut transformer l'offre et les environnements alimentaires, c'est-à-dire l'offre et la mise en avant des produits en magasin, les produits sur lesquels portent la publicité et le marketing (TV, internet et réseaux sociaux, etc.), tout en rendant les produits sains et durables plus

1



SciencesPo

COMPTE RENDU

**Déprescrire dans une perspective
santé - environnement : quelles
pistes pour les politiques
publiques en France ?**

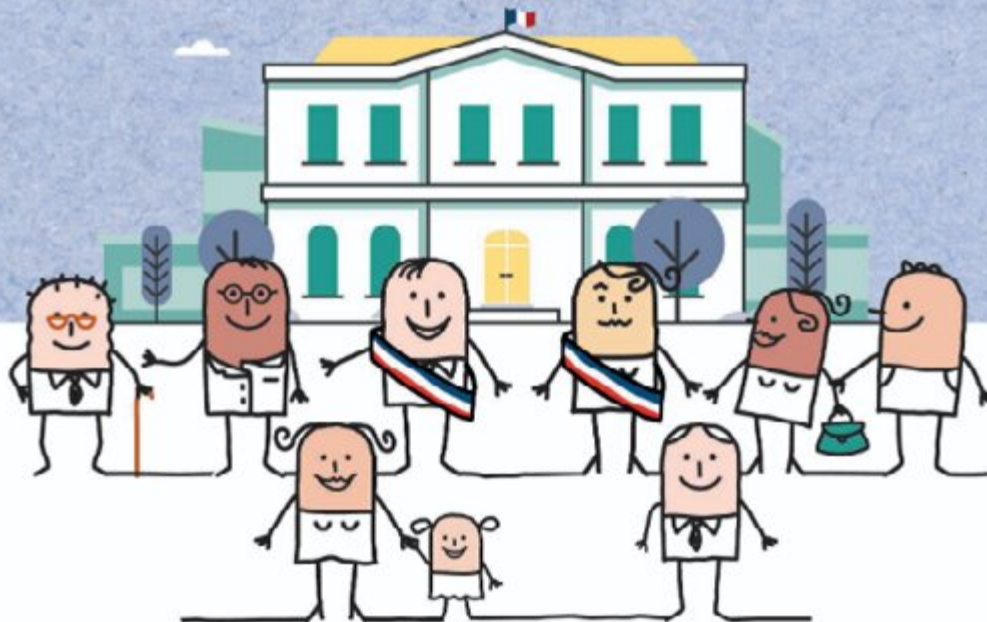
Journée d'étude coorganisée par les
axes Politiques de santé et Politiques
environnementales du LIEPP

4 décembre 2024

La santé mentale dans la cité
(cliquer sur l'image pour télécharger)

La santé mentale dans la Cité

Des repères pour comprendre, des exemples pour agir

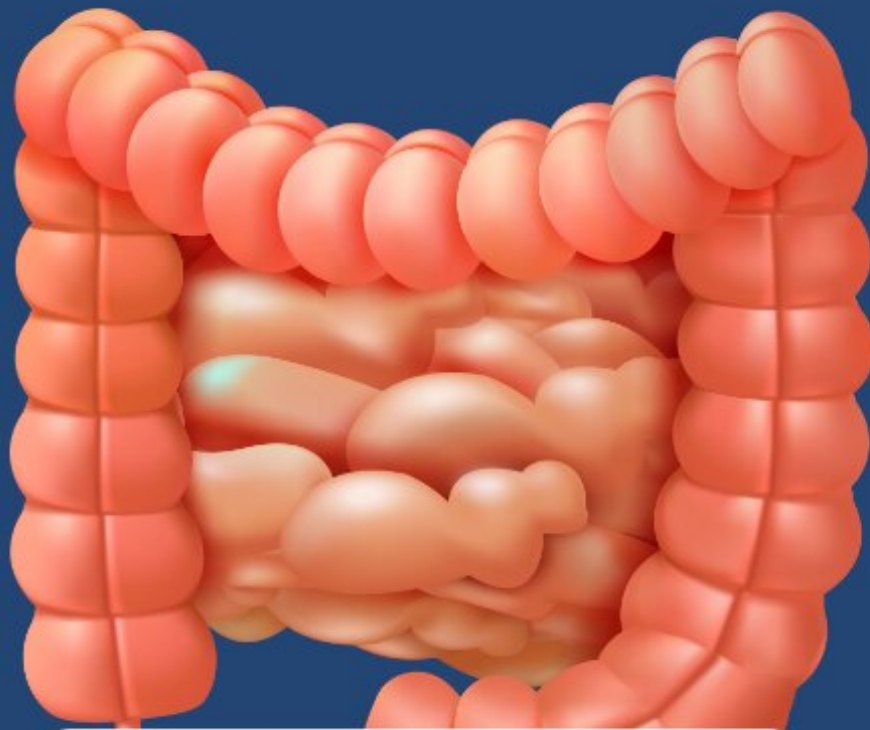


LES DOULEURS DE LA FIBROMYALGIE

Quels sont les éléments
déclencheurs ?



4 fausses bonnes idées pour prendre soin de son intestin
(cliquer sur l'image pour télécharger le document)



4 FAUSSES BONNES IDÉES

POUR PRENDRE SOIN DE SON INTESTIN



**Tu sens la pression
monter ?**



Voici la méthode STOP.

**4 lettres pour éviter
d'exploser.**



S = STOP

- **Mets ton cerveau sur pause.**
- **Coupe ce que tu fais.**
- **Interromps l'escalade.**

T = TAKE A BREATH

- **Respire lentement, 3 fois.**
- **Allonge ton souffle.**
- **Reprends la main sur ton système nerveux.**

O = OBSERVE

- **Qu'est-ce que tu ressens ?**
- **Où dans ton corps ?**
- **Quelles pensées tournent en boucle ?**

P = PROCEED

- **Repars avec clarté.**
- **En conscience.**
- **Avec une intention, pas une impulsion.**

5 mythes sur l'addiction à l'alcool

STOP aux idées reçues !



Personnes en situation de vulnérabilité

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) diffuse les comptes des hospitalisations en lien avec un geste auto-infligé, c'est-à-dire une tentative de suicide ou une automutilation non suicidaire (scarifications, brûlures, coups contre un mur, Etc.).

Ces comptes proviennent des données du système national de données de santé (SNDS). Ils sont présentés par âge et sexe, et couvrent la période 2012-2024.

Ces chiffres sont préoccupants:

Hausse du nombre de patients hospitalisés pour tentatives de suicide ou automutilations entre 2023 et 2024

En services de soins somatiques, près de 82.000 personnes âgées de 10 ans ou plus ont été hospitalisées au moins une fois en 2024 pour un geste auto-infligé, et 64% d'entre elles sont des femmes.

Sur une longue période, le nombre de patients hospitalisés varie peu de 2013 à 2019, diminue fortement en 2020, et augmente continuellement depuis. Par rapport à 2023, le nombre total de patients en 2024 est ainsi en augmentation de 6 % (+6 % chez les femmes contre +4 % chez les hommes).

Hausse des hospitalisations pour tentatives de suicide ou automutilations particulièrement marquée chez les très jeunes filles et les adolescentes

Cette évolution globale masque des évolutions différentes selon les âges et les sexes, l'augmentation du total étant principalement attribuable à de persistantes hausses des hospitalisations d'adolescentes et de femmes jeunes.

La progression du nombre de patientes âgées de moins de 20 ans, très forte entre 2020 et 2021, s'était amoindrie en 2022 et 2023.

Les données 2024 montrent que l'augmentation persiste et s'accroît : elle est particulièrement marquée chez les très jeunes filles âgées de 10 à 14 ans avec une progression de + 22 % entre 2023 et 2024 tandis qu'elle atteint +14 % chez les 15-19 ans.

Le nombre de patientes un peu plus âgées est également à la hausse : +4 % de patientes âgées de 20 à 24 ans et + 9 % parmi les 25-29 ans, deux classes d'âge avec le plus de personnes hospitalisées.

Le nombre d'hospitalisations de femmes âgées de 40 à 60 ans a, en contraste, régulièrement baissé depuis 2012.

Parmi les hommes, habituellement moins concernés par les tentatives de suicide bien que majoritaires parmi les décès par suicides, des augmentations entre 2023 et 2024 sont également observées dans certaines classes d'âge. C'est le cas chez les moins de 30 ans : +17% chez les 15-19 ans, +8% chez les 20-24 ans et +7 % chez les 25-29 ans, +9 % chez les 40-44 ans.

Près de 12.000 femmes ont été hospitalisées en psychiatrie en 2024 avec un diagnostic renseigné de geste auto-infligé

Les données d'hospitalisations en psychiatrie sont moins fiables et subissent d'importantes évolutions liées aux pratiques de codage. Cependant, des évolutions très comparables à celles documentées en soins somatiques sont enregistrées, particulièrement dans le cas des adolescentes et jeunes femmes.

Ainsi, près de 12.000 femmes ont été hospitalisées en psychiatrie en 2024 avec un diagnostic renseigné de geste auto-infligé (contre moins de 6.000 hommes). La moitié des femmes hospitalisées avec ce motif ont moins de 30 ans. Parmi ces dernières, les hausses d'hospitalisations sont constantes depuis les années 2015-2017 et massives chez les moins de 25 ans. Parmi les hommes des mêmes âges, beaucoup moins concernés, de substantielles augmentations s'observent également ces dernières années.

La brutale dégradation de la santé mentale d'une importante minorité d'adolescentes et de femmes de moins de 30 ans est un phénomène international apparu dans les années 2010, que la crise sanitaire de 2020 paraît avoir accentué. Bien qu'il soit difficile de déterminer les causes de cette détérioration, une hypothèse semble se démarquer pointant le mésusage des réseaux sociaux et les agressions spécifiques à cette population qui peuvent y avoir lieu.

Des travaux plus complets doivent être menés afin d'estimer notamment à quel point les augmentations chez les jeunes femmes sont pour partie le fait d'hospitalisations réitérées (les patientes hospitalisées une année le seraient à nouveau les années suivantes ce qui, avec l'afflux de nouvelles patientes, viendrait expliquer l'importance des augmentations année après année).

» Les données brutes 2012-2024 sont à récupérer [ici](#) sous format .xlsx, et [là](#) sous format .csv.

L'adhésion aux mythes et préjugés de l'agression sexuelle
(cliquer sur l'image pour télécharger le document)



samusocialParis

Manifeste

Pour défendre l'accès aux soins des personnes sans domicile



Journée mondiale des réfugiés

Constats et préconisations de la FAS aux enjeux de santé mentale



COMPRENDRE LES DIRECTIVES ANTICIPÉES



C'est un texte que j'écris moi-même.

Il dit **ce que je veux ou ce que je ne veux pas** pour ma santé, si un jour je ne peux plus parler.

C'est important pour :

- dire si je veux être soignée à l'hôpital ou à la maison
- dire si je veux être réanimé-e ou non
- que mes proches et le docteur fasse ce que je souhaite
- être respecté-e même si je ne peux plus m'exprimer

Ce n'est pas une obligation.
Je peux choisir de le faire ou de ne pas le faire.
Je peux changer d'avis à tout moment.



A qui en parler ?

- À ma personne de confiance
- À ma famille
- À un professionnel de santé
- À quelqu'un qui peut m'aider à réfléchir

Où garder mes directives ?

- Chez moi
- Dans mon dossier médical
- Dans mon espace santé
- Avec ma personne de confiance



Le centre National Fin de vie - Soins palliatifs propose le podcast "Jusqu'à la fin", visant à promouvoir l'information du grand public au sujet des enjeux présents en soins palliatifs et en situation de fin de vie.

» Le podcast est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur chaque épisode ci-dessous.

Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

Jusqu'à la fin : Qu'est-ce que la fin de vie ?

00:00 / 09:18 ▶ 20



⏮ x1 ⏭

📶 🔊 ⓘ



Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

L'impréparation face aux accidents de la vie

00:00 / 09:04 ▶ 14



⏮ x1 ⏭

📶 🔊 ⓘ



Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

La loi Claeys-Leonetti et les directives anticipées

00:01 / 08:51 ▶ 13



⏮ x1 ⏭

📶 🔊 ⓘ



Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

Accompagner les proches aidants

00:00 / 10:03 ▶ 13



⏮ x1 ⏭

📶 🔊 ⓘ



Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

Douleur et autonomie

00:00 / 09:13 ▶ 11



⏮ x1 ⏭

📶 🔊 ⓘ



Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

La fin de vie chez soi

00:00 / 07:10 ▶ 10





Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

Réparer les vivants - le deuil

00:00 / 07:26 ▶ 14





Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

Les communautés compatissantes

00:00 / 06:46 ▶ 15





Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

Jusqu'à la fin : la procédure collégiale

00:00 / 06:01 ▶ 1 428





Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

Jusqu'à la fin : le refus de traitement

00:00 / 06:59 ▶ 775





Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

Jusqu'à la fin : la place des proches

00:00 / 07:13 ▶ 760





Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

Jusqu'à la fin : l'obstination déraisonnable

00:00 / 06:31 ▶ 906





Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

Jusqu'à la fin : la sédation profonde et continue jusqu'au décès

00:00 / 09:04 ▶ 1 199





Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

Jusqu'à la fin : nutrition et hydratation artificielle

00:01 / 06:05 ▶ 694





Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

Jusqu'à la fin : la personne de confiance

00:00 / 05:55 ▶ 1 157





Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

Jusqu'à la fin : les directives anticipées

00:00 / 08:33 ▶ 1 230





Jusqu'à la fin - Saison 1 et 2

Jusqu'à la fin : la fin de vie à domicile

00:00 / 05:09 ▶ 1 613





Guide Pratique

L'entourage des personnes accompagnées



Référent familial - Personne à prévenir
Personne de confiance
Représentant légal
Obligé alimentaire

Qui a le droit de faire quoi dans l'intérêt
de la personne accompagnée ?



Un travail à 4 mains proposé par
Sylvie HENRY-ESPARGILLERE et Anno-Sophie MOUTIER

L'entourage des personnes accompagnées 2/4 (cliquer sur le document pour le télécharger)

Le référent familial - personne à prévenir		
Qui peut être désigné	Par Qui	Quand
Tout membre de la famille ou de l'entourage proche et disponible	La personne accompagnée ou un membre de son entourage si elle n'a pas la capacité de s'exprimer	Lors de l'admission en établissement médico-social Possibilité d'en changer à tout moment
Son rôle		
• Interlocuteur prioritaire avec l'établissement pour les démarches administratives, la vie quotidienne, le bien-être et la sécurité de la personne. L'établissement contacte le référent familial pour lui transmettre toutes informations, charge à lui d'en assurer la diffusion aux personnes de son choix. • Veille à l'approvisionnement régulier des effets personnels destinés à la personne (vêtements, produits de toilette...).		

La personne de confiance		
Qui peut être désigné	Par Qui	Quand
Toute personne majeure de l'entourage (membre de la famille, proche, médecin traitant...)	Par la personne accompagnée uniquement	À tout moment Possibilité d'en changer à tout moment
Son rôle		
• Seule personne pouvant être présente lors de l'entretien préalable à la conclusion du contrat de séjour. • Peut accompagner dans les démarches administratives liées aux accompagnements, à la prise en charge et aux prestations sociales. • Peut assister aux entretiens médicaux selon le souhait de la personne. • Référent auprès de l'équipe médicale en cas d'incapacité de la personne à exprimer sa volonté : lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et la fin de vie. La personne de confiance rend compte de la volonté exprimée (directives anticipées). Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage		

L'obligé alimentaire		
Les enfants ont l'obligation d'aider un parent qui n'est pas en mesure d'assurer sa subsistance. Cette obligation dite alimentaire , se traduit par une aide, en nature ou matérielle, qui varie en fonction des ressources de l'enfant et du besoin parent.		
Qui peut être désigné	Par Qui	Quand
Le conjoint , les descendants (enfants uniquement et en l'absence de condamnation du parent pour violence intrafamiliale) et les alliés en ligne directe (belle fille, gendre)	D'un commun accord entre le parent et le descendant. A défaut, par le Juge aux Affaires Familiales .	A la demande du parent dans le besoin A la demande d'un des obligés alimentaires ou du représentant légal

L'entourage des personnes accompagnées 3/4

(cliquer sur le document pour le télécharger)

Le représentant légal :		
Protecteur Familial (PF) ou Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs (MJPM)		
Curateur, Tuteur : son rôle		
Assister ou représenter la personne dans tous les actes de la vie civile. Défendre en toute indépendance les seuls intérêts de la personne à protéger.		
Qui peut être désigné	Par Qui	Quand
Un membre de la famille ou un proche (Protecteur Familial) Un Mandataire (libéral, association tutélaire, préposé dans l'ESMS)	Par le <u>juge des contentieux de la protection</u> (ex juge des tutelles)	Si l'état de santé de la personne nécessite une protection judiciaire
Mandataire spécial : son rôle		
Représenter la personne pour accomplir les actes déterminés par le Juge des contentieux de la protection (ex juge des tutelles)		
Qui peut être désigné	Par Qui	Quand
Un Mandataire (libéral, association tutélaire, préposé dans l'ESMS)	Par le <u>juge des contentieux de la protection</u> (ex juge des tutelles)	Si l'état de santé de la personne nécessite une protection judiciaire
Mandataire de protection future : son rôle		
Dispose de <u>tous les pouvoirs dévolus à un curateur ou un tuteur</u> selon les modalités de rédaction de l'acte (notarié, certifié par avocat ou olographe). Les conditions d'exercice de son mandat doivent être <u>explicitées dans le mandat</u> (gestion des biens et dispositions sur les conditions de vie du mandant). Le mandat doit être <u>enregistré aux impôts avant d'être déposé au tribunal judiciaire</u> (avec justificatif de domicile de la future personne protégée)		
Qui peut être désigné	Par Qui	Quand
Un membre de la famille ou un proche (Protecteur Familial) Un Mandataire (libéral, association tutélaire, préposé dans l'ESMS)	<u>Par la personne</u> lors de la <u>signature du mandat</u> puis <u>déposé au greffe du tribunal judiciaire</u>	Si l'état de santé de la personne nécessite une protection judiciaire
Habilitation familiale : son rôle		
Défendre en toute indépendance les seuls intérêts de la personne à protéger. L'habilitation peut être générale ou spéciale.		
Qui peut être désigné	Par Qui	Quand
Un Protecteur Familial, ascendant, descendant, frère et sœur, conjoint, partenaire ou concubin.	Par le <u>juge des contentieux de la protection</u> (ex juge des tutelles)	Si l'état de santé de la personne nécessite une protection judiciaire

L'entourage des personnes accompagnées 4/4

(cliquer sur le document pour le télécharger)

Pour résumer

Réfèrent familial - Personne à prévenir			
Tout membre de la famille ou de l'entourage proche et disponible	Désigné par la personne ou son représentant légal	Avant l'admission	Interlocuteur prioritaire avec l'établissement Doit être disponible pour répondre aux sollicitations
Personne de Confiance			
Toute personne majeure de l'entourage	Par la personne accompagnée uniquement	A tout moment	Accompagne la personne dans ses démarches administratives Porte parole en cas d'incapacité de la personne à exprimer sa volonté
Représentant Légal			
Protecteur Familial (PF) ou Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs (MJPM)			
Membre de la famille (PF) OU Mandataire (libéral, association tutélaire, préposé dans l'ESMS)	Par le Tribunal Judiciaire	Dans le cas où l'état de la personne nécessite une protection judiciaire	Assiste ou représente la personne et défend ses intérêts
Obligé alimentaire			
Conjoint et descendants (sauf condamnation pour violence intrafamiliale) Gendres et belles filles (sous condition)	Soit d'un commun accord, soit par le Juge aux Affaires Familiales	A la demande du parent ou à la demande d'un obligé, du représentant légal	Aide en nature ou matérielle, qui varie en fonction du besoin de la personne et des capacités financières de l'obligataire

Références réglementaires :

- Article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles
- Article L. 1111-6 du code de la santé publique
- Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants
- Articles L. 471-1 à L471-9 du code de l'action sociale et des familles
- Articles L. 132-1 à L132-12 du code de l'action sociale et des familles

L'aide sociale à l'enfance - Edition 2025
(cliquer sur le document pour le télécharger)

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 131 • juin 2025

L'aide sociale à l'enfance Édition 2025

**Bénéficiaires, mesures et dépenses
départementales associées**

Tedjani Tarayoun, avec Élisabeth Abassi, Cheikh-Tidiane Diallo, Klara Vinceneux (DREES)

Sexualité

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a évalué à mi-parcours la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, à la demande de la Direction générale de la santé (DGS), avec plusieurs questions évaluatives.

A cet occasion, il a émis des préconisations en vue de la préparation de la 3^{ème} feuille de route de la SNSS.

À l'issue de ses travaux, le HCSP a noté que la stratégie nationale représente un progrès important vers la coordination de politiques publiques nationales concernant la santé sexuelle. Depuis son lancement, de nombreuses mesures ont été prises au sujet de :

- La vaccination ;
- Le dépistage des infections sexuellement transmissibles ;
- L'accès à la contraception et aux préservatifs ;
- L'accès à l'interruption volontaire de grossesse ;
- La promotion de la santé sexuelle des personnes en situation de handicap ;
- La coordination régionale en santé sexuelle.

Cependant, des marges de progression ont été identifiées en ce qui concerne :

- L'information des jeunes et de leurs parents ;
- La formation des professionnels qui les accompagnent ;
- Le développement et l'appropriation des divers canaux de communication, y compris numériques ;
- La recherche vaccinale contre les IST ;
- La contraception masculine ;
- La caractérisation et la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) ;
- L'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité sanitaire.

Par ailleurs, le HCSP note le manque d'un dispositif structuré de suivi/évaluation de la stratégie nationale, tout en constatant que cette difficulté est en passe d'être résolue.

Les recommandations du HCSP s'inscrivent donc en appui aux progrès permis la stratégie nationale et ses feuilles de route, qu'il propose de renforcer et de compléter.

» Le rapport du HCSP est accessible en cliquant sur ce [lien](#), ou sur l'image ci-contre.



Par ailleurs, le HCSP propose plusieurs documents d'appui pour approfondir la lecture de son rapport :

- Son avis du 2 mars 2016 au sujet de la santé sexuelle et reproductive, sur [ce lien](#) ;
- L'article "Regards sur la santé publique d'hier à aujourd'hui", de la revue ADSP (sur [ce lien](#)) ;
- L'agenda 2017-2030 de la stratégie nationale de santé sexuelle, sur [ce lien](#) ;
- L'avis 2025, suivi de recommandations, sur la santé sexuelle des adolescentes, des adolescents et des jeunes adultes à l'ère du numérique de CNS-Santé (sur [ce lien](#)).

Focus

Le Flashed face distortion effect

Il est de coutume, dans les institutions ayant une culture médico-sociale, de proposer aux professionnels d'utiliser un fauteuil roulant manuel durant quelques heures.

Cette démarche, éthique autant que pragmatique, vise à leur permettre d'éprouver dans la réalité de leur corps le quotidien des personnes vivant avec ce type d'équipement. Cela permet d'accroître la compréhension des ressentis de l'autre, afin de favoriser un ajustement des pratiques professionnelles qui lui sont proposées (délicatesse, verbalisation, Etc.).

De la même manière, certains établissements pour personnes âgées proposent des équipements limitatifs à leurs équipes, pour qu'elles réalisent les restrictions parfois considérables à la mobilité que le grand âge peut provoquer.

Dans la même logique, il n'est pas inutile de mettre en place des procédures d'apprentissage relatives au handicap psychique, afin d'aider les professionnels à réaliser, par l'expérience brute elle-même, ce que peuvent éprouver les usagers vivant avec un trouble de nature psychiatrique.

Si ce type d'intervention est essentiel, il peut être difficile de mettre en place une sensibilisation. En effet, le vécu intime d'une maladie psychique est intransmissible. Il renvoie à la subjectivité même, ainsi qu'à l'altérité absolue de la personne que nous accompagnons.

Pour autant, certains ressentis peuvent être provoqués par des stimulus bien particuliers. C'est le cas de ce qu'on nomme le "Flashed face distortion effect".



Un effet neurologique utile pour se sensibiliser

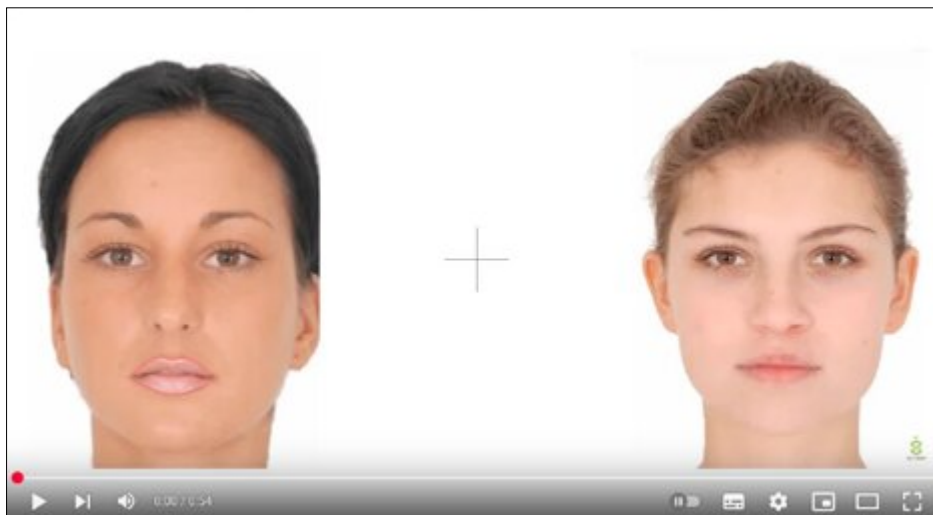
Le FFDE repose sur une illusion d'optique donnant l'impression, à la personne qui le subit, d'observer des visages comportant une forme de monstruosité.

En incitant la personne à fixer une croix au centre d'un film, la succession rapide des visages de part et d'autres de cette croix donne rapidement un sentiment d'inconfort, voire d'étrangeté. En effet, les visages aperçus en vision périphérique semblent se doter d'un caractère monstrueux au fur et à mesure de leur défilement ; caractère disparaissant immédiatement lorsque l'attention du sujet se focalise sur eux.

Cet effet est lié à une fragilité neurologique propre à l'être humain: les visages étant en partie reconnus par des processus cognitifs de comparaison, leur succession rapide ne permet pas au cerveau de s'adapter réellement, provoquant des erreurs d'interprétation, et donc des aspects déroutants et parfois effrayants.

En s'exposant à ce type de stimulus, les professionnels peuvent donc approcher, même imparfaitement, certains ressentis de menace ou d'étrangeté que peuvent vivre les personnes accompagnées, et donc mieux saisir leur angoisse ou leur difficulté de communication lorsqu'elles sont vulnérabilisées par une séquence difficile de leur maladie.

» Un exemple de cet effet est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessous.



Focus

Guide HAS

Expérience patient et savoir expérientiel : deux notions à clarifier pour développer l'engagement ou la participation

La HAS a produit un guide autour de l'expérience patient et du savoir expérientiel, qu'elle introduit en indiquant que *"l'expérience patient et le savoir expérientiel sont deux formes d'expression fondées sur l'expérience. Parfois confondues, ces notions sont souvent utilisées de façon imprécise. La HAS publie une vidéo pédagogique dans le but de clarifier ces notions et d'identifier en quoi la prise en compte de l'expérience patient ou la mobilisation du savoir expérientiel peut renforcer l'engagement des usagers ou de la participation des personnes accompagnées."*

Ce guide est destiné aussi bien aux professionnels qu'aux patients, aux personnes accompagnées et à leurs associations et représentants".

Le guide en question possède plusieurs formes complémentaires.

La vidéo pédagogique

La vidéo proposée dure environ 30 minutes et se compose de quatre parties distinctes:

- Un préambule qui cadre les notions et le périmètre de réflexion ;
- Un développement sur l'expérience patient ;
- Un développement sur le savoir expérientiel ;
- Une conclusion.

Les développements sont construits de façon similaire :

- ◊ Des explications sur ce que recouvre la notion ;
 - ◊ Une exploration de ses apports pour l'engagement des usagers et la participation des personnes accompagnées.
- » La vidéo est consultable sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessous.



Le diaporama

Un diaporama reprend le même contenu que la vidéo. Il peut être utilisé comme support de présentation pour une formation, des réunions de sensibilisation ou pour toute autre communication.

Les commentaires figurent par écrit en dessous des diapositives.

- » Le diaporama est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessus.
- » Une version imprimable, avec les notes présentes directement dans le document, est accessible sur [celui-ci](#).

L'argumentaire

Les personnes souhaitant approfondir le sujet et s'appropriier les fondements scientifiques mis à contribution dans le guide de la HAS peuvent consulter l'argumentaire mis en ligne.

- » Il est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessous.



Focus

Campagne "Qui est le drogué?"

La Fédération Addiction propose un jeu de société spécifiquement pensé pour lutter contre les préjugés en matière de conduites addictives.

Ce jeu est décrit de la manière suivante sur les pages de son site internet:

"Ce jeudi 26 juin, à l'occasion de la journée internationale "Support. Don't punish", dédiée à la promotion de politiques des drogues fondées sur la santé et les droits humains, Orès France signe pour la Fédération Addiction une campagne qui casse les clichés et ouvre le dialogue.

Dans une société où la consommation de drogues reste souvent cantonnée à des stéréotypes sociaux et économiques, la campagne "Qui est le drogué ?" repose sur un constat fort : l'usage n'a pas de visage. Il traverse les âges, les milieux, les situations. Loin d'une vision binaire ou moralisatrice, la campagne invite à considérer les consommateur·trice·s non comme des coupables ou des malades, mais comme ce qu'ils-elles sont : des individus lambda, bien souvent sans histoire particulière.

Pour briser ces représentations figées et libérer la parole, la Fédération Addiction et Orès France ont détourné un célèbre jeu de société, renommé pour l'occasion : "Qui est le drogué ?".

Chaque joueur·se doit deviner le personnage de l'autre, jusqu'à poser la question fatidique : "Le personnage sur ta carte est-il drogué ?".

Et quand la réponse tombe, elle bouleverse : tous les personnages du jeu le sont. Chaque carte cache une histoire à découvrir dans le Livret des Histoires, un recueil de récits inspirés de vécus réels. C'est alors ici que le jeu s'arrête. Et que la prise de conscience commence.

Aujourd'hui en France, plus de 21 millions de personnes ont déjà expérimenté une drogue illicite au cours de leur vie. Et la quasi-totalité (95%) a déjà consommé de l'alcool au moins une fois dans sa vie. Une drogue licite – mais une drogue quand même. Pourtant, beaucoup estiment encore que la consommation de drogues ne les concerne pas personnellement. Un décalage criant. Un tabou tenace.

La campagne s'incarne à travers un dispositif d'influence : des médias et des personnalités, comme @pastelmedia_, @drgood_officiel, @anaiswerestchack, qui recevront le



jeu et ses histoires pour mieux faire entendre ces voix trop souvent réduites au silence au sein du débat public.

La consommation de drogues nous concerne tous·tes, nous la côtoyons chaque jour. Parce qu'elle est là où il y a de la vie, des émotions, des rencontres. Et qu'il est grand temps de la regarder autrement."

- » La page de présentation du jeu est accessible en suivant [ce lien](#) ;
- » Le livret des histoires l'est en suivant [celui-ci](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessous.



TRAVAILLEUSE

BAVARDE

LUNA

Luna, 21 ans, vit à Montpellier. Née en France, ses parents sont originaires du Vietnam. Ils ont toujours voulu qu'elle réussisse, qu'elle s'accroche malgré ses difficultés. La concentration ? Son plus grand combat. Mais, elle bosse dur. Fac de droit. Ça la passionne. Toutefois, les révisions sont compliquées. Elle n'arrive pas à se poser plus de dix minutes pour étudier.

Un soir, une soirée comme une autre. Ses potes sortent de la cocaine. Ils en prennent souvent. Elle, jamais tentée.

Mais ce soir-là, elle dit oui. Et ce qu'elle ressent n'a rien à voir avec ce qu'elle imaginait : pas de montée, pas d'euphorie.

Elle cherche à comprendre. Se renseigne. Tombe sur des forums, des études. Une piste ? Le TDAH.

ELLE CHERCHE À COMPRENDRE.

21 ans



EX-DÉTENUE

TENACE

49 ans

NORA

Nora, 49 ans. Sortie de prison il y a quelques mois. L'errance, elle connaît. Les foyers, la rue, les collules. Grandir dans la violence, fuir dans l'alcool et le cannabis, plonger dans l'héro à 23 ans. Et après ? Les vols, les combines, les condamnations. La prison à 30 ans.

Là-bas, la drogue circule. Difficile à trouver, chère, coupée avec tout et n'importe quoi. Les seringues se partagent, les infections s'enchaînent. À sa sortie, l'addiction est toujours là.

Première injection, première surdose. Une amie a de la naloxone - un antidote aux surdoses d'opioïdes. Ça la sauve.

Elle est prise en charge dans un CSAPA : un centre de soins spécialisé. Traitement de substitution, suivi médical. Les jours sans conso passent. Parfois difficiles, parfois supportables.

À SA SORTIE, L'ADDICTION EST TOUJOURS LÀ.





Focus

Les tiers-lieux

Le 23 janvier 2025, la journée mondiale des solitudes a permis de focaliser l'attention sur le rapport "[Solitudes 2024](#)" de la Fondation de France (voir bulletin précédent).

Ce rapport mettait en lumière une situation inédite en France : 12% de Français se trouvent en situation d'isolement relationnel, c'est-à-dire sans aucun réseau de sociabilité. Chez les jeunes actifs âgés de 25 à 39 ans, c'est plus d'une personne sur trois qui déclare se sentir "particulièrement seule".

Face à cette épidémie de solitude, les tiers-lieux émergent depuis quelques années.

L'origine de cette terminologie provient des travaux du sociologue **Ray Oldenburg**, qui fait référence aux lieux citadins hybrides autres que ceux du domicile et du travail, considérés comme essentiels à la socialisation urbaine.

D'autres auteurs se sont saisis de cette notion. À titre d'illustration, **Kemdji** cite dans son ouvrage "[Espaces de travail](#)" les "cafés, coffee shops, librairies, bars, salons de coiffure et autres supports au cœur de la communauté"

Petit à petit, le concept de tiers-lieux a évolué vers la désignation d'espaces donnant une place plus importante à l'informel sous toutes ses formes (liens sociaux, attention) et aux échanges sociaux. Leur idée maîtresse est devenue celle d'une possibilité de se mélanger avec des personnes qui ne travaillent pas dans le même lieu ni n'investissent les mêmes espaces habituels.

Le Ministère des territoires et collectivités en a d'ailleurs récemment proposé une définition courte au travers d'une vidéo dédiée. Elle est accessible en cliquant sur l'image ci-dessous.



Les tiers-lieux apparaissent en France en 2008 dans les grandes villes et se déploient depuis, de manière progressive, dans les villes moyennes et petites,. Cette évolution est rendue possible par la vigueur des initiatives associatives ou privées, ainsi que par le soutien des pouvoirs publics.

Grâce à cela, en 2024, plus de 3.500 lieux sont comptabilisés en France, dont 60 % en dehors des métropoles et un tiers en milieu rural.



Raphaël Besson, dans son article intitulé "[Rôle et limites des tiers-lieux dans la fabrique des villes contemporaines](#)" donne une définition étendue du concept de tiers-lieux :

Il considère qu'un tiers-lieu "se réfère à un espace ouvert, hybride. Il facilite la rencontre entre des acteurs hétérogènes et la mutualisation de ressources au service de projets individuels et collectifs. Il en ressort qu'il est à la fois un espace physique dédié au travail et aux activités collectives, mais aussi un espace social d'échanges".

Il détermine ensuite six grandes familles de tiers-lieux :

- Tiers-lieux d'activités : lieux relevant des espaces de coworking et lieux de travail, de collaboration et de communauté ;
- Tiers-lieux d'innovation : lieux cherchant à démocratiser les procédés d'innovation par la mise à disposition du matériel et le partage d'expériences, tels les fab labs et les livinglabs ;
- Tiers-lieux culturels : lieux promouvant une culture de l'expérimentation, de la mise en scène et de la coproduction des savoirs et des cultures ;
- Tiers-lieux sociaux et solidaires : lieux structurés autour de la promotion de la participation citoyenne, de la transition démocratique et de l'économie sociale et solidaire ;
- Tiers-lieux de service et d'innovation publique : lieux mis en place à l'initiative des collectivités pour redynamiser certains territoires éloignés des grands centres urbains, et les réinvestir lorsque les services publics et commerces sont partis.

Il est intéressant de noter que, selon 75 % des élus locaux, les tiers-lieux luttent essentiellement contre l'isolement et promeuvent le lien social, ce qui tend à montrer que la plupart de ces endroits relèvent de la catégorie "sociale et solidaire".

L'intérêt des tiers-lieux en matière de santé

Un des grands enseignements des études Solitudes de la Fondation de France est de montrer que la solitude tue plus que le tabac ou l'alcool sur le territoire national.

Des études étrangères, notamment aux Etats-Unis, la mettent également en cause, en tant que facteur de mortalité supérieur à la pollution de l'air et à l'obésité.

Ainsi, un tiers-lieu n'est pas uniquement un espace de



résolution pour le lien social dispersé ou éclaté: c'est également un outil de santé publique au bénéfice d'une partie de plus en plus considérable de la population.

Si la solitude n'est pas une maladie que l'on subit, elle demeure le produit délétère d'une évolution de nos sociétés contemporaines. Ces dernières accordent moins de valeur aux liens sociaux et à la santé qu'ils nous procurent.

Dans ce contexte, les "théories du care" pointent le fait que nous ne reconnaissons pas suffisamment notre interdépendance avec autrui. Aussi pour lutter contre l'épidémie de solitude en cours, nous avons besoin de développer une "société du care" où nous acceptons nos vulnérabilités.

Les tiers-lieux peuvent assurément jouer un rôle dans le développement de ce type de société favorable à la santé somatique autant que psychique.

- » Le rapport Solitudes 2024 de la FDF est accessible sur [ce lien](#) ou en cliquant sur l'image de la page précédente ;
- » Le baromètre "Elus locaux et Tiers-lieux 2024" l'est sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image précédente.
- » Pour aller plus loin sur les impacts de la solitude, le rapport du Credoc de 2020 est une ressource intéressante. Elle est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessus.

En termes d'appui méthodologique à l'instauration d'un tiers-lieu, il est à noter que la **CNSA** a récemment produit un ensemble de kits visant à soutenir les organisateurs.

Le tout est présenté de la manière suivante sur le site de la CNSA:

"Issue du travail de centralisation de ressources de la Coopérative Tiers-Lieux, cette boîte à outils contient de nombreux documents de type administratif, conventionnement, pilotage économique, dynamiques de coopération, fonctionnement et interfaces. Elle s'est enrichie des documents transmis par les EHPAD lauréats de l'appel à projets de la CNSA. Ces documents sont librement diffusables, modifiables et utilisables, ils participent au transfert d'expériences et à la mutualisation des vos pratiques. Elle est structurée par items permettant de donner accès à des documents ressources qui nous l'espérons vous seront utiles dans le montage de vos projets.

N'hésitez pas à partager vos ressources auprès de la CNSA et de la Coopérative Tiers-Lieux pour continuer à alimenter la dynamique !"

Ces kits sont scindés en plusieurs catégories:

Animation

L'animation est au cœur des tiers lieux, vous trouverez dans cette rubrique des ressources pour penser la participation des publics, l'animation de café comme lieu de convivialité, mais aussi sur la programmation et l'événementiel qui participent de la vitalité du lieu.

» Le kit est téléchargeable sur [ce lien](#).

Communication

Et si on cherchait le bon ton, les bons mots, la bonne identité visuelle qui corresponde pleinement à l'identité de votre projet ? Ici des exemples de formes de communication comme des plaquettes, des tracts, des affiches mais aussi des communiqués de presse, des articles et même des reportages vidéos et gazettes. De quoi se mettre au travail !

» Le kit est téléchargeable sur [ce lien](#) ;

» La présentation l'est sur [celui-ci](#) (V1) ou [celui-là](#) (V2)



Coopération

Collaborer ce sont de multiples formats de rencontres, de réflexion, de contractualisation. Ici nous avons compilé des projets coopératifs et des formats de conventions susceptibles de vous inspirer et de nourrir et de structurer les échanges avec vos partenaires.

» Le kit est téléchargeable sur [ce lien](#).

Culture

Dans cette rubrique vous pourrez vous alimenter à la fois du côté de la création de projets culturels et artistiques avec de nombreux exemples à découvrir. Puisqu'un tiers lieu ce n'est pas qu'un espace ni une image, c'est vraiment une culture commune que ces documents permettront de nourrir. Cette rubrique ouvre aussi sur des pratiques culturelles fortes comme les rites funéraires ou l'alimentation.

- » [Conception de projets culturels](#) ;
- » [Tiers-lieux culturels](#) ;
- » [Tiers-lieux nourriciers](#) ;
- » [Volonté funéraire](#) ;
- » [Résidence d'artiste](#) ;
- » [Exemples de projets culturels](#).

Espaces partagés

Puisque le partage est au cœur mais suscite parfois des frictions, il est important de réfléchir aux règles du jeu. Ici chartes, affichages, règlements, permettent de savoir de se positionner dans ce qu'il est possible ou pas de faire et d'élaborer ses propres règles du jeu !

» Le kit est téléchargeable sur [ce lien](#).

Gestion de projet

Le montage d'un tiers lieu est un processus qui demande une équipe, des compétences et de la technicité. Ici éclairage sur le financement, l'accès au foncier, les ressources humaines, mais aussi les droits des usagers et l'évaluation.

- » Le kit "volet financier" est téléchargeable sur [ce lien](#) ;
- » Le kit "volet foncier" l'est sur [celui-ci](#) ;
- » Le kit "Maîtrise d'usage et impact social" l'est [ici](#) ;
- » Le kit "RH et formation" l'est [là](#).

Grand focus

"Refus de soin" ou "renonciation au soin" ?

Enjeux éthiques en institution médico-sociale accueillant des personnes marginalisées

Introduction

Dans le champ médico-social, les mots ne sont jamais des entités neutres. Ils orientent les représentations, conditionnent les pratiques et influencent les attitudes. D'une certaine manière, ils constituent les reflets discursifs des intentions, et viennent donc dire quelque chose du "souci éthique", au sens que Ricoeur donnait à ce terme¹.

Parmi les expressions fréquemment utilisées figure celle du "refus de soin". Elle désigne habituellement un comportement de rejet d'une proposition de soin ou d'accompagnement, soit de la part du professionnel (qui refuse de prodiguer ses soins à la personne qui le sollicite), soit de la personne concernée (qui décline donc la proposition qui lui est adressée).

A notre sens, l'usage indifférencié de ce terme mérite d'être interrogé. Ne serait-il pas plus fécond et plus juste de parler davantage de "renonciation au soin" lorsque c'est la personne concernée qui en est à l'origine ? Ce glissement sémantique peut sembler mineur en apparence, mais révèle en réalité de profondes différences dans la conception de la relation à l'autre, de la subjectivité et de l'éthique de l'accompagnement.

Dans cette optique, nous nous sommes proposés, au sein de ce focus, d'explorer les différences entre ces deux termes, afin de montrer ce qu'une réflexion sur leurs enjeux peut apporter à la pratique professionnelle et institutionnelle auprès des personnes en situation de marginalité.

Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur les apports de la psychologie, de la philosophie et, de manière générale, de la pratique clinique de terrain. Toutefois, avant d'aborder ces multiples dimensions, il nous semble important de proposer en premier lieu une brève présentation étymologique de ces deux termes. Nous verrons, en effet, qu'ils reposent sur des soubassements de sens clairement distincts.

¹ Le « souci » est une manière, pour Ricoeur, de désigner les trois moments de la visée éthique : le souci de soi (l'estime de soi), le souci de l'autre (la sollicitude) et le souci de l'institution (la justice). Voir à ce propos : Ricoeur, P., *Soi-même comme un autre*, Paris : Seuil, 1990.



L'étymologie : des origines différentes, des sens divergents

Le mot "refus" provient du latin "*refusare*", dérivé du croisement de "*refutare*" ("repousser") et de "*recusare*" ("récuser"). Son sens général comporte l'idée de repousser, d'annuler quelque chose. Ainsi, il implique un acte volontaire de rejet, c'est-à-dire une résistance manifeste.

En conséquence, il est souvent associé à une tension, voire un conflit entre l'être qui propose ou demande, et celui qui choisit de ne pas accepter ce qui est proposé ou demandé.

Pour sa part, le mot "renonciation" puise ses origines dans le latin "*renuntiatio*" ("déclarer, annoncer en retour"), lui-même dérivé de "*renuntiare*", qui prend le sens de "déclarer le retrait d'une chose, renvoyer". La renonciation renvoie donc à un processus plus intérieur, moins conflictuel, qui évoque le retrait de la personne face à une situation qu'elle pourrait vivre.

Moins qu'une tension ou un conflit, elle prend plus fréquemment la forme d'un silence ou d'une absence plutôt que d'une affirmation, d'un retrait plutôt qu'un rejet, et n'a donc pas tout à fait la même signification qu'une opposition.

Nous voyons ici que les origines étymologiques éclairent déjà quelque chose d'important :

- **Le refus est un acte délibéré d'une personne mettant en œuvre une résistance face à la volonté d'une autre.**
- **La renonciation est davantage un acte intime, mettant en œuvre un abandon situé dans le psychisme de celui qui l'exprime.**

Cette distinction se retrouve d'ailleurs assez explicitement dans les institutions, comme nous le présentons en *infra*.

Le "refus de soin" : une lecture conflictuelle de l'acte

Le modèle biomédical actuel, dont l'enracinement idéologique dans le monde médico-social est flagrant depuis plusieurs années, tend à valoriser l'adhésion du patient aux protocoles de soin. Dans ce contexte, le refus est alors vécu comme un obstacle à surmonter plutôt que comme quelque chose à comprendre en tant que tel. Cela conduit parfois à une pathologisation du comportement de la personne, réduisant sa parole et sa volonté à quelque chose qu'il faut maîtriser, infléchir, voire, dans certains cas, invalider¹ ou soumettre.

Ce positionnement peut induire une logique de confrontation : le professionnel face au patient, le savoir raisonnable et objectif face à l'entêtement obstiné... au final : la norme face à la déviance.

Même si ce regard n'est pas dénué d'intérêt dans certaines situations bien spécifiques (notamment le danger immédiat ou encore le soin devant se dérouler sous contrainte faute de discernement), il présente, en pratique quotidienne, des limites importantes à penser.

En premier lieu, la question de la norme se pose : de quoi est-elle véritablement le nom ?

S'agit-il d'une norme médicale, c'est-à-dire d'une technocratie du savoir venant affirmer que l'expertise du professionnel dépasse en légitimité le savoir expérientiel de celui dont il veut commander le choix ?

Est-il plutôt (ou également) question d'une norme politique, et donc d'un biopouvoir venant mettre en application une gouvernance sur les corps, légitimée par les rôles sociaux de l'un et de l'autre ?²

Cette norme semble donc entrer en contradiction avec des logiques contemporaines essentielles dans le secteur médico-social. En premier, celles de l'autodétermination et du pouvoir d'agir. En second, celle des logiques d'éducation thérapeutique pensées pour susciter la compréhension et non pour produire de l'obéissance ou de la soumission.

En second lieu, il nous faut nous interroger sur la dimension coercitive, notamment dans ses effets sur l'alliance thérapeutique. Quelle collaboration peut réellement s'établir dans un rapport teinté d'une telle asymétrie dans la prise de décision ?

1 Notamment lorsqu'elle présente des troubles cognitifs ou un handicap intellectuel.

2 Voir à ce propos Foucault, M. (1976), *La volonté de savoir*, Paris : Gallimard, 1994.

Cela ne risque-t-il pas, de manière contradictoire, de susciter une résistance plus grande encore à ce qui est proposé, notamment par la stimulation d'une certaine forme de désir de reconnaissance (au sens hégélien du terme³) ou d'une réactance plus ou moins consciente⁴ ? Il est donc clair que la terminologie de "refus de soin", lorsqu'elle désigne l'acte de rejet d'une personne vis-à-vis de la proposition de soin, comporte beaucoup de fragilités, tant sur le registre idéologique que dans ses effets concrets sur la pratique professionnelle et institutionnelle.

Pour cette raison, la notion de "renonciation" semble être une alternative pertinente.

La "renonciation au soin" : une approche phénoménologique du sujet

Le terme de "renonciation au soin" invite à un autre regard, une autre posture. **Il ne postule pas nécessairement un rejet volontaire ou une opposition à l'autre, mais suggère plutôt la désignation d'une situation dans laquelle le soin ne peut être investi ou accueilli.**

Cette perspective résonne avec l'approche phénoménologique, notamment sous la plume d'Husserl et de Merleau-Ponty, pour qui toute expérience vécue est ancrée dans une intentionnalité et une subjectivité incarnée. En considérant que l'autre *renonce*, nous abordons ces strates de sens, différentes de celles accessibles en pensant qu'il se contente de *refuser*.

En effet, renoncer au soin, c'est parfois choisir, mais c'est aussi, souvent, être empêché. Que ce soit par la peur, la méfiance, la honte ou encore la perte de sens, la renonciation devient alors plus que le signe d'une opposition : elle prend la forme d'un indice de souffrance existentielle, un signal faible d'une détresse face à l'obstacle. Il s'agit alors de l'écouter et de la comprendre plutôt que de la combattre.

C'est d'ailleurs la position de Ricoeur, qui affirme avec son éthique de la sollicitude que le soin véritable commence par la reconnaissance de l'autre comme un sujet porteur de sens et de volonté propre.

3 Ce sujet avait déjà été abordé dans un de nos précédents écrits : voir Bembien, L., "Comportement problème ou désir de reconnaissance ?", dans *Les Cahiers de l'Actif*, n°564-567, 2023.

4 La réactance est un mécanisme de défense psychologique prenant la forme d'une réaction émotionnelle négative du sujet qui tente de maintenir sa liberté d'action face à ce qu'il perçoit comme une menace sur cette dernière. Voir à ce propos Brehm, S., "Psychological reactance and the attractiveness of unobtainable objects : sex differences in children's responses to an elimination of freedom", *Sex Roles*, vol. 7, n°9, 1981, pp. 937-949.



Parler de renonciation, c'est donc aussi maintenir ce cadre éthique faisant du professionnel non pas un maître à penser ou un rééducateur socio-sanitaire mais bien un témoin et un partenaire d'une histoire singulière qui est à saisir et non à dominer.

Cette histoire singulière, lorsqu'elle concerne des personnes en situation de marginalité, se teinte d'ailleurs de particularités qu'il importe de pouvoir penser et prendre en compte.

*Penser la renonciation
dans un contexte de marginalisation :
prendre en compte la désaffiliation*

La question du soin prend une dimension singulièrement complexe lorsqu'elle concerne des personnes en situation de grande précarité, de marginalité ou d'errance.

Dans ces contextes, l'usage du terme "refus de soin" est non seulement réducteur, mais aussi potentiellement violent. Il occulte en effet les conséquences des logiques de survie, d'effacement de soi, ou encore de repli protecteur qui s'exprime dans le silence ou l'indifférence apparente ; ensemble de phénomènes et de processus que Furtos nomme "souffrance psychosociale"¹.

Cette souffrance s'enracine dans une fracture du lien social, une atteinte au sentiment d'appartenance, une difficulté à se reconnaître dans les normes dominantes de la société.

Dans ces vécus particuliers, la personne n'est pas simplement en rupture avec les institutions ou les soins : elle est surtout en rupture avec elle-même en raison des processus de désaffiliation et de désubjectivation.

C'est précisément cette désaffiliation, en tant qu'effet de contexte, que permet de penser le terme de "renoncement".

En dépassant la figure de l'opposition volontaire, il est possible de comprendre qu'il ne s'agit pas de refuser le soin mais bien d'en être radicalement éloigné, de ne plus s'en sentir digne, de ne plus y avoir accès car il n'est plus possible d'accéder à soi-même en tant que sujet.

En toile fond, il est finalement question de nommer le phénomène de honte sociale, de non-connaissance des droits, ou encore la suradaptation à l'exclusion générant un "non-recours involontaire" plutôt qu'un refus délibéré².

L'accompagnement des personnes aux prises avec cette extrême violence exige alors des professionnels une redéfinition de ce que signifie véritablement le soin. En le pensant non pas comme un acte technique sur le corps mais plutôt comme une "hospitalité" proposée au sujet, il est possible d'en faire un accueil de la vulnérabilité et de l'altérité, au sein d'un regard débarrassé de la conditionnalité de l'accord.

Parler de "renonciation" plutôt que de "refus", est donc un acte éthique car il soutient une posture de non-jugement, d'écoute patiente et d'élaboration progressive d'une reprise de contact avec une frange de possibilités qui était devenue étrangère ou inaccessible.

Cette posture est celle d'un accompagnement de la personne dans un rapport plus conscient avec elle-même. L'action sur ce rapport, Foucault l'appelle d'ailleurs "le travail sur les pratiques de liberté" dans ses développements au sujet de l'éthique de soi : il s'agit d'aider l'autre, même dans ses renoncements, à se sentir auteur de ses actes dans une perspective de "soin de soi", avant d'être l'objet du soin d'un tiers.

Cette perspective rejoint également celle de Merleau-Ponty, pour qui le corps est le lieu de l'expérience du monde. Les renoncements ne sont pas des actes destructeurs mais plutôt des tentatives à comprendre de ressaisissement d'une présence à soi, d'une production de sens là où la désaffiliation a pu progressivement détruire toute inscription symbolique.

Dans les institutions médico-sociales accueillant des personnes issues de la marginalité, il est donc question de créer une pratique institutionnelle "compréhensive du non-recours", plutôt que "combattante de la non-acceptation". Cela implique:

¹ Furtos, J., "Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale", *Empan*, n°98, Toulouse : Erès, 2015.

² Voir à ce sujet Jacques, P., "Souffrance psychique et souffrance sociale", *Pensée plurielle*, n°8, 2024.

- D'accueillir le silence ou le retrait comme des formes propres d'expression ;
- D'analyser les dimensions sociales, culturelles et biographiques des renoncements, et non seulement leurs effets sur la dimension médicale ou la légitimité du maintien en structure ;
- De co-construire avec la personne un cadre sécurisant qui rend le soin possible à son rythme, et non imposé au rythme de l'institution ou des protocoles médicaux qu'elle déploie.

Cette approche repose donc sur des appuis multiples et qui ne se limitent pas aux sciences médicales : la sociologie (notamment les travaux dirigés par Bourdieu¹), la psychologie narrative (par exemple avec White et Epston², ou même Rogers³), la philosophie (par exemple les conceptions éthiques de Ricoeur ou l'approche expérientielle de Merleau-Ponty⁴)... tout ceci vient nourrir une pratique institutionnelle riche et humaniste, qui se propose de redonner du sens aux récits de vie et aux choix ou absences de choix qu'ils dévoilent.

En finalité, il est question, par le choix du renoncement et non du refus, de faire du soin une possibilité et non une prescription.

Exemples institutionnels

Du refus à la renonciation

le temps de l'institution et le temps du sujet

Bruno usager d'un service médico-social, ne se rend pas à ses consultations médicales de ville, qu'il avait pourtant lui-même demandées à l'équipe soignante de l'institution qui l'accueille.

Après plusieurs rendez-vous non honorés, le praticien a signalé à l'équipe qu'il envisageait de ne plus accepter de prise de rendez-vous afin de ne pas condamner des plages horaires pour quelqu'un qui ne vient pas, à plus forte raison que sa spécialité médicale est aussi rare que sollicitée.

L'institution, de son côté, est dans le doute quant au maintien du contrat de séjour de cette personne. Le soin constitue une partie du motif d'accompagnement. Le fait de ne pas s'inscrire dans un parcours sanitaire compromet donc la légitimité de sa présence.

Dans ce cadre, le terme « refus de soin » est apposé dans son dossier institutionnel et les relations se tendent avec l'équipe à chaque consultation manquée.

Lorsque Bruno est interrogé sur son attitude, il développe plusieurs versions pour justifier de ses absences. Aucune d'entre elles ne semble véritablement crédible car les arguments sont fragiles et paraissent improvisés les uns après les autres durant l'échange.

Après négociation avec le professionnel libéral, une ultime prise de rendez-vous est acceptée. L'enjeu est important : au-delà des risques médicaux d'une absence de prise en charge, le praticien a été limpide sur la dimension de « dernière chance » de cette consultation.

Par chance, l'équipe soignante a recruté récemment un nouveau professionnel. Ce dernier connaît Bruno depuis plusieurs années et s'est porté à sa rencontre pour essayer de comprendre ce qui se déroulait en lui. C'est grâce à cela qu'il a pu s'ouvrir quelque peu : il souhaite effectivement bénéficier de cette prise en charge car il en comprend l'importance pour sa santé, mais il éprouve aussi une terrible peur. En effet, Bruno a une situation administrative fragile sur le territoire français, et il craint une arrestation pouvant éventuellement mener à une expulsion. Elle est très improbable car sa situation n'empêche pas le maintien sur le territoire français, mais l'irrationnalité de son émotion le rend inaccessible aux arguments logiques.

Dans ce cadre, Bruno s'est rendu compte que le cabinet médical est situé à distance de la structure et suppose un trajet en bus passant devant le commissariat principal de la ville.

En réalité, il n'était donc pas dans le refus de soin mais bien dans un renoncement au bénéfice d'un intérêt supérieur : terrifié à l'idée d'être arrêté, Bruno préférerait mettre sa santé en péril plutôt que de revivre les épreuves de son parcours d'errance antérieur.

1 Bourdieu, P. (dir.) (1993), *La misère du monde*, Paris : Points, 2015.

2 White, M. & Epston, D., *Narrative means to therapeutic ends*, New-York : Norton, 1990.

3 Rogers, C., *On becoming a person*, London : Robinson, 1977.

4 Merleau-Ponty, M. (1945), *Phénoménologie de la perception*, Paris : Galilée, coll. "Tel", 2005.

Après négociation et proposition de l'équipe, une stratégie a été trouvée : Bruno sera accompagné non pas d'un aide-soignant pour cette consultation mais de l'assistant de service social de l'équipe, muni de son contrat de séjour institutionnel et d'une attestation de domiciliation. Par ailleurs, ils n'iront pas en bus comme cela était prévu à l'origine, mais en voiture pour se garer devant le cabinet et limiter le temps sur la voie publique.

Grâce à cette mise en place, Bruno a finalement pu être pris en charge de manière adéquate, ainsi que rester dans l'institution d'accueil pour y poursuivre ses soins.



Cet exemple nous semble montrer trois choses importantes :

D'une part, il est essentiel d'explorer les comportements des personnes à l'aune de leur situation singulière. Dans le contexte d'existence de Bruno, c'est bien sa situation sociale et administrative qui se répercutait sur le soin, provoquant non pas un refus mais une renonciation avec la peur comme principal empêchement. Sans prise en compte de cette spécificité, c'est-à-dire dans une logique de réduction à son seul rôle de patient "non adhérent", il n'aurait pas été possible de comprendre réellement ce qui se déroulait.

D'autre part, la question du temps doit être pensée. Les contraintes de plus en plus importantes sur le système de santé compriment le temps disponible des médecins, et donc la marge décisionnelle des personnes qui les consultent. Or, nous voyons ici qu'il a fallu plusieurs rendez-vous annulés pour saisir la problématique en jeu, mais surtout plusieurs années pour qu'un professionnel établisse un lien de confiance suffisant pour que la personne se confie à lui et que des solutions puissent être construites. Sans cette arrivée providentielle sur le service, il y a fort à parier que Bruno aurait été évincé de l'institution et renvoyé vers le mode de vie d'errance qu'il essayait précisément d'éviter.

Enfin, la question de la violence ne peut être écartée. Celle de la situation administrative d'une personne qui en vient à mettre sa vie en jeu pour fuir la police, mais aussi celle d'une institution qui envisage de créer de la rupture alors même que c'est bien cette dernière qui a traumatisé Bruno durant son parcours d'errance.

Le terme "refus de soin" a donc ici fait courir le risque de passer à côté d'une situation dramatique, par centration sur une réalité médicale qui n'était pas absolument le sujet à analyser et à traiter.

La conflictualité que contiennent ces mots, et la manière dont ils peuvent faire penser que l'acte désigné est un choix libre, engendrent des tensions pouvant produire elles-mêmes des impensés et des "insaisis".

En comprenant que ce refus était en réalité une renonciation, l'analyse est différente, plus sereine et à la fois plus humaine. Le fait qu'une partie de la solution repose justement sur la présence d'un travailleur social à une consultation médicale montre bien toute la souplesse et la pluridisciplinarité nécessaires à la gestion d'une situation qui ne se limitait pas au sujet sanitaire qui créait une friction entre les professionnels et l'utilisateur.

Une seconde vignette montrera d'ailleurs que cette question du sens et cette inscription dans le parcours de vie souvent traumatique des personnes issues de la marginalité sont des enjeux majeurs en institution.

L'accompagnement médico-social de la renonciation : une écoute autant qu'une action

Marc vit dans une institution médico-sociale depuis plusieurs années à présent. Psychiquement fragile, il présente des moments de difficulté et de rétablissement par intermittence, avec en toile de fond le vécu complexe d'hallucinations acoustico-verbales.

Lors d'un épisode particulièrement sévère de décompensation, Marc reçoit la proposition de se rendre aux urgences psychiatriques de la ville afin de trouver de l'aide et du soulagement. Il décline alors la proposition avec véhémence, en affirmant qu'il y sera maltraité.

Malgré les réassurances de l'équipe, Marc reste ferme dans son choix. Cependant, sa situation se dégrade de jour en jour et sa souffrance est de plus en plus manifeste. La question de sa sécurité, mais aussi de celle des autres en cas de trouble délirant, se pose avec force au niveau de l'institution.

Un professionnel parvient à établir un dialogue un peu plus apaisé avec lui. Durant cette discussion, Marc explique que la dernière fois qu'il s'est rendu aux urgences, il avait été très mal accueilli, ce qui avait provoqué une explosion de violence chez lui. Il s'était alors retrouvé plaqué au sol par des professionnels et hospitalisé contre son gré. C'est cet événement précis qui provoque sa réticence actuelle à y retourner.

Après cet échange, une autre proposition lui est faite : appeler le centre médico-psychologique où il se rend périodiquement pour essayer d'avancer la date du prochain rendez-vous. Marc n'associant pas de vécus pénibles à ce lieu, il accepte le principe et un appel est passé dans l'immédiat au CMP pour expliquer la situation.

Durant cet appel, l'interlocuteur propose à Marc de se rendre aux urgences. Son insistance provoque la véhémence de l'usager, jusqu'à risquer la rupture de contact. Le professionnel présent prend alors le téléphone et explique à l'interlocuteur que Marc est très marqué par son dernier passage et que c'est la raison pour laquelle il est énervé actuellement. La conversation parvient alors à perdre un peu en tension, et finalement un accord est trouvé pour que le prochain rendez-vous de Marc soit avancé d'une semaine, avec accompagnement du professionnel afin de ne pas le laisser seul avec ses émotions.

Cet exemple nous semble illustrer deux points essentiels, sur deux temporalités différentes.

La pensée d'un refus a créé une situation de tension à deux reprises : de prime abord avec l'équipe, puis avec l'interlocuteur du CMP. L'insistance a alors pris la forme d'un signal d'impasse : soit Marc accepte, soit il refuse, ce qui ne pouvait qu'accroître son mal-être.

L'échange avec le professionnel a humanisé la situation: il ne s'agissait pas de le convaincre de se rendre aux urgences mais bien de comprendre pourquoi il ne le souhaitait pas. Ainsi, au lieu de montrer de la force pour essayer de conserver sa liberté, Marc a pu s'autoriser à dévoiler de la vulnérabilité.

Cela rejoint un principe éthique fondamental : la parole ne se libère jamais, elle se déplace plutôt là où elle est autorisée. C'est le sens de l'action du professionnel : au lieu de verrouiller les choses en imposant à Marc une parole en "oui" ou en "non" (c'est-à-dire en acceptation ou en refus), il a créé un espace intersubjectif dans lequel un sens plus complexe a pu émerger. Du couple refus/accord, le contexte d'interaction a pu devenir non pas un lieu binaire mais un espace tridimensionnel où l'existence de l'autre pouvait se déployer autrement.

Le "Je" de Marc et le "Tu" qu'il adressait au professionnel se sont articulés avec un "Il", en l'occurrence le passé de Marc qui venait expliquer les choses et non les justifier. Cela n'était possible que parce que le professionnel ne négociait pas avec lui pour obtenir un accord : il offrait du temps et de l'écoute pour comprendre le désaccord, ce qui est fondamentalement différent au niveau éthique et relationnel.

La seconde temporalité est celle de l'appel lui-même : Marc a reproduit très exactement ce qu'il craignait. Face à un accueil de sa parole qu'il estimait inadapté, il a perdu sa contenance et a couru le risque d'une rupture totale de communication, éventuellement à la source d'un envoi d'ambulance.

C'est dans cet espace empli d'un risque de reproduction que la parole du professionnel a pu agir. Dans une dimension quasiment testimoniale, il n'a pas remplacé les mots ou les vécus de Marc : il les a transmis à l'interlocuteur à un moment où l'usager n'était pas en mesure de le faire lui-même.

C'est un des sens profonds de la pensée de la renonciation: elle n'est pas simplement l'occasion de comprendre. Elle permet aussi d'agir d'une manière adaptée parce que les enjeux ont été compris, non pas pour écraser la pensée de l'autre mais plutôt pour qu'elle soit recon nue et elle-même agissante dans le déroulé des choses.

Il est d'ailleurs très intéressant de constater que Marc a vécu quelque chose d'assez similaire à Bruno : face aux conséquences de la désaffiliation et de la perte de confiance, ils ont tous deux agi de sorte à provoquer très précisément ce qu'ils craignaient. Bruno a couru le risque d'une rupture institutionnelle recréant les conditions de l'errance, et Marc était en passe de subir les soins plutôt que de les choisir en raison de la déstabilisation émotionnelle.

Dans ces deux situations, l'empêchement n'était pas la volonté ou le choix : c'était la peur qui compromettait la volonté et qui limitait drastiquement les options potentielles.

C'est peut-être la dimension la plus importante lorsqu'il est question d'accompagner les personnes en situation de marginalité : au-delà de la singularité de chaque parcours, la peur est une force écrasante dont nous retrouvons systématiquement une ou plusieurs formes. Dans ce contexte, il est d'autant plus important de ne pas envisager le non-recours comme un "refus", car c'est ajouter de la violence à la violence. En effet, la première violence est celle infligée par la marginalité elle-même, avec son lot de désubjection et de perte de soi ; la seconde ne doit pas être celle d'un espace où l'affirmation de soi est à nouveau détruite par un regard soignant qui vient nier le passé et mettre en cause l'unique responsabilité de la personne dans la compromission de son avenir.

C'est à cela que peut servir le terme de "renonciation" : aider à penser que la personne est dans un rapport de soi à soi très souvent déstabilisé, voire hanté par un passé difficile. Si le rôle soignant est évidemment de soigner, la renonciation permet de ne pas se méprendre sur le sens profond du soin : c'est un acte qui s'adresse à une personne et non à un corps, à une histoire et non à de l'immédiat, et surtout : à un sujet pensant et sensible, et non à un opposant ou un allié pour sa propre santé.

Conclusion

Nous avons essayé de montrer dans cet article qu'il existait une différence importante entre le "refus de soin" et la "renonciation au soin".

L'usage du terme « refus » tend à polariser les situations : s'il n'y prend pas garde, le professionnel est convoqué à une position de gardien de la norme, et la personne concernée à celle d'une soumise ou d'une rebelle. Cela peut conduire à des escalades relationnelles, à des ruptures de lien, voire à des pratiques coercitives ou des impasses institutionnelles.

Au contraire, parler de "renonciation" oriente la réflexion vers une analyse des causes profondes. Pourquoi cette personne ne peut-elle pas, ou ne veut-elle pas accéder au soin ? Quelles représentations, quels vécus, quelles contraintes sociales, sociétales ou psychiques entravent son chemin vers la demande ?

L'exemple des situations issues de la grande marginalité nous a également permis de montrer qu'il ne s'agissait pas uniquement d'une question de vocabulaire ou de théorie. Le choix des termes renvoie au choix des actions, et celui de "renonciation" ouvre selon nous des possibles importants pour être aux côtés des personnes, et non face d'elles lorsqu'elle s'opposent aux propositions.



Enfin, le changement de vocabulaire favorise une posture réflexive dans les équipes ; posture qui interroge non seulement la personne accompagnée, mais aussi le dispositif, les modalités d'offre de soin, ainsi que les normes implicites ou explicites qui s'y logent. Ce n'est pas qu'une différence lexicale mais bien une pensée globale sur un nouveau paradigme relationnel, clinique et éthique.

A une époque dans laquelle les professionnels du soin et de l'accompagnement cherchent à renouveler leurs pratiques dans une visée plus humaine et plus respectueuse des singularités, le tout dans un contexte institutionnel très contraint et rendu éthiquement périlleux par les nouvelles logiques gestionnaires, ce glissement de la confrontation à la compréhension est essentiel car, en modifiant nos mots, nous modifions aussi notre manière de voir, d'entendre, de penser, et surtout d'être avec l'autre.

Références

- Bemben, L., "Comportement problème ou désir de reconnaissance ?", dans *Les Cahiers de l'Actif*, n°564-567, 2023.
- Bourdieu, P. (dir.) (1993), *La misère du monde*, Paris : Points, 2015.
- Brehm, S., "Psychological reactance and the attractiveness of unobtainable objects : sex differences in children's responses to an elimination of freedom", *Sex Roles*, vol. 7, n°9, 1981, pp. 937-949.
- Foucault, M. (1976), *La volonté de savoir*, Paris : Gallimard, 1994.
- Furtos, J., "Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale", *Empan*, n°98, Toulouse : Erès, 2015.
- Jacques, P., "Souffrance psychique et souffrance sociale, *Pensée plurielle*, n°8, 2024.
- Merleau-Ponty, M. (1945), *Phénoménologie de la perception*, Paris : Gallimard, coll. "Tel", 2005.
- Ricoeur, P., *Soi-même comme un autre*, Paris : Seuil, 1990.
- Rogers, C., *On becoming a person*, London : Robinson, 1977.
- White, M. & Epston, D., *Narrative means to therapeutic ends*, New-York : Norton, 1990.

Agenda du secteur



Conférence - 3 juillet 2025

(cliquer sur l'image pour télécharger le programme)

Conférence

L'ALCOOL EN LIBRE ACCÈS POUR LES MINEURS

QUELS LEVIERS POUR AGIR ?

Judi 3 juillet de 15h à 17h
Centre des Congrès d'Angers
Amphithéâtre Jardin


Accueil café à 14h30

15h - 15h15

INTRODUCTION

- Bernard Basset, Président d'Addictions France
- Valentine Fourmier, Députée de la MIELE

15h15 - 15h45

INTERDICTION DE LA VENTE D'ALCOOL AUX MINEURS : UN CONSTAT D'ÉCHEC

Des achats tests réalisés par Addictions France depuis 2020 montrent que la vente d'alcool aux mineurs est généralisée. Face aux failles dans l'application de la loi, l'association propose des pistes pour renforcer le respect de cet interdit protecteur.

- Marion Gazeau, Cheffe de projet, Addictions France
- Valérie Guillet, Coordinatrice Régionale Prévention et Formation Addictions France

15h45 - 16h15

FAIRE RESPECTER UN INTERDIT PROTECTEUR : LE MODÈLE SUISSE

À réorganiser, la systématisation des achats tests a permis d'améliorer l'efficacité des politiques publiques en matière de vente d'alcool.

- Lucas Naton, Chef de projet senior, Addictions Suisse (à confirmer)

16h15 - 16h35

PROTÉGER LES JEUNES : COMMENT PASSER DES MOTS À L'ACTION ?

Le non-respect de l'interdit de vente d'alcool aux mineurs relève en premier lieu de la responsabilité des débitants. Il revient aussi aux pouvoirs publics de veiller à l'application de la loi. Certains acteurs s'engagent comme à Angers, Nantes et Rennes.

- Marlène Collineau, Adjointe à la Maire, déléguée à la santé, ville de Nantes
- Michaël Roussel, Député d'Ille-et-Vilaine
- Représentant(s) de la Préfecture du Maine-et-Loire (à confirmer)
- Représentant(s) de la ville d'Angers (à confirmer)

16h35 - 16h45

CONCLUSION & QUESTIONS/RÉPONSES

- Bernard Basset, Président d'Addictions France





copie à disposition de tous



L'usage et la pratique de la psychologie sont en prise directe avec une époque, un contexte, des choix sociétaux et supposent une conception des relations humaines, des liens avec l'entourage et dans la cité. Ils relèvent donc de la dimension politique. Le penchant actuel à la normalisation, en termes de santé mentale notamment, efface ce qui constitue le sujet dans son histoire singulière et collective. Les psychologues ne sauraient se satisfaire de poser des diagnostics et d'appliquer des techniques, car leur art consiste à se mettre au service des problématiques du sujet. Les formes, les offres des activités des psychologues sont multiples, les effets inattendus. Que font-ils dans la cité ? A quelles demandes répondent-ils ? Comment parle-t-on d'eux ?

C'est dans une rencontre entre des psychologues et un public que nous tenterons de dessiner les contours de leurs métiers. Ce colloque invite au partage d'expériences, aux narrations de ce qui fait l'enthousiasme à travailler, aux récits de cliniques de l'impossible, aux univers singuliers où le métier de psychologue s'exerce.

Quelques pierres au milieu du gué :

Comment les psychologues existent-ils au regard de la société ?

Par quelles voies leur créativité se dépoie-t-elle ?

Comment pensent-ils le monde pour penser le patient ?

Que mobilise le fait de se mettre au travail avec un psy ?

Un psychologue doit-il nécessairement être militant, et comment fait-il entendre sa voix ?

» Inscription non encore ouverte.

Université d'été - 24 au 26 septembre 2025

(cliquer sur l'image pour télécharger le programme)



Programme



14^e UNIVERSITÉ D'ÉTÉ
ÉTHIQUE ET MALADIES
NEURO-ÉVOLUTIVES

**CHERCHER, INVENTER,
EXPERIMENTER... ENSEMBLE !**

Bordeaux, Centre de Congrès Cité Mondiale
24 et 25 septembre 2025

Conseil départemental de la Gironde
26 septembre 2025



Programme actualisé,
inscription, information :
mnd.espace-ethique.org
#UnivEthique2025

Assises de la psychologie - 27 septembre 2025

(cliquer sur l'image pour télécharger le programme)



ASSISES DE LA PSYCHOLOGIE

Psychologues et citoyens, enjeux éthiques et politiques

ACTE IV

“ DE QUOI LA SANTÉ MENTALE EST-ELLE LE NOM ? ”

EN PRÉSENCE DE FRANÇOIS GONON, NEUROBIOLOGISTE & DIRECTEUR DE RECHERCHE ÉMÉRITE AU CNRS

Le champ lexical des soins psychiques se modifie, les mots clés sont de plus en plus empruntés à d'autres registres : économiques, administratifs, informatiques, neurobiologiques.

Cette terminologie témoigne de l'avancée de l'idéologie néolibérale à l'œuvre tant dans les politiques publiques que dans les pratiques. Les assises précédentes faisaient le constat d'une prééminence du terme d'accès (aux soins, à l'éducation, à des droits, à la culture, etc.) au point de remplacer celui d'accueil. Depuis, ce vocable s'est même invité dans le titre d'un ministère avec un ministre délégué chargé de la santé et de l'accès aux soins.

Cette année, nous essaierons de démêler les usages politiques et sémantiques du terme fourre-tout de "santé mentale", qui a fait sa place dans le langage commun, dans le monde scientifique, dans celui du travail ainsi que dans les directives européennes. Le gouvernement français en a fait une "grande cause nationale" 2025.

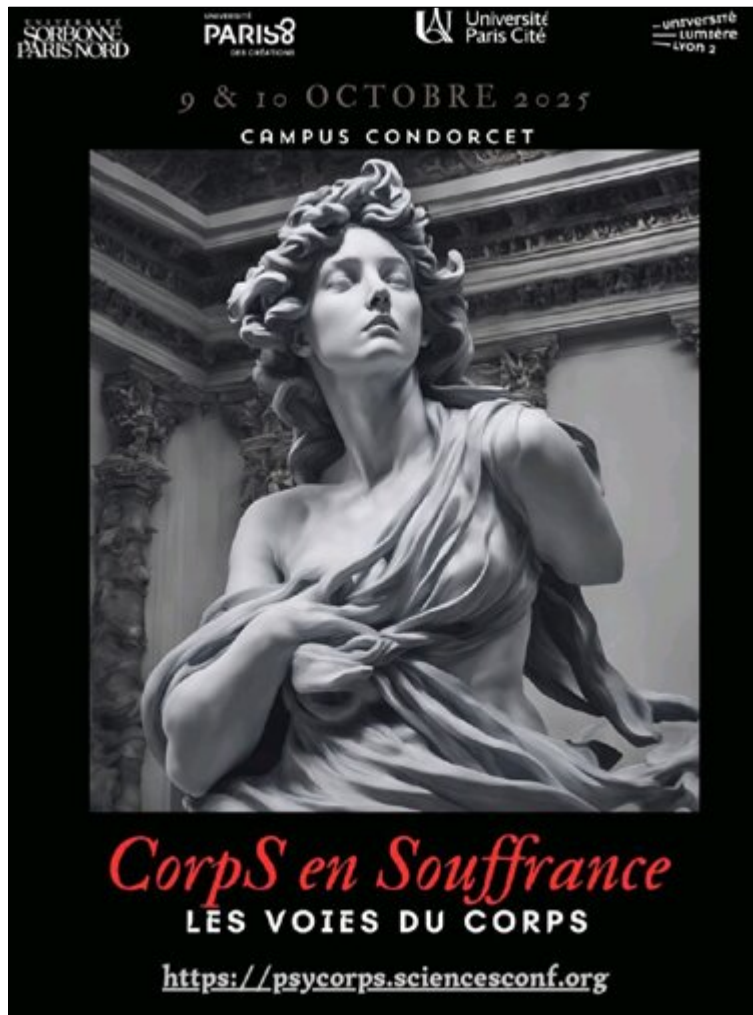
INSCRIPTIONS :
Cliquez ici ou flashez ! 

ENTRÉE GRATUITE
SAM. 27 SEPTEMBRE 2025
9H - 16H30
MAISON DES ASSOCIATIONS
3 PLACE GUY HERSANT, 31400 TOULOUSE
MÉTRO EMPALOT

Cette pathologisation est lisible au travers d'une centration sur le cerveau et ses troubles supposés, qui accompagne un évincement systématique du psychisme. De cette approche résulte un double discours : tout en prétendant apporter une réponse singulière à chacun, elle propose des protocoles standardisés qui visent l'adaptation de l'individu et éludent les facteurs sociaux et politiques. Cette torsion du discours obère la pensée des inégalités comme celle des mécanismes qui les causent et de leurs effets.

A l'heure où l'intelligence artificielle promet des réponses clés en main jusqu'à transformer l'accompagnement des patients ou la pédagogie en personnalisant chaque "scénario thérapeutique", nous tenterons de nous servir de notre intelligence collective en invitant des professionnels, citoyens, chercheurs rassemblés autour d'un même engagement : "construire une éthique en partage, celle qui permet de résister et, peut-être, de se repérer et de se retrouver dans le chaos du monde".

POUR TOUTE INFORMATION :
coordinationpsy.occitanie@gmail.com



9-10 octobre 2025

CorpS en souffrance : Les voies du corps

Colloque interdisciplinaire et international francophone

Ce colloque a pour but de créer un dialogue à propos des CorpS en souffrance, à travers une approche interdisciplinaire alliant la psychologie clinique, la psychanalyse, la sociologie, l'anthropologie, la philosophie, la littérature, l'art, l'histoire ou la médecine.

Cet événement est organisé par des doctorantes des laboratoires UTRPP (Unité Transversale de Recherche Psychogénèse et Psychopathologie), PCPP (Psychologie clinique, Psychopathologie Psychanalyse), LIaGE (ex-EXPERICE Université Paris-8) et CRPPC (Université Lyon-2).

Il se tiendra les 9 et 10 octobre 2025, au Campus Condorcet, à Aubervilliers.

Pour toute question: corpsensouffrance@gmail.com

» Informations et inscription sur [ce lien](https://psycorps.sciencesconf.org).

Colloque: les rencontres de l'IMIC - 9-10 octobre 2025

(cliquer sur l'image pour télécharger le programme)



COLLOQUE : LES RENCONTRES DE L'IMIC



 **Hypnose, méditation & médecine intégrative**



Public : tout professionnel de santé intéressé par le thème



Pré requis : pas de prérequis nécessaire



Adresse : Institut des Métiers de la Santé - Xavier Arnoz
Avenue du Haut-Levêque - 33604 Pessac Cedex



Inscription : en ligne ou directement auprès de
l'Unité de formation continue pour les agents du
CHU de Bordeaux

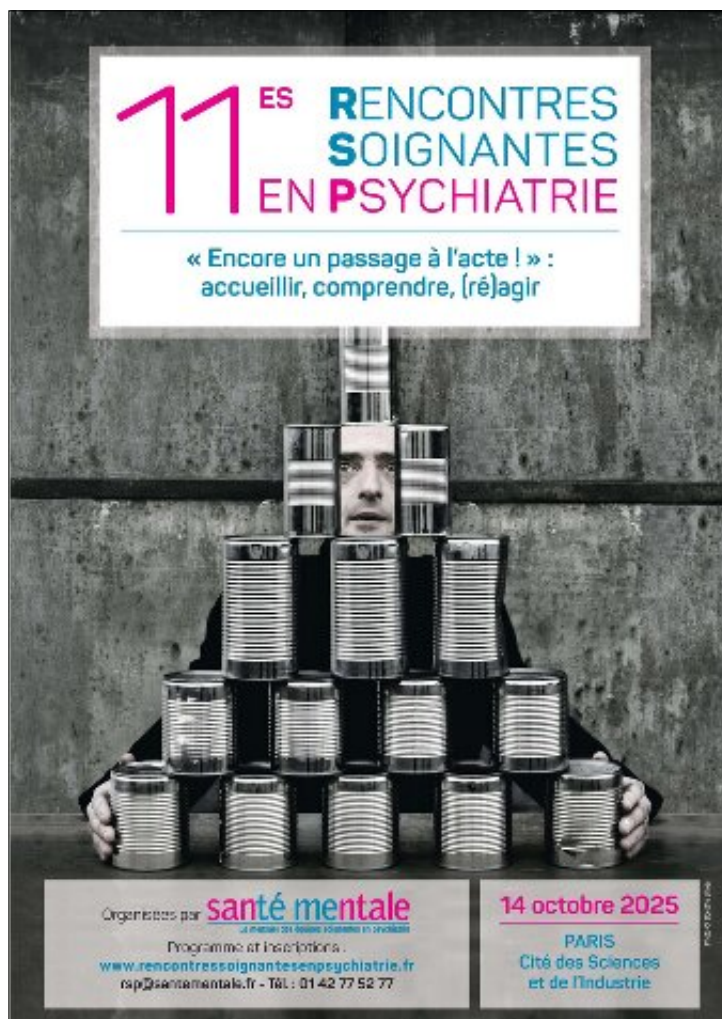


Modalité : En présentiel ou en distanciel



Hôpital Xavier Arnoz | CHU Bordeaux
colloque.ims.academie.chu-bordeaux.fr
05 57 55 65 85

**09 & 10
OCTOBRE
2025**



Argumentaire

En psychiatrie, certains actes nous troublent, nous sidèrent et gèlent notre capacité à penser et à réagir, surtout lorsqu'ils se répètent au point que nous nous sentons débordés, voire impuissants. Relèvent-ils nécessairement de ce que nous nommons "passages à l'acte"? La sémiologie abonde d'expressions qui semblent très proches les unes des autres : passage "à" ou "par" l'acte, "recours à l'acte", "acting-in" ou "acting-out"... Comment les différencier ? Qu'est-ce qui distingue un acte, un comportement, une pulsion et une conduite ?

La clinique de l'agir renvoie à un registre très large qui ne se limite pas à l'expression de la violence envers autrui. Fugues et conduites d'errance, prise de stupéfiants, automutilations voire tentatives de suicide, ruptures avec le milieu familial, abandon précoce de la thérapie... peuvent relever de "passages à l'acte" sans impliquer une hostilité directement dirigée contre un tiers.

C'est à chaque fois le contexte clinique – l'histoire de la conduite dans un environnement spécifique (famille,

école, institution), son inscription dans la dynamique psychique – qui peut permettre d'en saisir le sens. Derrière l'acte, s'exprime souvent soit une tentative de dire autrement que par des mots soit une volonté de couper court à l'insupportable.

La répétition de ces actes soumet les soignants à rude épreuve. Entre peur et rejet, culpabilité et colère, les contre-attitudes sont parfois inévitables (mesures coercitives systématisées, évitement, indifférence, ironie, refus d'aide...) et nourrissent en miroir d'autres agirs. L'acte vient masquer la souffrance psychique et éloigne parfois le soignant qui tente de reprendre le contrôle et le pouvoir, plutôt que d'accueillir, comprendre et classer ces événements sans éroder la relation soigné/soignant. Comment restaurer un lien sans cesse attaqué ?

Malgré des contraintes organisationnelles qui s'imposent autant aux soignés qu'aux soignants il faut penser collectivement ces moments féconds.

Au-delà des attitudes défensives, comment prévenir l'usage émotionnelle et l'isolement face à ces situations répétées ? Comment les contenir psychologiquement, apprivoiser les émotions qu'ils suscitent en nous, permettre aux patients d'élaborer, pas à pas, à partir de ce qui tend à les déborder ? Quels dispositifs mettre en place ?

» Inscription et informations sur [ce lien](#).

INSTITUTION 330 €
1 entrée aux 11^{es} Rencontres Soignantes en Psychiatrie à 330 € pour un professionnel de santé pris en charge par son institution

PARTICULIER 290 € / 130 €
1 entrée aux 11^{es} Rencontres Soignantes en Psychiatrie à 290 € pour un professionnel de santé (hors formation continue) ou 130 € pour un étudiant

Colloque: les rencontres de l'IMIC -17 octobre 2025

(cliquer sur l'image pour télécharger le programme)

17 OCTOBRE 2025

Hôtel de ville de Metz

Le SMPR et le DCSMJ du Centre Hospitalier de Lorquin
en collaboration avec l'APRESAP
organisent une journée d'échanges



Santé Mentale
Justice et
société

Violence et
masculinité

Soins
pénalement
ordonnés

Radicalité
violente

Pratique
clinique auprès
des auteurs

Traumatisme
et violence

Inscription gratuite obligatoire à : apresap57@gmail.com

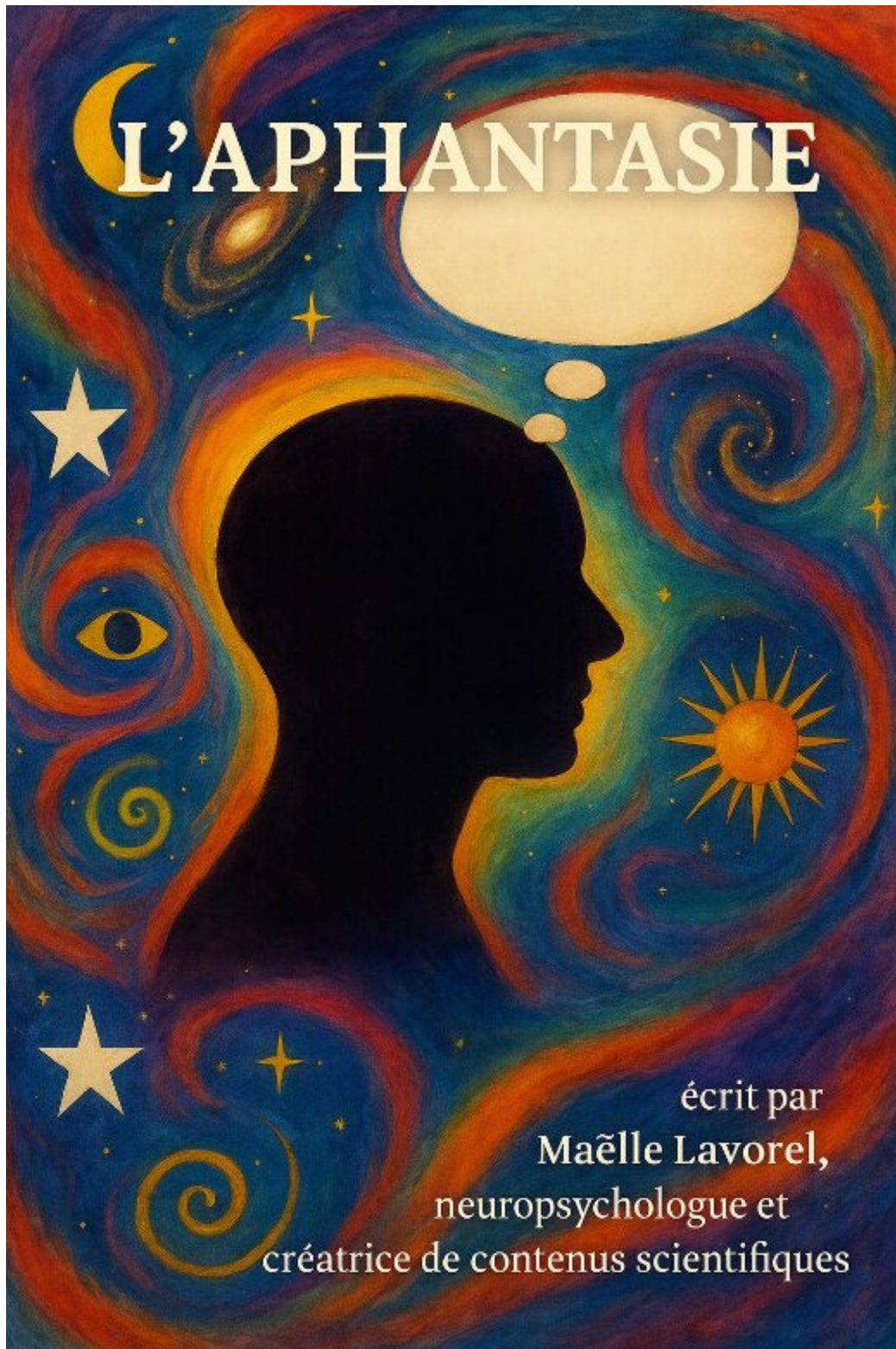
Nombre de places limité

Date limite d'inscription : 01/10/2025



Culture et vulnérabilité

[L'aphantasie](#)
(cliquer sur l'image pour télécharger)





Syndrome de l'Imposteur VS Effet Dunning-Kruger

***Deux visages du
jugement de soi***



Le Syndrome de l'Imposteur *c'est quoi ?*

C'est une expérience psychologique dans laquelle une personne doute de ses succès et vit une **peur persistante d'être démasquée** comme une "fraude", malgré des **preuves objectives de compétence**.



L'Effet Dunning-Kruger *c'est quoi ?*

C'est la tendance des personnes peu compétentes à **surestimer** leur niveau de compétence, parce qu'elles ne savent pas assez pour réaliser **ce qu'elles ignorent**.

L'effet Dunning-Kruger et le Syndrome de l'Imposteur

deux extrême d'un même continuum ?

Effet Dunning-Kruger

Excès de confiance malgré de faibles compétences

Syndrome de l'Imposteur

Doute chronique malgré des compétences objectives

Tous deux traduisent un décalage entre perception de soi et réalité.

Une différence de conscience

mais un même enjeu thérapeutique

Effet Dunning-Kruger

L'effet Dunning-Kruger est lié à un déficit de métacognition (ne pas savoir ce qu'on ne sait pas).

Syndrome de l'Imposteur

Le syndrome de l'imposteur reflète une hyperconscience auto-critique, souvent alimentée par le perfectionnisme, l'anxiété de performance et des expériences précoces de validation conditionnelle.

Les mots pour le dire

Le langage nous permet de penser le monde et, à travers ses nuances, de le faire exister de mille manière au sein de notre esprit. Dans ce cadre, nous proposons une nouvelle catégorie au sein de notre bulletin, intitulée "Les mots pour le dire".



"Ça fait la rue Michel"

L'expression "ça fait la rue Michel" signifie "le compte y est".

Typiquement parisienne, elle puise ses origines dans le Paris du 19^{ème} siècle et renvoie en réalité à la rue Michel-le-Comte.

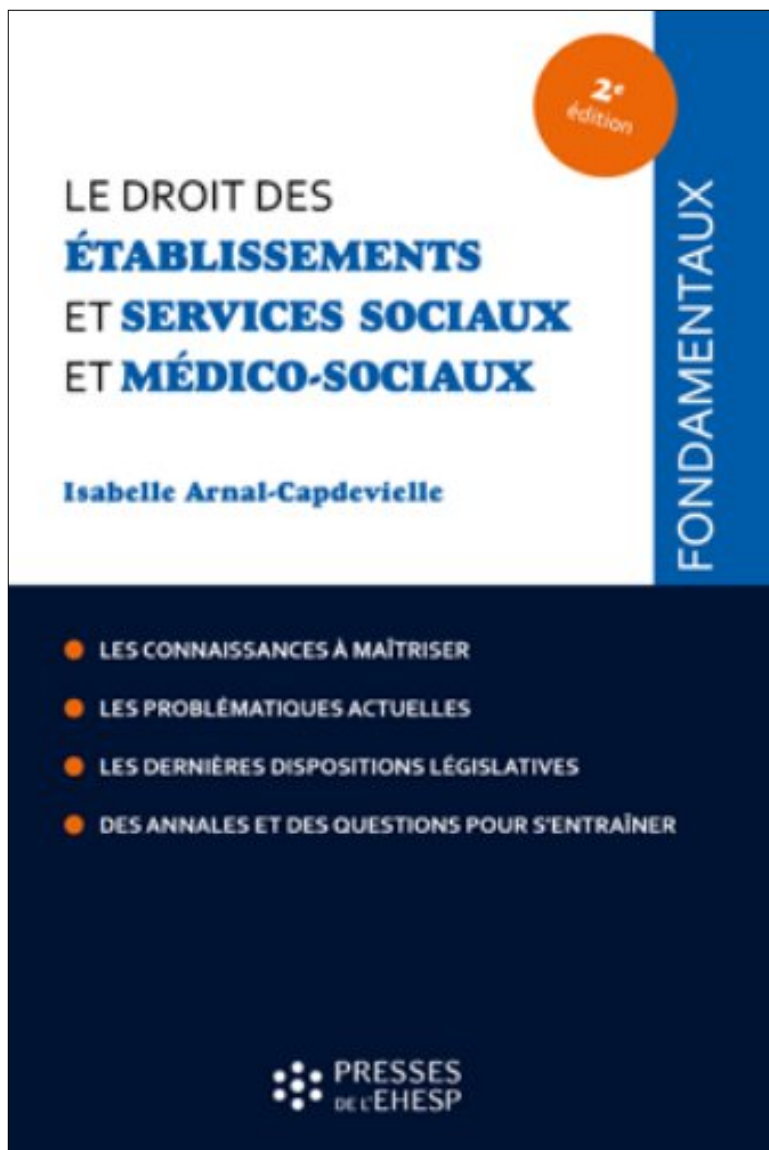
Située en plein cœur du Marais, dans le 3^{ème} arrondissement de la capitale, cette rue a provoqué l'émergence de l'expression en 1806, lorsque que son ancien nom (rue Michel-Lepeletier) a été modifié.

En effet, elle est située à quelques mètres de la rue Réaumur où de nombreuses rédactions de journaux étaient installées. Le secteur était donc très passant et les conducteurs de fiacre étaient souvent missionnés pour déposer ou prendre en charge des journalistes à proximité.

L'expression serait donc issue de ces chauffeurs du 19^{ème} siècle qui, une fois leur client déposé et l'argent de la course reçu, leur signifiaient avoir le montant nécessaire par cette formule: au lieu de dire "ça fait le compte", les conducteurs ironisaient en utilisant l'expression "ça fait la rue Michel-le-Comte", puis au fil de l'usage "ça fait la rue Michel".

Cette expression est devenue plus rare et quelque peu désuète depuis plusieurs années, mais peut encore être entendue à la faveur d'une discussion avec des personnes âgées, dont celles ayant eu un vécu de rue dans la capitale à un moment de leur vie.

Paru en avril 2023



Le droit des établissements et services sociaux et médico-sociaux

[Isabelle Arnal-Capdevielle](#)

Rendre accessible le droit des établissements et des services sociaux et médico-sociaux à d'autres publics que les seuls juristes : tel est le défi auquel répond cette nouvelle édition à la faveur d'un contenu clair et concis.

Outre l'acquisition des savoirs juridiques et techniques de base, elle permet l'appréhension des enjeux du secteur social et médico-social et de ses dynamiques.

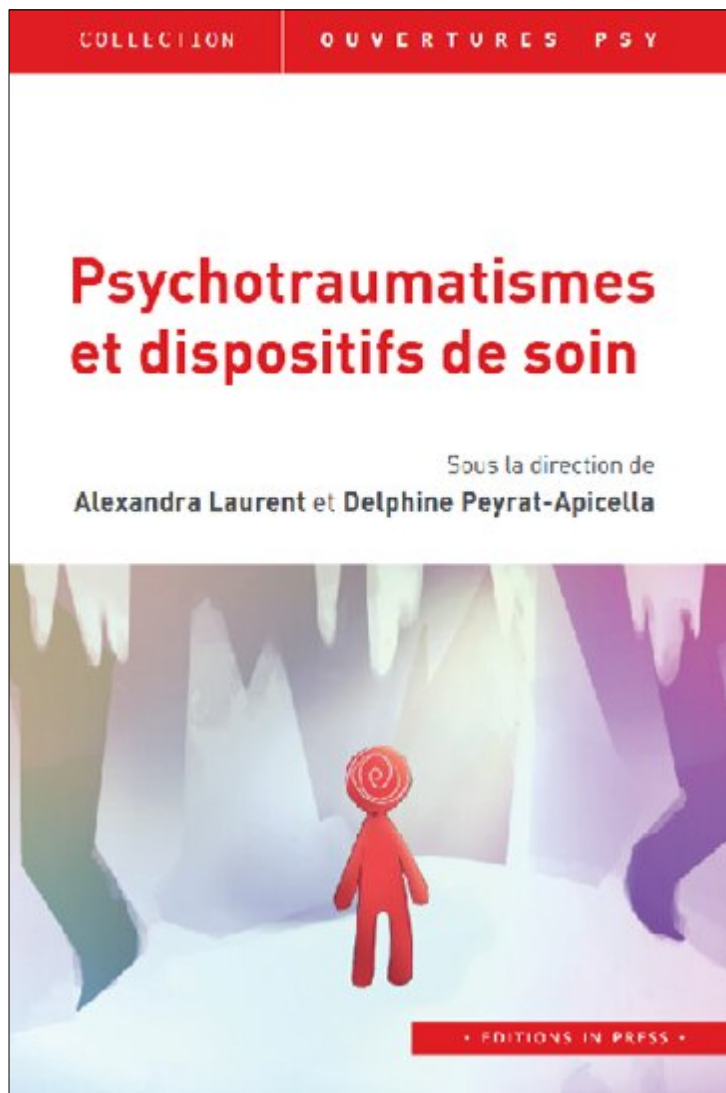
Pour atteindre ces objectifs, ce livre revêt un caractère didactique et comporte :

- Les connaissances à maîtriser (organisation de l'offre, modes de financement, droits des usagers, fonctionnement des établissements, etc.) ;
- Des tableaux et des schémas pour favoriser la compréhension et la mémorisation ;
- Des encadrés afin de fournir un éclairage sur des sujets spécifiques ;
- Des références bibliographiques à la fin de chaque chapitre ;
- Des annales et 50 questions pour faire le point sur ses connaissances ;
- Un index permettant de s'orienter rapidement dans l'ouvrage.

Aux [Presses de l'EHESP](#) - 19,90 euros

15x21 - 288 pages.

Paraîtra le 27 août 2025



Psychotraumatismes et dispositifs de soin

[Alexandra Laurent](#) & [Delphine Peyrat-Apicella](#)

L'exposition à la violence, à des catastrophes collectives, des maladies graves ou des situations de précarité engendre des répercussions psychiques profondes.

Que vivent celles et ceux confrontés au traumatisme de manière directe? Qu'en est-il des soignants, et thérapeutes qui les accompagnent?

Cet ouvrage s'attache à ces deux axes de réflexion. Chaque auteur partage sa clinique, mais surtout la manière dont il travaille la question traumatique avec les patients qu'il accueille.

Le traumatisme psychique et les dispositifs de soins sont abordés selon quatre grands champs: La violence (violences sexuelles, violences familiales, catastrophes collectives...); La précarité (relations précoces, adolescence, aidants familiaux, addiction...); La maladie somatique (atteintes somatiques, douleur, fin de vie, relation de soin...); Les outils spécifiques des dispositifs de soin (individuels et groupaux).

Ce livre est issu d'un travail collectif mené depuis des années dans le cadre du diplôme inter-universitaire "traumatismes et dispositifs d'accompagnement" à l'Université de Bourgogne Europe. Il a l'ambition d'offrir un ouvrage de référence, à la fois théorique et pratique, destiné aux professionnels venus de tous les horizons qu'ils soient cliniques, éducatifs, judiciaires, médicaux, sociaux. Un livre qui ouvre des perspectives pour la clinique contemporaine

Aux éditions [In Press](#) - 20 euros
13,8 x 20,4 - 288 pages

Le cycle institutionnel du collectif de recherche Psymas

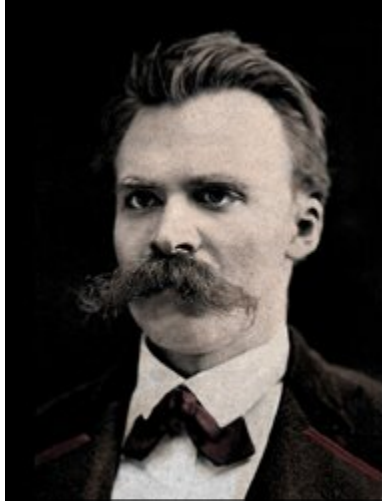
Depuis plusieurs années, le collectif de recherche Psymas produit divers écrits au sujet de la clinique et de l'éthique institutionnelle dans les établissements médico-sociaux dédiés à l'accompagnement des personnes en situation de handicap et de vulnérabilité.

Parmi ces écrits, quatre ouvrages ont été produits. Ensemble, ils constituent notre cycle institutionnel, c'est-à-dire l'ensemble organisé de nos réflexions au sujet de l'institution médico-sociale et des différentes formes qu'elle peut emprunter.

Chaque ouvrage est accessible chez l'éditeur en cliquant sur sa couverture.



Les citations du bulletin



"Il faut porter en soi un chaos pour pouvoir mettre au monde une étoile qui danse"

Nietzsche (Ainsi parlait Zarathoustra, 1885)

***"Quand on lutte contre des monstres, il faut prendre garde de ne pas devenir monstre soi-même.
Si tu regardes longtemps dans l'abîme, l'abîme regarde aussi en toi"***

Nietzsche (Par-delà le bien et le mal, 1886)



"Il faut distinguer la morale de l'éthique. La morale définit un minimum : il s'agit de se comporter de manière à respecter la personne d'autrui. Mais elle ne dit rien du "comment vivre" ni du "vivre bien", qui relève d'un choix. Ce choix de vie, cette éthique se construit en fonction des valeurs que nous estimons suprêmes. La vie a un sens dans la mesure où l'on atteint la réalisation des valeurs qui, pour nous, font qu'elle mérite d'être vécue"

Marcel Conche



Retrouvez-nous sur la plateforme
du collectif de recherche Psymas

<https://www.psymas.fr>

