

# Bulletin d'actualité du secteur médico-social

## 2<sup>ÈME</sup> BULLETIN / 4<sup>ÈME</sup> 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.



## Les bulletins d'actualité du secteur médico-social

» Les précédents bulletins de l'association sont disponibles sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessous.



**Accueil** **Ressources théoriques** **Publications internes** **Nos ouvrages et articles** **Le bulletin d'actualité** **Notre cabinet libéral**

## Bienvenuel

Le cabinet AAPA, héritier de l'association DLU II, tire son nom de la locution latine "Ad summum per angusta" .  
Une fois traduite en français, cela signifie "Vers les sommets par d'étroits chemins".  
C'est ainsi que nous concevons l'éthique du soin 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 ses racines dans les racines vives lui permettant de croître.

[Lire la suite](#)

**Bulletin d'actualité**

Le bulletin d'actualité est une publication trimestrielle du secteur médico-social. Il traite des sujets d'actualité et d'actualisation pour informer et sensibiliser au secteur des publications.

**Bulletin d'actualité**  
Consulter 1

[S'abonner](#) [Se déabonner](#)

Copyright © 2023 AAPA

Theme by [Dynamik](#)

## Contenu du bulletin

- » **Actualités juridiques & législatives du secteur médico-social (pages 1 à 3)**
  - ◊ [L'instruction n°DNS/DGCS/CNSA/2025/100 du 2 septembre 2025](#), venue modifier la mise en oeuvre du programme "ESMS numérique" ;
  - ◊ [La FAQ du gouvernement](#), expliquant le remboursement intégral des fauteuils roulants à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2025 ;
  - ◊ [Brèves de jugement et jurisprudences récentes](#) dans le secteur.
- » **Actualités techniques du secteur médico-social (pages 4 à 14)**
  - ◊ [L'instruction interministérielle n°DGCS/4A/DGESCO/A2-3/2025/88 du 6 août 2025](#), relative à la mise en œuvre de la révision du diplôme d'Etat de moniteur éducateur ;
  - ◊ [L'instruction n°DGS/CCS/PPC/USAR/DGOS/DGCS/2025/139 du 12 novembre 2025](#) relative au port obligatoire du masque dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ;
  - ◊ [La contribution de la CNSA](#) au sujet de l'habitat intermédiaire ;
  - ◊ [L'élargissement de la Mission Numérique en Santé \(MNS\)](#) au secteur social et médico-social ;
  - ◊ [L'appel à contributions de la DGCS](#) sur le thème des initiatives de transition juste participant à renforcer la dimension sécurisante des protections sociales ;
  - ◊ Pleine page: [deux rapports de la Cour des comptes](#) (situation de la sécurité sociale, prise en charge des AVC) ;
  - ◊ Pleine page: [Rapport d'activité thématique sur les GEM](#) ;
  - ◊ [Le rapport de l'IGAS](#) sur l'accueil du jeune enfant par des assistants maternels ;
  - ◊ Pleine page: [article de l'IRDES sur la gestion des médecins traitants de la sous-densité médicale](#) ;
  - ◊ Replay du [webinaire Accens "Actualités des ESSMS"](#) de septembre 2025 ;
  - ◊ Pleine page: [article au sujet de la situation financière préoccupante des associations du secteur](#) ;
  - ◊ [Le courrier collectif des fédérations du secteur](#) aux directeurs de la DGCS et de l'ARS au sujet des différences constatées entre les rapports d'évaluation remis aux ESSMS et les données présentes sur Qualiscope ;
  - ◊ Pleine page: [le périmètre de prescription des IPA](#).
- » **Ethique et fonctionnement (pages 15 à 16)**
  - ◊ [L'IA générative en contexte de santé](#): les premières recommandations de la HAS ;
  - ◊ [La vidéosurveillance dans les espaces collectifs en ESSMS](#): règles et limites.
- » **Rouages et mécanismes (pages 17 à 22)**
  - ◊ [Le mécanisme du silence dans la maltraitance](#) ;
  - ◊ Pleine page: [les instances en ESSMS - le guide pratique Qualineo](#).
- » **Santé (pages 23 à 28)**
  - ◊ [Le Bulletin de Santé Publique France sur la surveillance du VIH et des IST](#) ;
  - ◊ Article de Breton et ses collaborateurs sur [l'anxiété touchant les femmes vivant avec l'endométriose](#) ;
  - ◊ [Fiches repères de l'OMÉDIT](#) sur les critères de certification ;
  - ◊ [Recommandations de l'OMÉDIT](#): administration des médicaments injectables, soins de bouche en gériatrie et guide novembre 2025 de tous les médicaments écrasables ;
  - ◊ Pleine page: [la fiche "Céphalées"](#) du médecin de la douleur Pablo de Rijk.

- » **Troubles addictifs (page 29)**
  - ◊ [L'argumentaire "Addictions"](#) de l'association Aurore ;
  - ◊ [Le guide sur les troubles cognitifs liés à l'alcool](#) de Généralistes Addictions HdF ;
  - ◊ Le guide d>Addictions France sur [le cannabis de synthèse](#).
- » **Personnes en situation de vulnérabilité (pages 30 à 39)**
  - ◊ [Le rapport annuel d'activité de l'année 2024 du Ministère de la Justice](#), consacré à la mission nationale des mineurs non accompagnés (MNA) ;
  - ◊ [Le dossier "Inceste et psychotrauma"](#) du Cn2R ;
  - ◊ [Le rapport du CESE](#) concernant les inégalités patrimoniales ;
  - ◊ Pleine page: [Etude de l'INSEE sur l'accroissement du taux de pauvreté et des inégalités](#) ;
  - ◊ [Le panorama DREES 2025](#) sur les disparités territoriales en matière d'aide sociale ;
  - ◊ Pleine page: [Etude DREES sur les EHPA](#) ;
  - ◊ Pleines pages: [le sociomètre du travailleur social](#) ;
  - ◊ Pleine page: [le trauma vicariant: comprendre et agir](#) ;
  - ◊ Pleine page: article de recherche sur ["Les équipes soignantes face à la mort inattendue en institution: résonances groupales de la perte traumatique"](#) ;
  - ◊ Pleine page: [étude de l'ANCREAI sur la population des majeurs protégés](#).
- » **Les Focus (pages 40 à 43)**
  - ◊ [Le kit d'animation "Précarité alimentaire"](#) d'Action contre la faim et du secours catholique ;
  - ◊ [L'Observatoire des refus de soin de la FAS](#) ;
  - ◊ [Parlons trauma](#): les vidéos pédagogiques du Cn2R ;
  - ◊ [Les vidéos de prévention du Crédit agricole Assurances concernant la démarche Movember](#).
- » **Agenda du secteur (pages 44 à 50)**
- » **Culture et vulnérabilité (page 51)**
  - ◊ [Les neuromythes](#): une simplification du fonctionnement humain.
- » **Clinique et psychopathologie (pages 52 à 53)**
  - ◊ [L'effet tunnel émotionnel](#): un mécanisme de survie à comprendre et à réguler ;
  - ◊ [La perception paradoxale du sommeil](#).
- » **Humour (pages 54 à 55)**
- » **Paru et à paraître (pages 56 à 58)**
  - ◊ ["Cadres dans le médico-social - Quelle place pour la bienveillance?", par Lapetina et Lambert](#) ;
  - ◊ ["Promouvoir l'humain dans le médico-social", par Lucas Bemben](#) ;
  - ◊ [Le cycle institutionnel du collectif de recherche Psymas](#).
- » **Citations du bulletin (page 59)**

## Actualités juridiques & législatives du secteur médico-social

[L'instruction n°DNS/DGCS/CNSA/2025/100 du 2 septembre 2025](#), modifiant [l'instruction n°DNS/DGCS/CNSA/2025/40 du 16 avril 2025](#) relative à la mise en œuvre de la phase de généralisation du programme "ESMS numérique", a été publiée au Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarités du 5 septembre 2025.

L'instruction du 16 avril 2025 était déjà venue compléter l'instruction du 1<sup>er</sup> février 2024, que nous avions évoquée dans un précédent bulletin.

Cette instruction rappelle que l'année 2025 est la dernière année d'engagement des crédits Ségur au titre du programme "ESMS numérique", mais également la première année de la deuxième vague du Système ouvert et non sélectif (SONS), dont l'objectif est d'accompagner et de synchroniser l'effort des maîtrises d'ouvrage des ESSMS et celui des éditeurs de logiciels.

### Au niveau de l'abondement des crédits

La Délégation au numérique en santé (DNS) du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles a sollicité l'abondement de l'enveloppe SONS à hauteur de 6,5 millions d'euros.

L'objectif est d'optimiser l'utilisation des financements disponibles pour la dernière année d'engagement des crédits relatifs au Ségur numérique, l'instruction venant ainsi modifier la répartition des fonds initialement prévue.

#### La modification produit ce résultat:

- 76,5 millions d'euros au titre du Ségur ;
- 6,5 millions d'euros au titre de l'abondement du programme SONS ;
- 1,5 millions d'euros au titre du soutien à l'innovation numérique dans le secteur médico-social ;
- 1,5 millions d'euros au titre du renforcement des ressources Ségur en région.

Ces crédits sont répartis au prorata du nombre d'ESSMS de chaque région.



### Au niveau des modalités de financement des ESSMS AHI

L'instruction vient également définir les modalités de financement des établissements et services d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI), tout en précisant que **seules certaines catégories d'entre eux seront soumis à une obligation stricte d'atteinte des cibles d'usage** pour la messagerie sécurisée santé et le dossier médical partagé, notions qui seront d'ailleurs définies réglementairement avant la fin de l'année 2025.

**L'instruction lève ainsi l'obligation d'atteinte des cibles d'usage pour ceux non éligibles au SONS, afin qu'ils puissent bénéficier des fonds du programme ESMS numérique.**

\*\*\*

**A partir du 1<sup>er</sup> décembre 2025, tous les fauteuils roulants seront intégralement pris en charge par l'Assurance maladie.**

A l'occasion de cette avancée majeure pour les personnes en situation de handicap, le Ministère de la Santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées a mis en ligne un Foire Aux Questions (FAQ).

Cette FAQ fournit de nombreuses informations sur la réforme et ses modalités pratiques à tous les publics concernés : usagers, professionnels de santé et industriels.

» La FAQ est accessible sur [ce lien](#) (en bas de page).





### Brèves de jugement et jurisprudences récentes (1/2)

#### Tribunal administratif d'Orléans, 7 octobre 2024

Saisi d'une demande de référé-suspension d'un arrêté de fermeture d'établissement, le juge administratif considère qu'il y a urgence à statuer dès lors que l'organisme gestionnaire est mono-établissement et encourt donc sa liquidation. Par ailleurs, il estime que l'absence de procédure contradictoire préalable à l'édition de l'arrêté de fermeture fait naître un doute sérieux sur la légalité de cette décision. Il en suspend donc l'exécution.

» Le jugement est à consulter sur [ce lien](#).

\*\*\*

#### Lettre du premier Ministre aux préfets, octobre 2025

Le Premier Ministre demande aux préfets de formuler, pour le 15 novembre 2025, des propositions de clarification des responsabilités entre Etat territorial et Conseils départementaux, notamment dans les domaines de la santé et du logement, afin de préparer une nouvelle réforme de la déconcentration et de la décentralisation.

» La lettre est à consulter sur [ce lien](#).

\*\*\*

#### Tribunal administratif de Toulouse, 15 octobre 2025

L'association qui gère un foyer dans le cadre de sa participation au service public de l'hébergement et de l'accès au logement n'exerce pas de prérogatives de puissance publique. Dès lors, la contestation, par l'usager, de son expulsion pour non-respect du règlement de fonctionnement ne relève pas de la compétence du juge administratif.

» Le jugement est à consulter sur [ce lien](#).

#### Tribunal administratif de Paris, 1<sup>ère</sup> Chambre, 7 novembre 2025

Le recrutement d'un référent qualité relève des "nécessités de la gestion normale du service", de sorte que l'autorité de tarification ne peut rejeter la charge correspondante lors de l'examen du compte administratif.

» Le jugement est à consulter sur [ce lien](#).

\*\*\*

#### Tribunal administratif de Paris, 1<sup>ère</sup> Chambre, 7 novembre 2025

Le surcroît de charges lié à l'accueil d'un cas complexe relève de l'exercice normal des missions de l'ESSMS. Il doit donc être supporté par le tarif et l'autorité de tarification ne peut exiger qu'il soit imputé aux fonds propres de l'organisme gestionnaire.

» Le jugement est à consulter sur [ce lien](#).

\*\*\*

#### Tribunal administratif de Paris, 1<sup>ère</sup> Chambre, 7 novembre 2025

L'autorité de tarification peut rejeter des charges d'honoraires d'avocat correspondant à des procédures contentieuses car ces dernières sont réputées être couvertes, dans les décisions de justice, par l'allocation des frais irrépétibles.

» Le jugement est à consulter sur [ce lien](#).



## Brèves de jugement et jurisprudences récentes (2/2)

### Tribunal administratif de Nice, 23 septembre 2025, n°2205425

#### Les faits



Une agente administrative au sein d'un hôpital suivait un protocole de fécondation in vitro dans le service de gynécologie de ce même établissement. Après une fausse couche, elle découvre que deux collègues agents administratifs, sans lien professionnel avec le service de gynécologie, ont eu connaissance de cet événement alors qu'elle soutient ne pas avoir relaté cet évènement sur son lieu de travail. Une enquête interne a révélé que ces agents avaient consulté son dossier médical sans motif. Un rappel à l'ordre leur a été adressé par la direction.

#### La procédure et la décision



Suite au rejet de sa demande préalable indemnitaire, la patiente a saisi le tribunal administratif. Le juge retient que la faute commise, alors même que sa gravité lui conférerait le caractère d'une faute personnelle détachable du service, n'est pas dépourvue de tout lien avec le service et est, par suite, de nature à engager la responsabilité de l'établissement vis-à-vis de la requérante.

Par conséquent, elle est fondée à demander la condamnation de l'établissement à lui verser la somme totale de 3 000 euros en réparation du préjudice moral qu'elle a subi du fait de la faute de service commise par des agents administratifs de l'hôpital.

#### Ce qu'il faut en retenir



- Accès non autorisé = faute disciplinaire de l'agent;
- Mais pas forcément faute personnelle dépourvue de tout lien avec le service au contentieux (ne pas confondre les 2...);
- Dans tous les cas, il y a faute, alors indemnisation.

Cette affaire nous rappelle l'importance de sensibiliser les professionnels au respect du secret professionnel et de bien paramétrer le dossier patient informatisé.

#### A venir

Recommandation CNIL pour la conformité et la sécurité du dossier patient informatisé

JuriSanté/AC/novembre2025



## Actualités techniques du secteur médico-social

[L'instruction interministérielle n°DGCS/4A/DGESCO/A2-3/2025/88 du 6 août 2025](#) relative à la mise en œuvre de la révision du diplôme d'Etat de moniteur éducateur (DEME) a été publiée au Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarités du 13 août 2025.

Pour rappel, la transformation des modalités d'organisation de la formation et de la délivrance du DEME a été initiée par le [décret n°2024-696 du 5 juillet 2024](#), qui est venu préciser :

- Le niveau du diplôme en référence au cadre national des certifications professionnelles ;
- La structuration du diplôme en blocs de compétences ;
- Les voies d'accès à la certification ;
- La composition du jury ;
- Les modalités transitoires pour les personnes engagées dans un cycle de formation ou de validation des acquis de l'expérience (VAE).

[Les articles D.451-73 à D.451-78](#) du code de l'action sociale et des familles (CASF) ont donc été modifiés en conséquence.

Par la suite, [l'arrêté du 5 juillet 2024 relatif au DEME](#) est venu organiser :

- Les modalités d'accès à la formation ;
- Le contenu et l'organisation de la formation ;
- L'organisation des épreuves de certification.

C'est l'instruction du 6 août 2025 qui est venue préciser les conditions d'application du décret et de l'arrêté précités.

Cette instruction rappelle notamment que le DEME "*atteste des compétences nécessaires pour exercer une fonction éducative, d'animation et d'organisation de la vie quotidienne de personnes en situation de vulnérabilité ou en situation de handicap*".

A cet effet, la révision du diplôme répond à deux objectifs :

**L'adaptation du référentiel professionnel** afin de faire face aux mutations des organisations et l'amélioration de l'employabilité des professionnels tout au long de la vie ;

**La structuration du diplôme** en blocs de compétences.

L'instruction précise que la formation est accessible "*aux candidats inscrits dans une démarche d'acquisition de la certification globale ou dans une démarche d'acquisition de blocs de compétence*".

Une procédure d'admission de droit en formation est mise en place pour certains candidats, qui bénéficient d'un accès à la suite de l'entretien de positionnement.

En termes de structure, l'instruction est composée :

- D'une annexe 1 relative à l'accès au DEME par la voie de la formation ;
- D'une annexe 2 relative à l'organisation et le contenu de la formation préparant au DEME ;
- D'une annexe 3 relative à l'organisation des épreuves de certification ;
- D'une annexe 4 relative aux épreuves de certification ;
- D'une annexe 5 relative à la période transitoire ;
- D'une annexe 6 relative au livret de VAE ;
- D'une annexe 7 relative au guide à l'intention des examinateurs des demandes de VAE ;
- D'une annexe 8 relative au modèle de DEME.

\*\*\*

La Ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées a adressé aux ARS [l'instruction n°DGS/CCS/PPC/USAR/DGOS/DGCS/2025/139 du 12 novembre 2025](#) relative au port obligatoire du masque dans les établissements sanitaires et médico-sociaux pour la prévention des infections respiratoires aigües.

\*\*\*

**La CNSA** propose une contribution à la réflexion au sujet de l'habitat intermédiaire.

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



Dans cette période de transformation numérique du système de santé, la HAS franchit une nouvelle étape.

Sa Mission "Numérique en santé" (MNS), jusqu'ici centrée sur le champ sanitaire, s'étend désormais au secteur social et médico-social. L'objectif est de favoriser la continuité et la qualité des parcours en s'appuyant sur les innovations numériques, technologiques et organisationnelles.

Cette volonté s'inscrit dans la volonté de la HAS de renforcer la coordination entre les secteurs sanitaire, social et médico-social.

Le numérique devient un levier pour simplifier les démarches, garantir l'inclusion des publics les plus vulnérables et soutenir une approche éthique.

Pour concrétiser cette évolution, la MNS voit son positionnement évoluer. Déjà rattachée à la Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à la Direction de l'évaluation et de l'accès à l'innovation, cette mission bénéficie désormais d'un nouveau rattachement fonctionnel à la Direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social.

Cette réorganisation vise à :

- Renforcer la cohérence et la transversalité des actions entre les différents secteurs ;
- Optimiser les synergies existantes ;
- Accélérer la mise en œuvre des projets numériques portés par la HAS.

L'élargissement de la mission numérique, amorcé en juillet 2025, se poursuivra tout au long de l'année 2026 avec plusieurs priorités :

- Mieux articuler les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social ;
- Améliorer la continuité des parcours des personnes accompagnées ;
- Favoriser l'innovation responsable, au service de la qualité et de l'éthique.

Un premier bilan sera établi dans un an afin de mesurer les impacts, identifier les points de vigilance et consolider la stratégie engagée.

Il est à noter que cette démarche s'inscrit dans un mouvement plus large de modernisation des pratiques, au service d'un accompagnement "*plus humain, plus efficace et plus respectueux des choix des personnes*".

» Plus d'informations sur [cet article](#) de la HAS.



**La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)** avec sept partenaires, lancent un appel à contributions sur le thème des initiatives de transition juste participant à renforcer la dimension sécurisante des protections sociales.

Ce projet vise à capitaliser sur les innovations locales permettant de penser l'avenir des protections sociales, dans un contexte marqué par une double exigence de transition écologique et de justice, à travers une logique d'identification et d'analyse de telles innovations déployées à différentes échelles territoriales, et d'évaluation de leur potentiel de généralisation.

Cet appel à contribution s'adresse aux universitaires aussi bien qu'aux professionnels qui travaillent sur le terrain et se retrouvent confrontés à ces problématiques. De cette rencontre doit émerger un apprentissage mutuel afin de progresser collectivement sur ce sujet.

Ainsi, il se destine autant aux chercheurs dont les analyses théoriques sur ces thématiques ou des études de cas pourraient être accueillies sous forme d'articles scientifiques qu'aux collectivités et associations encouragées à partager des présentations étayées d'expérimentations mises en place, accompagnées de données d'observation ou d'évaluation, permettant d'en faire un premier bilan.

### Calendrier

- L'appel à contributions est lancé en septembre 2025. Il est ouvert pour une durée de trois mois.
  - Le rendu des contributions est fixé au 30 novembre.
  - La réponse finale sur la sélection est fixée le 15 janvier.
  - L'objectif est de monter un évènement (colloque ou séminaire) en septembre 2026, suivi probablement d'une publication.
- » L'appel à contribution est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image en page suivante.



**Appel à contribution de la DGCS**  
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en PDF)

  
**MINISTÈRE  
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,  
DES SOLIDARITÉS  
ET DES FAMILLES**  
LIBERTÉ  
Égalité  
FRaternité

# Transition juste et sécurisante

## Appel à contribution

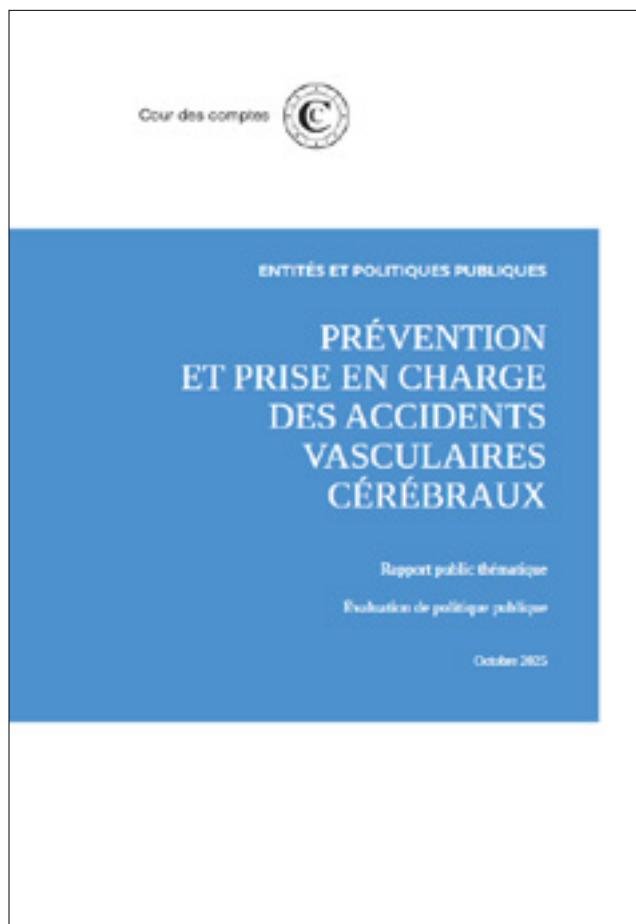
Septembre 2025

Adresse électronique pour cet appel : [dgcs-transitionjuste@social.gouv.fr](mailto:dgcs-transitionjuste@social.gouv.fr)

  
  
**IDDRI**  
  
  
  




**Deux rapports de la Cour des comptes**  
(cliquer sur les images pour télécharger les documents en PDF)



**Rapport CNSA: les GEM**  
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en PDF)

# Rapport d'activité thématique

---

**Octobre 2025**

**Groupes d'entraide mutuelle**

Synthèse des rapports d'activité 2022-2023



L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a publié le 8 septembre 2025 son rapport n°2024-044R relatif à l'accueil du jeune enfant par des assistants maternels.

Ce rapport s'est donné pour but de concilier l'objectif de création de places à court terme avec ceux de qualité d'accueil et de conditions de travail.

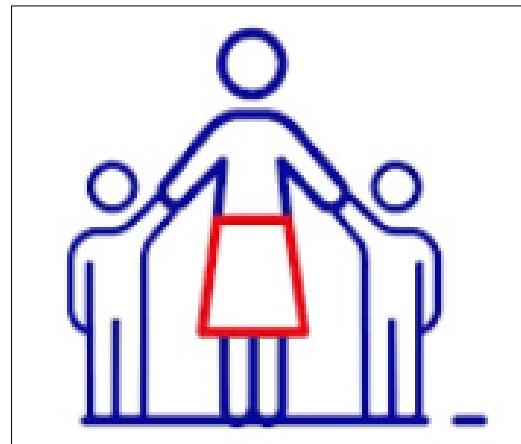
En effet, si le nombre de demandes va augmenter dans les années à venir, ce ne sera pas le cas des assistants maternels, dont le nombre de professionnels en activité a chuté depuis 2013. De telles problématiques vont avoir un impact direct sur l'engagement du gouvernement portant sur la création de 100.000 places d'accueil supplémentaires, collectif ou individuel, d'ici 2027.

Les facteurs explicatifs de la diminution du nombre d'assistants maternels seraient les suivants :

- **Manque de reconnaissance**, en raison de l'association du métier à la sphère domestique et de l'absence de diplôme nécessaire ;
- **Pénibilité des conditions de travail**, du fait de l'intensification du travail et des contraintes imposées par le métier ;
- **Salaire faible** si le nombre d'enfants accueillis est inférieur à trois ;
- **Augmentation du coût du foncier** ;
- **Ruptures fréquentes des contrats de travail** par les familles ;
- **Tension sur l'offre** très inégale d'un bassin d'emploi à l'autre ;
- **Isolation professionnel** du fait de l'absence de collectif de travail et de hiérarchie.

Pour répondre à cela, l'IGAS formule plusieurs recommandations visant à favoriser l'attractivité du métier, tout en promouvant la qualité de la prise en charge des enfants :

- **Renforcer la formation** pour améliorer les conditions de travail et la qualité d'accueil ;
- **Viser à terme une prédominance des crèches familiales** comme mode d'accueil individuel ;
- **Unifier les exigences réglementaires et les modalités de financement** ;



- **Repenser la gouvernance** pour assurer un continuum de l'accueil du jeune enfant.
- » Le rapport est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessous.

The image shows the cover of the report. At the top left is the French Republic logo. At the top right is the logo for 'la voix de l'IGAS'. The title 'L'accueil du jeune enfant par des assistants maternels' is in the center. Below it is the subtitle 'Concilier l'objectif de création de places à court terme avec ceux de qualité d'accueil et de conditions de travail'. The date 'Mai 2025' and reference '2024-044R' are on the left. The word 'RAPPORT' is in blue at the bottom left. On the right, there are three names: Isabelle Benoist, François Carayon, and Thierry Leconte, each with a small blue circular photo. Below them is the text 'Membres de l'Inspection générale des affaires sociales'. At the bottom right is the text 'Avec la participation de Brigitte Bourgignac'. The word 'RAPPORT' is written vertically in large red letters on the right side of the cover.





**n° 301 - Juin 2025**

**Reproduction sur d'autres sites interdite  
mais lien vers le document accepté :**  
<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/301-comment-les-medecins-generalistes-s-adaptent-ils-a-la-sous-densite-medicale.pdf>

## Comment les médecins généralistes s'adaptent-ils à la sous-densité médicale ?

Guillaume Chevillard<sup>a</sup>, Bruno Ventelou<sup>b</sup>, Pierre Verger<sup>c</sup>, Yann Videau<sup>d</sup>

L'offre de médecins généralistes se raréfie sur l'ensemble du territoire français, avec une intensité plus forte dans les zones déjà sous-dotées. Les médecins généralistes (MG) sont soumis à de multiples contraintes liées à la nécessité de maintenir l'accessibilité à une offre de soins de qualité dans un environnement de travail dégradé, notamment par les évolutions conjointes de l'offre et de la demande de soins, en particulier la baisse significative du nombre de médecins formés et le vieillissement de la population. Face à ces transformations des conditions d'exercice, il est important d'analyser les différentes formes d'adaptation mises en œuvre par les MG libéraux. Ce *Questions d'économie de la santé* présente une synthèse des enseignements de différents travaux multidisciplinaires réalisés entre 2019 et 2023, dans le cadre d'un projet baptisé Rosam (Rarefaction de l'offre de soins et adaptations des médecins généralistes). Quatre stratégies individuelles et collectives sont analysées ici : l'évitement, c'est-à-dire le départ du territoire ou l'arrêt de l'activité ; l'ajustement du temps de travail des médecins ; la modification de l'organisation des soins et du cabinet, notamment le regroupement en maison de santé pluriprofessionnelle ; enfin, les changements dans les pratiques médicales. Les résultats montrent que les médecins développent plusieurs registres d'adaptation, lesquels semblent tantôt les protéger face aux difficultés, tantôt suggérer un risque de « mal-adaptation » (adaptation aggravant de manière non intentionnelle la vulnérabilité face à une situation), avec une capacité de réponse à la demande encore amoindrie.

**L**a France connaît depuis une quinzaine d'années une dégradation de l'accessibilité à l'offre de soins en médecine générale de ville. Cette dégradation est plus ou moins exacerbée selon les territoires, qui connaissent déjà des situations initiales hétérogènes, creusant ainsi les inégalités existantes. L'accessibilité moyenne aux médecins généralistes (MG) a baissé d'environ 20 % entre 2015 et 2023<sup>1</sup>. Cette évolution s'explique principalement par la baisse drastique du nombre de médecins formés, en raison d'un *nombre d'études fini trop bas entre 1980 et 2005*, mais également par l'augmentation de la population, de son âge et de ses besoins de soins. Elle devrait progressivement s'inverser compte tenu de la hausse importante de ce quota, puis de son remplacement

en 2020 par un *nombre d'apens* plus souple, mais déjà remis en cause. Selon les projections de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress), la densité standardisée de MG, c'est-à-dire la mesure de l'offre globale en tenant compte de l'augmentation de la demande de soins liée au vieillissement de la population, devrait augmenter à partir de 2030 pour retrouver, en 2040, le niveau de 2012.

Si la raréfaction actuelle de l'offre de MG touche désormais tous les types de territoires, et étend les poches de sous-densité jusque dans les grandes villes et leurs agglomérations périurbaines, elle reste plus marquée dans les espaces ruraux peu attractifs, ainsi que dans les régions et départements en marge du bassin parisien (Chevillard *et al.*, 2023 ; Bonal *et al.*, 2025). Désormais, 36,7 % de la population habite dans un territoire défini comme « zone d'intervention prioritaire » et 39 % dans un territoire défini comme « zone d'action complémentaire » (Journal officiel, arrêté du 9 mai 2025) pour l'installation des MG. Au

<sup>1</sup> La baisse a commencé avant cette période mais, pour des raisons méthodologiques, la comparaison de la *densité standardisée* disponible, 2023, est réalisée avec l'année 2015 afin d'avoir une unique comparabilité de l'indicateur d'accessibilité potentiellement localisée (APL) entre les deux dates.

<sup>a</sup> Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDÉS).

<sup>b</sup> Université Aix-Marseille (AMSE).

<sup>c</sup> Observatoire régional de la santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORPS-Paca).

<sup>d</sup> Université Paris-Est Créteil (UPEC).

**Institut de recherche et documentation en économie de la santé**

**IRDÉS**

## Replay du webinaire Accens "Actualités des ESSMS" - Septembre 2025



Le premier semestre a été particulièrement riche en nouveaux textes : intérim, dispositifs intégrés, habitat inclusif, tarification des services autonomie à domicile, bilan des contrôles EHPAD post ORPEA, annonce des contrôles sur le champ du handicap, ... Les sujets sont nombreux et ont des impacts directs sur l'organisation et le fonctionnement des ESSMS.

De nombreuses jurisprudences sont également venues nourrir l'actualité (fermeture administrative d'ESSMS, sort des coûts de fermeture, prise en compte des revalorisations salariales Etc.).

Maitres VITOUR et NAITALI, avocats au sein du Cabinet ACCENS, reviendront sur les principales actualités du secteur (administratif, droit du travail, droit de la fonction publique, Etc.).

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

**La situation financière actuelle des associations du secteur**  
(cliquer sur l'image pour obtenir l'article en PDF)

## **Le Secours catholique, APF France Handicap, Aides, Unis-Cité... Ces associations emblématiques qui réduisent leurs effectifs**

archive.ph/NT0jJ

6 novembre 2025



Au centre d'accueil de jour Jean-Rodhain, géré par le Secours catholique, à Metz, le 3 septembre 2023. VINCENT BOISOT/SECOURS CATHOLIQUE

« Même si nous avions quelques indices, l'annonce a été un vrai choc : le Secours catholique, qui n'a jamais été touché de son histoire par un plan social, pourrait licencier jusqu'à 155 personnes ! », s'émeut Yohan Delhomme, élu du personnel de l'association caritative fondée en 1946, l'une des plus connues dans le domaine de l'aide aux personnes en difficulté. La direction a en effet annoncé, le 9 octobre, son projet de supprimer 130 postes sur 932, et de modifier 25 contrats (modification qui pourrait conduire à des licenciements si les salariés concernés ne l'acceptent pas). Si 58 postes vacants doivent aussi disparaître, il est par ailleurs prévu de pourvoir 28 postes vacants et d'en créer 58 nouveaux.

Les réductions d'effectif dans les associations, qui emploient un salarié du privé sur dix, sont devenues communes. [Une enquête menée en septembre par Le Mouvement associatif](#), qui représente 700 000 associations, a suscité les réponses de 4 300 d'entre elles : 40 % ont déclaré réduire leur masse salariale, et 9 % procéder à des licenciements ou à un plan de sauvegarde. Non parce que les besoins baissent, mais parce que les coûts augmentent, tandis que beaucoup subissent une réduction des financements publics.

De multiples fédérations du secteur ont récemment adressé un courrier aux directeur de la DGCS et de la HAS.

Ce courrier collectif est important: il vient alerter sur un phénomène constaté par plusieurs opérateurs et gestionnaires: la non-concordance entre les rapports d'évaluation HAS reçus par les ESSMS et ceux présentés en finalité sur Qualiscope.

En effet, les ESSMS ont remarqué que certains critères impératifs de l'évaluation HAS étaient pondérés après la remise du rapport, mais avant la mise en ligne sur Qualiscope.

Ainsi, le résultat est que certains scores sur Qualiscope sont inférieurs à ce qui a été remis aux ESSMS, ce qui ne peut que fragiliser la confiance des professionnels dans le système d'évaluation, et accroître le doute du public quant à la transparence de certains opérateurs car ils diffuseraient alors en local des informations non concordantes avec les rapports en ligne.



Ce courrier vient donc à la fois alerter les responsables de cette situation, mais aussi proposer plusieurs recommandations pour améliorer le dispositif existant et protéger les opérateurs de ce type de difficulté.

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

The logo of the Haute Autorité de Santé (HAS) is displayed at the top of the document. Below the logo, there is a grid of various logos representing different organizations and federations, including Synerpa, ADPA, FEHAP, Croix-Rouge Française, Fédésap, FNAOPA, Mutualité Française, ADMR, FHF, UNOPS, nexem, and UNA. The text of the letter follows:

Monsieur Jean-Benoit DUJOL,  
Directeur général  
Direction générale de la cohésion  
sociale  
74-78 rue Olivier de Serre  
75015 PARIS

Monsieur Jean LESSI  
Directeur général  
Haute autorité de santé  
5 av. de Stalingrad de France  
93210 Saint-Denis

Paris, le 29 octobre 2025

À l'attention de :  
Monsieur Jean-Benoit DUJOL, Directeur général de la DGCS  
Monsieur Jean LESSI, Directeur général de la HAS

Objet : Mobilisation pour garantir la cohérence et la lisibilité de la démarche d'évaluation de la qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Monsieur le Directeur général de la DGCS,  
Monsieur le Directeur général de la HAS,

Les fédérations et associations signataires tiennent à vous alerter sur une situation préoccupante qui, si elle n'est pas rapidement corrigée, risque de fragiliser durablement la confiance des professionnels et des personnes accompagnées dans les dispositifs d'évaluation et d'amélioration de la qualité.

Depuis plusieurs mois, nos organisations observent une série de décisions et de pratiques qui versent à préciser les modalités d'évaluation des ESSMS, avec l'intention d'assurer plus de transparence et d'égalité de traitement entre l'ensemble des structures évaluées. Les fédérations et associations signataires partagent pleinement l'ambition d'exigence et de transparence portée par la démarche d'évaluation de la qualité. Mais cette ambition ne peut produire ses effets que si sa mise en œuvre repose sur des règles claires, justes et

Page 1 sur 4

## Le périmètre de prescription des IPA

(cliquer sur l'image pour obtenir l'article en PDF)

### ZOOM SUR LES PRESCRIPTIONS

Les prescriptions listées ne peuvent être renouvelées sans concertation médicale.

#### TOUS LES IPA

Indépendamment de leur domaine d'intervention, peuvent prescrire :

Catégorie de Produits ou Prestations	Bande ou lot de cotisation de classe 1 et 2, Enquêteurs de proximité ou individuels, ...
Dispositifs Médicaux	
Nutrition et Hydratation	Compléments nutritionnels crus, Selles renouvelables d'electrolytes, ...
Médicaments	Antalgiques de 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>nd</sup> ordre, Antidiarréiques, Antiseptiques, Antiseptiques à effet digestif, Poudres moulées à effet digestif, Antiseptiques, Antiseptiques de la pompe à prostate, Antiseptiques locaux, Antiseptiques locaux, Poudres moulées, Laxatifs
Antibiotiques (TROG)	Postopératoire immédiat, Antiseptique
Dispositifs et Urgences	Mastomprothèse, Prostes cervico-utérins, Kit de dépoussiérage des voies respiratoires, Kit de Naissance

**SELON LE DOMAINE D'INTERVENTION**

Pathologies chroniques stabilisées prévention et prévention et polyopathologies courantes en soins primaires	Pathologies chroniques stabilisées prévention et prévention et polyopathologies courantes en soins primaires
Sans diagnostic médical préalable	Avec diagnostic médical préalable
Traitement anti-hypertension de première ligne (EC, ARA2, inhibiteur de l'enzyme d'assimilation de l'ACE, inhibiteur calcique)	Traitement anti-hypertension de première ligne (EC, ARA2, inhibiteur calcique, diurétique, diurétique lithiasique)
Dispositifs d'aide surveillance de la glycémie capillaire	Dispositif d'aide surveillance du taux de glucose interstitiel
Traitement(s) hypoglycémiants de première ligne	Traitement(s) hypoglycémiants (pratique et impraticable, insuline)
Polygraphie ventilation nocturne	Oxygénothérapie

**SELON LE DOMAINE D'INTERVENTION**

Pathologies chroniques stabilisées prévention et prévention et polyopathologies courantes en soins primaires	Pathologie et santé mentale	Maladie mentale chronique, diabète, transplantation rénale	Urgences
Sans diagnostic médical préalable	Avec diagnostic de recoursisme :	Avec diagnostic médical préalable	Avec diagnostic médical préalable
Conteneur du syndrome extra-rénal induit par les neutrophiles (In-polyphénol, Lipidone)	• Théorie • Bactérienne, naevienne • Acné-pratique, cutanomuqueuse • Bézoldéite pine	• Théorie • Bactérienne, naevienne • Acné-pratique, cutanomuqueuse • Collyres antiseptiques et gouttières • Liquide d'irrigation par vaporur	• Théorie • Anticholinergiques et bêta-2 mimétiques intranasaux • Méthane désoxygénante oxygénée • Collyres antiseptiques et gouttières • Liquide d'irrigation par vaporur • Antidiurétiques et antipsyratase 1 • N-acétylcytosine (NAC) • Comodex
Hydroxyzine	Hydroxyzine	Traitement(s) des troubles phosphoalcalins :	Traitement(s) des troubles phosphoalcalins :
Médicaments	Anticancéreux et thérapie-oncologique	• Calcium per os • Vitamine D • Chélateur du phosphore	• Calcium per os • Vitamine D • Chélateur du phosphore
Antibiotiques (TROG)	Antalgique de 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>nd</sup> ordre	Laxatif	Bicarbonate de sodium
Dispositifs et Urgences	Topiques et pénétration à base d'urée ou d'acide salicylique (hypérénératose)	Toxicité s'endo-buccale(s) :	Traitement des dyslipémies :
	Bézamethasone anti-éosinophile à sucre	• Antibiotique B en sucre buse • Mécénazole en gel buccal • Morphine à 2% ou Idoxéaine en application buccale	• chélateur de potassium • potassium per os • Acide aminé par voie
	Antihistaminiques H1	Antihistaminiques H1	Test à la fluorescéine
	Cationomètre de ferme	Acétylénacine	

**Les prescriptions listées ci-dessous ne peuvent être renouvelées sans concertation médicale.**

Retrouvez la liste exhaustive des médicaments sur les bases de données suivantes: Thérisque, Vital et Claude Bernard.

AAPA

## Ethique et fonctionnement

### L'IA générative en contexte de santé

L'IA générative constitue une évolution majeure pour le système de santé (réduction de la charge administrative, amélioration des pratiques, personnalisation des soins), mais son utilisation comporte également des risques : erreurs, "hallucinations", biais, et impacts écologiques.

Dans ce contexte, la HAS propose un guide qui souligne la nécessité d'un cadre rigoureux pour garantir la qualité, la sécurité et l'éthique des usages, tout en préservant les compétences des professionnels.

Ce guide propose une méthodologie structurée nommée A.V.E.C., visant à respecter 4 lignes directrices pour un usage sécurisé et éthique:

- **Apprendre:** se former et choisir des outils adaptés à ses besoins ;
- **Vérifier:** contrôler la pertinence des requêtes, la confidentialité des données et la qualité des contenus générés ;
- **Estimer:** évaluer en continu l'adéquation des outils aux objectifs fixés ;
- **Communiquer:** impliquer les patients et échanger avec les pairs pour une amélioration collective.

En complément de cette méthodologie, des outils concrets sont également fournis:

- Un check-list pour choisir un système ;
- Des guides de formulation de requête ;
- Des repères pour vérifier les contenus produits.

Par ailleurs, il propose des pistes d'action pour les acteurs locaux:

- **La formation des équipes:** ressources de la HAS et des sociétés savantes ;
- **L'expérimentation:** le test de différents outils en définissant des critères d'évaluation clairs (par exemple, le temps gagné, la qualité des contenus, Etc.) ;
- **L'échange:** organisation des retours d'expérience entre professionnels pour mutualiser les bonnes pratiques ;
- **L'adaptation des outils:** le fait de privilégier des systèmes permettant un support technique continu et une personnalisation des paramètres.

» Le guide est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur les images ci-dessous.

The image shows the front cover of a guide titled 'Premières clefs d'usage de l'IA générative en santé dans les secteurs sanitaire, social et médico-social'. The cover features the HAS logo at the top, followed by the title in large blue text. Below the title, it says 'dans les secteurs sanitaire, social et médico-social'. At the bottom, it indicates the document was adopted by the Collège le 22 octobre 2020.

The image is a screenshot of the guide's content page. It features a header with the title and the A.V.E.C. methodology. Below this, there are four main sections with orange vertical bars on the left: 'Avant l'usage : Choisir un système d'IA générative', 'Lors de l'usage : Bien utiliser un système d'IA générative', 'Après l'usage : Améliorer sa pratique', and 'Les pistes : Poursuivre l'usage'. Each section contains a list of actions or tips. At the bottom, there are navigation icons for back, forward, and search.

## La vidéosurveillance dans les espaces collectifs en ESSMS



L'installation d'un système de vidéosurveillance dans les espaces collectifs des établissements sociaux et médico-sociaux est soumise à des règles strictes.

Ces règles sont notamment présentes dans:

- Le RGPD ;
- Le Code de la sécurité intérieure (article L251-2).

Le principe général est celui-ci: la vidéosurveillance doit répondre à un objectif précis et proportionné (sécurité des biens et des personnes) et ne pas porter atteinte à la vie privée.

En substance:

### Les lieux dans lesquels les caméras sont interdites

- Les salles à manger ;
- Les salles de repos ;
- Les couloirs desservant les chambres ;
- Les espaces d'activités.

Ces lieux ne peuvent être filmés que dans des cas exceptionnels et avec une **justification forte**: menace récurrentes, incidents graves et répétés, mais aussi avec une **limitation temporelle claire** et en lien avec la justification (limite de temps permettant de réguler le danger).

### Les lieux dans lesquels les caméras sont autorisées

- Les zones à risque: parkings, entrées, issues de secours, locaux techniques...
- Les espaces de circulation externe où se rencontrent des enjeux de sécurité.

La vidéosurveillance est possible dans ces lieux, à condition que:

- L'usage soit proportionné à l'objectif ;
- Les personnes concernées soient informées ;
- Les images soient conservées pour une durée limitée ;
- L'accès aux images soit restreint aux personnes habilitées.

Par ailleurs, toute installation de vidéosurveillance impose une obligation d'information à destination:

- Des personnes concernées ;
- Des familles ;
- Des visiteurs ;
- Des représentants légaux ;
- Des professionnels.

Cette information doit prendre la forme, au minimum, d'une affiche mentionnant:

- L'objectif de la vidéosurveillance ;
- Le responsable du traitement des données ;
- Les droits de chacun (accès et suppression) ;
- La réclamation possible auprès de la Cnil.

### Les risques en cas de manquement

Installer des caméras dans des lieux ou des usages inadaptés expose à la condamnation pour:

- Atteinte à la vie privée ;
- Non-conformité au RGPD.

Cela peut aussi faire l'objet d'une remarque et d'une injonction suite à une visite d'évaluation HAS.

Pour s'en prémunir, il est recommandé:

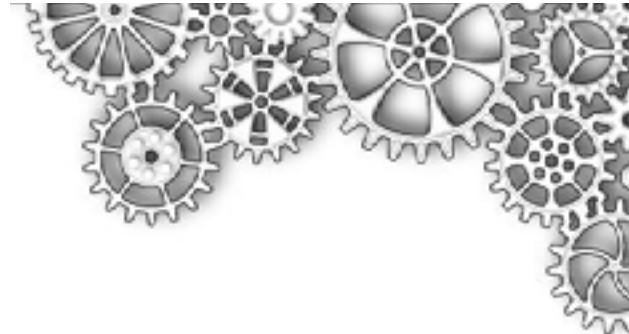
- De réaliser une analyse d'impact, notamment en consultant le DPO ;
- D'envisager des mesures alternatives: présence renforcée des professionnels, adaptation des éclairages pour identification facile des périls, formation des équipes à la gestion d'urgence et à la régulation des conflits.

Enfin, il ne faut pas perdre de vue que **la vidéosurveillance n'est pas un outil de contrôle mais un outil de sécurité**.

En conséquence, elle doit toujours être justifiée, proportionnée et temporaire.

**Les droits et la dignité des personnes accompagnées demeurent prioritaires vis-à-vis de la volonté de maîtrise des établissements et services.**

## Rouages et mécanismes



### Le mécanisme du silence dans la maltraitance

Dans certaines situations de maltraitance, il peut paraître surprenant de constater que, parfois, beaucoup de professionnels avaient conscience des dérives et ne les ont pas signalée.

Cela pose une question importante: qui ne dit mot consent?

Comme bien souvent en institution, les choses ne sont pas aussi simples que cela, et il est essentiel de comprendre le mécanisme psychologique à l'origine de certains silences professionnels. En effet, même si des situations de complicité active existent, sans doute plus souvent qu'on ne veut l'admettre car il est difficile d'associer mentalement le rôle soignant et la malveillance, d'autres situations sont à prendre en compte et à comprendre pour produire une prévention réellement efficace et porteuse d'amélioration.

Il est par exemple possible de poser l'hypothèse qu'il existe un véritable **phénomène psychique empêchant de signaler, à la manière d'un engrenage dont il est complexe de sortir lorsqu'on y est entré**.

Cette hypothèse suppose la reconnaissance de quatre séquences distinctes:

- L'entrée dans le processus ;
- La réponse rationalisée ;
- L'engrenage qui se met en marche ;
- Le dénouement.

#### L'entrée dans le processus: quand l'écart est observé pour la première fois

Cela se produit lorsqu'un professionnel observe un geste ou une parole déplacée qui n'est pas une maltraitance caractérisée. C'est un écart dans les normes de conduite face à une personne vulnérable.

Ce comportement heurte néanmoins ses valeurs professionnelles et humaines. Il éprouve alors une **dissonance éthique**, à la source d'une tension interne intense qui naît du décalage entre ses valeurs et la réalité constatée.

#### La réponse rationalisée: choisir de se taire et le justifier

Le professionnel peut être pris dans un dilemme: faut-il parler ou se taire?

Parler peut être perçu comme un risque: celui d'être mal vu, de créer des problèmes, de faire face à l'isolement dans l'équipe (surtout si elle est clanique et toxique depuis longtemps à cause de ses mécanismes de punition face à ce qu'elle nomme les "balances").

La solution psychologique adoptée peut alors être la **rationalisation**.

Pour réduire la tension interne, le professionnel peut produire une justification: "c'est la fatigue", "il ne s'est pas rendu compte", "ce sont les conditions de travail"...

Les **processus de minimalisation et de justification** apaisent le conflit interne et provoquent une inaction rationalisée menant au silence. C'est le début de l'engrenage.

#### L'engrenage: entre aggravation et banalisation

Le silence individuel peut rencontrer la **normalisation collective**: "Ici, c'est comme ça", "les accompagnements sont difficiles, on ne peut pas toujours bien faire", "on est des humains, on ne peut pas nous reprocher de ne pas toujours bien faire" ... autant de coups de canif dans le contrat moral qui viennent provoquer une **intégration de l'écart dans les pratiques habituelles**.

Au fil du temps, le piège se referme: la situation s'aggrave mais personne ne réagit car la **banalisation est ancrée dans les processus de perception de la réalité institutionnelle**.

Le professionnel peut alors entrer dans un autre mécanisme tout aussi insidieux: la **culpabilité passive**. Il se reproche d'avoir laissé faire au départ, mais ne peut plus réagir car pris dans les dynamiques de groupe éteignant son sentiment d'urgence et de nécessité d'action.

Cela le mène au dénouement du silence.

## Le dénouement du silence: se heurter au mur psychologique

Le professionnel se répète inlassablement "si ça s'aggrave encore, il faudra réagir", mais ne parvient pas dépasser le blocage issu du **mur psychologique** dont l'une des briques les plus robustes est le fait que **témoigner maintenant, c'est admettre sa passivité d'hier**.

Or, reconnaître d'avoir laissé faire et d'être aujourd'hui piégé par la peur d'admettre sa complicité est extrêmement coûteux sur le plan du narcissisme.

En conséquence, la culpabilité et le coût psychologique paralysent l'action future. Le cercle vicieux est désormais ancré et indépassable psychologiquement si le professionnel n'est pas accompagné de manière adéquate. Ce type de processus institutionnel doit donc être compris pour pouvoir produire une authentique prévention.

### Briser le mécanisme

En premier lieu, il importe d'expliquer le processus aux équipes et de les former aux attendus de la promotion de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance:

- **Des repères clairs pour des pratiques justes, afin de lutter contre les banalisations en rappelant ce qui est normal et ce qui ne l'est pas.**

Il n'est pas possible d'exiger des professionnels de signaler les actes de maltraitance si le mécanisme qui les amène à ne plus les percevoir comme tels n'est pas contrebalancé par des informations régulières permettant de revenir à des représentations plus justes et réalistes.

- **Des informations sur la protection offerte par la loi aux professionnels qui signalent.**

Explication que l'encadrement est en mesure de protéger les personnes qui signalent des conséquences anormales de type harcèlement moral ou institutionnel.

Par ailleurs, expliquer qu'un lanceur d'alerte est "*toute personne, groupe ou institution qui adresse un signal d'alarme, de bonne foi, en espérant enclencher un processus de régulation ou de mobilisation collective, après avoir eu connaissance d'un danger, d'un risque ou d'un scandale avéré*".

En parallèle de ce statut protecteur, réintroduire le droit en expliquant que la loi Sapin 2 (2016) et la loi de 2022 sur les lanceurs d'alerte garantissent:

- \* **L'interdiction absolue des représailles**, notamment du licenciement ;
- \* **La confidentialité**: il n'est pas autorisé de dévoiler en institution "celui qui a dit".
- \* **L'immunité civile et pénale**: il n'est pas possible de poursuivre un professionnel qui a dévoilé une situation en tant que lanceur d'alerte.
- **Des espaces pour exprimer librement ses doutes sur les pratiques en vigueur et leurs dérives potentielles.**

L'effet tunnel paralyse le psychisme par la dissonance éthique et la rationalisation de l'inaction.

Il est donc utile de faire appel à un tiers n'appartenant ni à l'équipe, ni à la hiérarchie pilotant l'équipe, afin d'étudier les fonctionnements et d'identifier ce qui relève du signalement à transmettre.

### Lorsque les faits sont des écarts et non des maltraitances:

- \* Echanger avec le personnel, hors présence de la hiérarchie (référent maltraitance, représentant des usagers) ;
- \* Lui conseiller d'échanger avec les IRP pour la question des conditions de travail ;
- \* Lui permettre d'échanger avec les associations de lutte contre la maltraitance pour avoir une écoute tierce et des conseils non marqués par le fonctionnement de l'institution.

### Lorsque les faits sont des maltraitances caractérisées:

- \* Entrer en procédure disciplinaire pour rappeler les limites et aider au désamorçage de l'escalade ;
- \* Sanctionner de manière juste et équitable afin que le processus disciplinaire soit un mécanisme de régulation et non un outil toxique d'intimidation.
- **Un accompagnement des professionnels**

Porter à la connaissance du personnel une procédure claire de signalement comportant des fonctionnements sains.

La faire suivre d'actes réels et efficaces, pour ne pas en faire un dédouanement symbolique mais bien un outil de régulation et de prévention.

- » En documents d'appui, nous proposons dans les pages suivantes trois versions d'une affiche construite par Sylvie Henry-Espargillere, Consultante qualité.

## Agir contre la maltraitance (1/3)

(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)

### Qu'appelle-t-on « maltraitance » et comment agir ?

#### Qu'est-ce qu'un acte de maltraitance ?

La maltraitance constitue **tout acte, ou omission**, qui a pour effet de **porter gravement atteinte**, que ce soit de manière **volontaire ou involontaire**, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une **personne vulnérable** (Définition du Conseil de l'Europe - 1987).

La loi 2022-160 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, complète cette définition : « La maltraitance vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un **geste, une parole, une action ou un défaut d'action** compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte **intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de sein ou d'accompagnement** ».

#### Les différents types de maltraitance

Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance - 2021



##### Les violences physiques

**Châtiments corporels**, agressions physiques, **gestes brutaux, enfermement** (y compris au domicile), usage abusif ou injustifié de la **contention**, sur ou **sous-médication**, usage de traitements à mauvais escient, intervention médicale sans consentement éclairé...

##### Les violences sexuelles

**Viols**, agressions sexuelles, **atteintes sexuelles**, abusifs à la pudeur, embûchement dans la pornographie et la **prostitution**...

##### Les violences psychologiques

**Insulte**, intimidation, harcèlement, humiliation, menace de sanctions ou d'abandon, mise à l'écart, **réligation** des espaces de vie ou des activités familiaux dans la vie quotidienne (repas, loisirs, fêtes, vacances...), **chantage affectif**, recours à l'arbitraire, déni du statut d'adulte, **infantilisation**, usage d'un vocabulaire **dégradant**, indifférence, **silence systématique**, contraintes ou **limitations** alimentaires injustifiées, imposition de règles d'utilisation de moyens de communication empêchant le maintien des liens sociaux et familiaux, **privation d'équipements ou d'activités** destinées à favoriser le développement et/ou les relations sociales de la personne, emprise mentale, déni du statut d'enfant et **parentification** (inversion des rôles entre l'adulte et l'enfant, attitude consistant à confier à un mineur des responsabilités inadéquées à son âge, notamment pour satisfaire aux besoins des adultes qui l'entourent), **sous ou surprotection** entravant l'exercice et le développement de l'autonomie...

##### L'exposition à un environnement violent

Environnement familial ou institutionnel violent dans lequel la personne, mineure ou majeure, est soumise à des **actes, comportements ou images violentes**, à des **menaces de violence**, à des **violences entre pairs**, sans un degré suffisant de régulation de la part des personnes en responsabilité au sein de cet environnement.

##### Les maltraitances matérielles et financières

**Fraude**, vol d'effets personnels, d'argent ou de biens, **privation de gestion de ses ressources** ou d'accès à ses comptes bancaires, **confiscation de cadeaux**, **dégradation** des biens d'une personne, **racket**...

##### Les négligences, abandons, privations

défaut, qui peut être répété, de soins, **défaut d'adoption de la prise en charge** de la personne au regard de son diagnostic médical, **absence de recherche d'un consentement éclairé** pour toute décision qui concerne la personne (hors situation d'urgence), privation de nourriture, de boissons ou d'autres produits d'usage quotidien, obstruction ou **restrictions abusives** à l'égard des visites ou des contacts avec les proches, **négligence éducative**, négligence de l'hygiène personnelle, inaction conduisant à laisser la personne dans un état de dénuement ou d'isolement, absence de recherche de relai ou de continuité d'intervention suite à un départ ou une rupture de prise en charge, en particulier à domicile, **entrave ou insuffisance des moyens mis en œuvre** pour permettre l'exercice du droit de vote ou l'accès à une aide, à une prestation, entrave ou refus de reconnaître le droit à vivre librement sa sexualité (dans les limites de l'âge et de la faculté de compréhension)...

##### Les discriminations

**accès difficile, dégradé ou impossible aux droits**, au logement, aux soins, à réducation, au travail, aux prestations sociales, à une information loyale et compréhensible... qui surviennent notamment **sur le fondement d'une particulière vulnérabilité** résultant de la situation économique, de l'apparence physique, de l'âge, d'une situation de handicap, de l'état de santé, de la perte d'autonomie...

#### Que faire ?

##### Vous êtes témoin d'une situation de maltraitance avérée mettant en danger la vie de la personne

- Appeler les secours : Police : 17 - Pompiers : 18 - SAMU : 15 ou 112 (portable)



Signaler est une obligation

##### Vous êtes témoin d'une situation de maltraitance avérée sans danger immédiat

- Contacter la **hiérarchie** de votre établissement ou votre service pour signalement au Procureur
- Contacter un **numéro national d'écoute** (3977, 119, 3919) pour conseils d'accompagnement de la victime



#### Sources à consulter :

- Démarche de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité
- Article 40 du Code de Procédure Pénale (obligation de signalement)
- Article 223-6 du Code Pénal (non-assistance à personne en danger)
- Article 641-7-44 du Code de la Santé Publique (cadre d'intervention d'un médecin)
- Article 226-14 du Code Pénal (levée du secret professionnel)
- Articles 434-1 et 2 du Code Pénal (Circonstances aggravantes : maltraitances sur personne vulnérable)

Sylvie HENRY-ESPAROLIERE  
Consultante anti-« usines à gaz »



## Agir contre la maltraitance (2/3)

*(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)*

### Qu'appelle-t-on « maltraitance » et comment agir ?

**Qu'est-ce qu'un acte de maltraitance ?**

La maltraitance constitue **tout acte, ou omission**, qui a pour effet de **porter gravement atteinte**, que ce soit de manière **volontaire ou involontaire**, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une **personne vulnérable** (Définition du Conseil de l'Europe - 1987).

La loi 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, complète cette définition : « La maltraitance vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un **geste, une parole, une action ou un délit d'action** compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte **intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement** ».

**Les différents types de maltraitance**  
Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance - 2021

**Les violences physiques**

**Les violences sexuelles**

**Les violences psychologiques**

**Les maltravaleances matérielles et financières**

**Les négligences, abandon, privations**

**Les discriminations**

**L'exposition à un environnement violent**

**Que faire ?**

**Vous êtes témoin d'une situation de maltraitance avérée mettant en danger la vie de la personne**

- Appeler les secours : Police : 17 - Pompiers : 18 - SAMU : 15 ou 112 (portable)

**Vous êtes témoin d'une situation de maltraitance avérée sans danger immédiat**

- Contacter la **hiérarchie** de votre établissement ou votre service pour signalement au Procureur
- Contacter un **numéro national d'écoute** (3977, 119, 3919) pour conseils d'accompagnement de la victime

**Signaler est une obligation**

**Le 3977 : numéro dédié aux personnes âgées et aux adultes en situation de handicap** victimes de maltraitance.

Ce service est **gratuit**, accessible aux victimes et aux témoins (entourage et professionnels), et l'appel ne figure pas sur les relevés téléphoniques. Il dispose d'un **accès pour les personnes sourdes et malentendantes** (appel visio en LSF depuis le site internet).

**Le 119 : numéro dédié à la prévention et à la protection des enfants** en danger ou en risque de l'être.

Il est joignable 24h/24, 7j/7, **gratuit, confidentiel et invisible sur les factures** et relevés de téléphone.  
Tout le monde peut appeler le 119 : les enfants et adolescents confrontés eux-mêmes au danger, ou appellent pour un autre enfant qu'ils connaissent, et les adultes confrontés ou préoccupés par une situation d'enfant en danger (dans leur famille, voisinage, communauté éducative...).

**Le 3919 : numéro de référence pour l'écoute et l'orientation des femmes victimes de violences.**

Les appels peuvent concerner **tous les types de violences sexistes** : violences conjugales, violences sexuelles, mariages forcés, mutilations sexuelles féminines, violences au travail.  
En fonction de leur situation, les **femmes sont orientées** vers les associations locales ou nationales partenaires les mieux à même d'apporter une réponse ou un accompagnement.

**Sources à consulter :**

- Démarche de consensus pour un **vocabulaire partagé de la maltraitance** des personnes en situation de vulnérabilité
- Article 40 du **Code de Procédure Pénale** (obligation de signalement)
- Article 223-6 du **Code Pénal** (non-assistance à personne en danger)
- Article 641-7-44 du **Code de la Santé Publique** (cadre d'intervention d'un médecin)
- Article 226-14 du **Code Pénal** (levée du secret professionnel)
- Articles 434-1 et 2 du **Code Pénal** (Circonstances aggravantes : maltravaleances sur personne vulnérable)

Sylvie HENRY-ESPARREILLER  
Consultante anti-« usines à gaz »

## Agir contre la maltraitance (3/3)

*(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)*

### Qu'appelle-t-on « maltraitance » et comment agir ?

#### Qu'est-ce qu'un acte de maltraitance ?

La maltraitance constitue **tout acte, ou omission**, qui a pour effet de **porter gravement atteinte**, que ce soit de manière **volontaire ou involontaire**, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une **personne vulnérable** (définition du Conseil de l'Europe - 1987).

La Loi 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, complète cette définition : « La maltraitance vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un **geste, une parole, une action ou un défaut d'action** compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte **intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement** ».



#### Les différents types de maltraitance (Conseil de l'Europe - 1992)

##### Les violences physiques

**Toute action portant atteinte au corps** de la personne : bousculades, gifles, brûlures, soins brusques sans information ou préparation, violences et sévices sexuels, contraintes physiques, contention abusives...

##### Les violences psychiques ou morales

**Toute action portant atteinte à l'intégrité morale** : langage irrespectueux ou dévalorisant, chantages, menaces, abus d'autorité, non-respect de l'intimité, injonctions paradoxalement, inutiles, humiliantes, exigences excessives par rapport aux capacités de la personne, privation de visites...

##### Les violences matérielles et financières

**Toute action portant atteinte à la situation matérielle et financière** de la personne : vols, escroqueries diverses, tiers vivant aux dépens de la personne, privation de la maîtrise de ses ressources et de ses dépenses, spoliation ou privation de la jouissance de biens mobiliers ou immobiliers...

##### Les violences médicales ou médicamenteuses

**Défaut ou excès de prise en charge** médicamenteuse ou de soins, irrespect des volontés de la personne, non traitement de la douleur, abus de traitement sédatif ou neuroleptique, défaillant de soins de rééducation, non information sur les traitements ou les soins, absence de recherche du consentement...

##### Les négligences actives

**Manquements pratiqués avec l'intention de nuire** : privation de nourriture, de boisson, non-assistance à la toilette, au lever, au coucher, au repos, à la marche... non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques...

##### Les négligences passives

**Manquements pratiqués sans intention de nuire**, par manque d'attention ou par ignorance : abandon, oubli (ex : oubli des changes), non entretien du linge, de l'environnement (logement insalubre), non satisfaction des besoins physiologiques...

##### La privation ou la violation des droits

**Non-respect des droits et libertés de la personne** (cf. Charte) : imposer un mode de vie (déménagement contraint vers un autre domicile ou une institution), protection juridique abusive (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle), non-respect de la sexualité, privation des droits citoyens (droit de culte, de vote, de disposer librement de ses papiers d'identité...)

#### Que faire ?

##### Vous êtes témoin d'une situation de maltraitance avérée mettant en danger la vie de la personne

- Appeler les secours : Police : 17 - Pompiers : 18 - SAMU : 15 ou 112 (portable)



Signaler est une obligation

##### Vous êtes témoin d'une situation de maltraitance avérée sans danger immédiat

- Contacter la **hiérarchie** de votre établissement ou votre service pour signaler au Procureur
- Contacter un **numéro national d'écoute** (3977, 110, 3919) pour conseils d'accompagnement de la victime

Le **3977** : numéro dédié aux personnes âgées et aux adultes en situation de handicap victimes de maltraitance.



Ce service est **gratuit**, accessible aux victimes et aux témoins (entourages et professionnels), et l'appel ne figure pas sur les relevés téléphoniques. Il dispose d'un **accès pour les personnes sourdes et malentendantes** (appel visio en LSF depuis le site Internet).

Le **110** : numéro dédié à la prévention et à la protection des enfants en danger ou en risque de l'être.



Il est joignable 24h/24, 7j/7, gratuit, confidentiel et invisible sur les factures et relevés de téléphone. **Tout le monde peut appeler le 110** : les enfants et adolescents confrontés eux-mêmes au danger, ou appeler pour un autre enfant qu'ils connaissent, et les adultes confrontés ou préoccupés par une situation d'enfant en danger (dans leur famille, voisinage, communauté éducative...).

Le **3919** : numéro de référence pour l'écoute et l'orientation des femmes victimes de violences.



Les appels peuvent concerner **tous les types de violences sexistes** : violences conjugales, violences sexuelles, mariages forcés, mutilations sexuelles féminines, violences au travail. En fonction de leur situation, **les femmes sont orientées** vers les associations locales ou nationales partenaires les mieux à même d'apporter une réponse ou un accompagnement.

#### Sources à consulter :

- Démarche de consensus pour un **vocabulaire partagé de la maltraitance** des personnes en situation de vulnérabilité
- Article 40 du **Code de Procédure Pénale** (obligation de signalement)
- Article 223-6 du **Code Pénal** (non-assistance à personne en danger)
- Article 641-7-44 du **Code de la Santé Publique** (cadre d'intervention d'un médecin)
- Article 226-14 du **Code Pénal** (levée du secret professionnel)
- Articles 434-1 et 2 du **Code Pénal** (Circonstances aggravantes : maltraitances sur personne vulnérable)

Sylvie HENRY-ESPARRELLIER  
Consultante anti-« usines à gaz »



Les instances en ESSMS: guide pratique  
(cliquer sur l'image pour obtenir le document en PDF)

LIVRE BLANC | Par Qualineo

**ESSMS**

## Instances en ESSMS : le guide pratique

Le GUIDE ESSENTIEL pour :

- ✓ **Connaître** les différentes instances
- ✓ **Clarifier** leur rôle et leurs missions
- ✓ **Saisir** les points de vigilance

● Inclus dans ce guide :  
Panorama complet des instances en fiche pratique !



**Santé Publique France (SPF)** a produit récemment un Bulletin dédié à la surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2024.

Ce Bulletin indique que le **nombre de sérologies VIH réalisées par les laboratoires de biologie médicale continue à augmenter**. En 2024, il est estimé à 8,5 millions.

Les sérologies réalisées sans ordonnance et sans avance de frais représentent 20% de l'ensemble des sérologies réalisées en 2024.

Depuis son élargissement aux IST en septembre 2024, le **nombre mensuel de jeunes de moins de 25 ans testés pour le VIH via ce dispositif a doublé**.

◊ Environ 5.100 personnes ont découvert leur séropositivité au VIH en 2024.

Ce nombre semble se stabiliser après l'augmentation observée entre 2020 et 2023.

Plus de la moitié (56%) des personnes découvrant leur séropositivité en 2024 étaient nées à l'étranger. Parmi elles, 43% ont été contaminées après leur arrivée en France. Comme pour l'ensemble des découvertes de séropositivité, l'évolution des découvertes chez les personnes nées à l'étranger est marquée par une diminution en 2020 suivie d'une reprise de l'augmentation jusqu'en 2023.

**Les modes de contamination les plus fréquents chez les personnes diagnostiquées en 2024 étaient les rapports hétérosexuels (53%) suivis des rapports sexuels entre hommes (42%).** Les personnes trans contaminées par des rapports sexuels représentaient 2% des découvertes et les usagers de drogues injectables (UDI) 1%. Les contaminations mère-enfant (1%) concernaient en majorité des enfants nés en Afrique subsaharienne.

Chez les HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes), la stabilisation du nombre de découvertes depuis 2022 marque une rupture avec les tendances observées précédemment, avec une diminution régulière chez les HSH nés en France et une augmentation chez ceux nés à l'étranger.

L'épidémie reste marquée par une situation particulièrement préoccupante en Guyane, et dans une moindre mesure à Mayotte, aux Antilles et en Île-de-France.

# ☰ Bulletin

## VIH et IST bactériennes

Date de publication : 27 octobre 2025

EDITION NATIONALE

### Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2024

#### SOMMAIRE

Introduction	1
Prise en charge	2
Indicateurs à VIH : définitions	3
Surveillance des IST bactériennes	4
Discussions : Conclusion	5
Prévention	6
Annexe 1. Discours de surveillance	7
Annexe 2. Méthodes de surveillance et d'interprétation	8

#### Introduction

Santé publique France produit chaque année, en amont de la Journée mondiale de lutte contre le VIH, des indicateurs évaluant le niveau de risque épidémiologique de l'infection par le VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes en France. Ces indicateurs sont issus de données épidémiologiques provenant des urgences et cliniques, sur une base obligatoire ou volontaire, parmi celles du système national des données de santé (SNDs) géré par l'assurance maladie. À partir des indicateurs de surveillance, d'autres indicateurs clés pour le suivi de l'épidémie à VIH ont été créés : l'incidence (nombre de nouvelles contaminations), le nombre de personnes ignorant leur séropositivité, les cas de au diagnostic. Une actualisation de la cascade de soins du VIH est également présente.

Ce Bulletin national intègre des données régionales sous forme de cartes. Des tableaux de tendances plus détaillées sont disponibles aux posturaires locaux, fourni par ailleurs produit par les collectifs régionaux de santé publique France. Ce Bulletin présente également la campagne de prévention diffusée au-delà de l'ensemble.

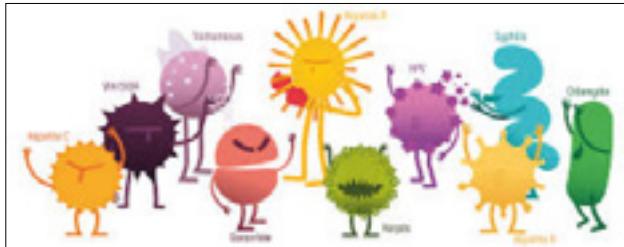
Des annexes à la fin de ce Bulletin détaillent l'usage des dispositifs de surveillance ainsi que les indicateurs prioritaires, et d'autre part les méthodologies utilisées pour corriger les données de la surveillance du VIH et produire les estimations des indicateurs clés.

**En 2024, 43% des infections à VIH ont été découvertes à un stade tardif, dont 27% au stade avancé.** Cette proportion, bien qu'en diminution depuis 2020, caractérise particulièrement les opportunités manquées de dépistage et de mise sous traitement.

Les progrès dans la lutte contre l'infection à VIH en France sont nombreux, comme en témoigne la cascade de soins de 2023 : 94% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) étaient diagnostiquées. Parmi elles, 96% étaient sous traitement antirétroviral, avec une charge virale indétectable (au seuil de 200/mm<sup>3</sup>) pour 97% d'entre elles.

Toutefois, **l'incidence des contaminations par le VIH ne diminue plus et s'est stabilisée à 3.400 cas depuis 2023.** Le nombre de personnes vivant avec le VIH non encore diagnostiquées est estimé à environ 9.700 en 2024, malgré une diminution par rapport à 2023.

Ces indicateurs soulignent la nécessité de poursuivre les efforts pour mieux répondre aux besoins des populations et des territoires les plus exposés, en déclinant les mesures de prévention combinée selon une approche d'universalisme proportionné, afin d'atteindre l'objectif d'élimination de l'infection par le VIH fixé par la stratégie nationale de santé sexuelle.



### En ce qui concerne les IST bactériennes

En 2024, selon les données de l'Assurance Maladie:

- 3,4 millions de personnes ont été dépistées pour l'infection à Chlamydia trachomatis ;
- 3,7 millions de personnes l'ont été pour la gonococcie ;
- 3,7 millions de personnes pour la syphilis.

Parmi ces dépistages, certains ont été réalisés gratuitement dans les CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, incluant le VIH):

- 306.000 dépistages de l'infection à Chlamydia trachomatis ;
- 305.000 dépistages de gonococcie ;
- 285.000 dépistages de la syphilis.

**Les taux de dépistage des trois IST bactériennes ont continué à augmenter entre 2022 et 2024 (+30% pour les infections à Chlamydia trachomatis, +26% pour les gonococcies et +20% pour la syphilis), avec une augmentation plus marquée chez les hommes (respectivement +34%, +37% et +29%).**

En termes de résultats des dépistages en 2024, selon l'Assurance maladie:

- Environ 61.100 personnes ont reçu un diagnostic d'infection à Chlamydia trachomatis (dont 22.200 dans les CeGIDD) ;
- 25.800 personnes ont reçu un diagnostic de gonococcie (dont 13.500 dans les CeGIDD) ;
- 6.500 ont été positives à la syphilis (dont 2.500 dans les CeGIDD).

**Les taux d'incidence des diagnostics d'IST poursuivent leur augmentation depuis 2022, avec :**

- Pour les gonococcies, une augmentation plus forte (+35%), notamment chez les hommes (+ 40%) ;
- Pour Chlamydia trachomatis, un taux d'incidence qui a le plus fortement augmenté entre 2023 et 2024 chez les jeunes de 15 à 25 ans (+13% chez les femmes et +21% chez les hommes) ;
- Pour la syphilis (+ 12%), une augmentation plus forte chez les femmes que chez les hommes (+24% vs +10%).

**Les HSH restent majoritaires parmi les cas de syphilis, mais l'augmentation du nombre de cas chez les femmes doit alerter sur le risque de transmission mère-enfant.**

Ces diagnostics d'IST étaient plus fréquents dans les DROM, avec des taux particulièrement élevés en Guyane, et plus fréquents en Île-de-France, comparativement au reste de l'hexagone.

Les nombreux progrès du dépistage ces dernières années, incluant le remboursement des PCR pour la recherche des IST majeures, des dispositifs tels que l'accès au dépistage sans ordonnance, et les tests hors-les-murs, ont contribué à l'augmentation des diagnostics.

Néanmoins, les estimations encore très élevées de la prévalence de ces IST issues de l'étude PrevIST, confirment l'impératif d'un dépistage régulier et la protection des rapports par le préservatif, mesures incontournables pour contrôler la transmission de ces IST.

- » Le Bulletin est accessible au téléchargement en suivant [ce lien](#) ou en cliquant sur l'image en page précédente ;
- » L'étude PrevIST 2022-2023 est accessible sur [ce lien](#) ;
- » Les modalités de dépistage gratuit et les IST concernées sont expliquées de manière claire sur le site Santé gouv, dans une page accessible en suivant [ce lien](#).

Breton et ses collaborateurs ont récemment publié, dans la revue "Journal of Psychosomatic Research", un article très intéressant au sujet des facteurs associés à l'anxiété et à la dépression touchant les femmes vivant avec une endométriose.

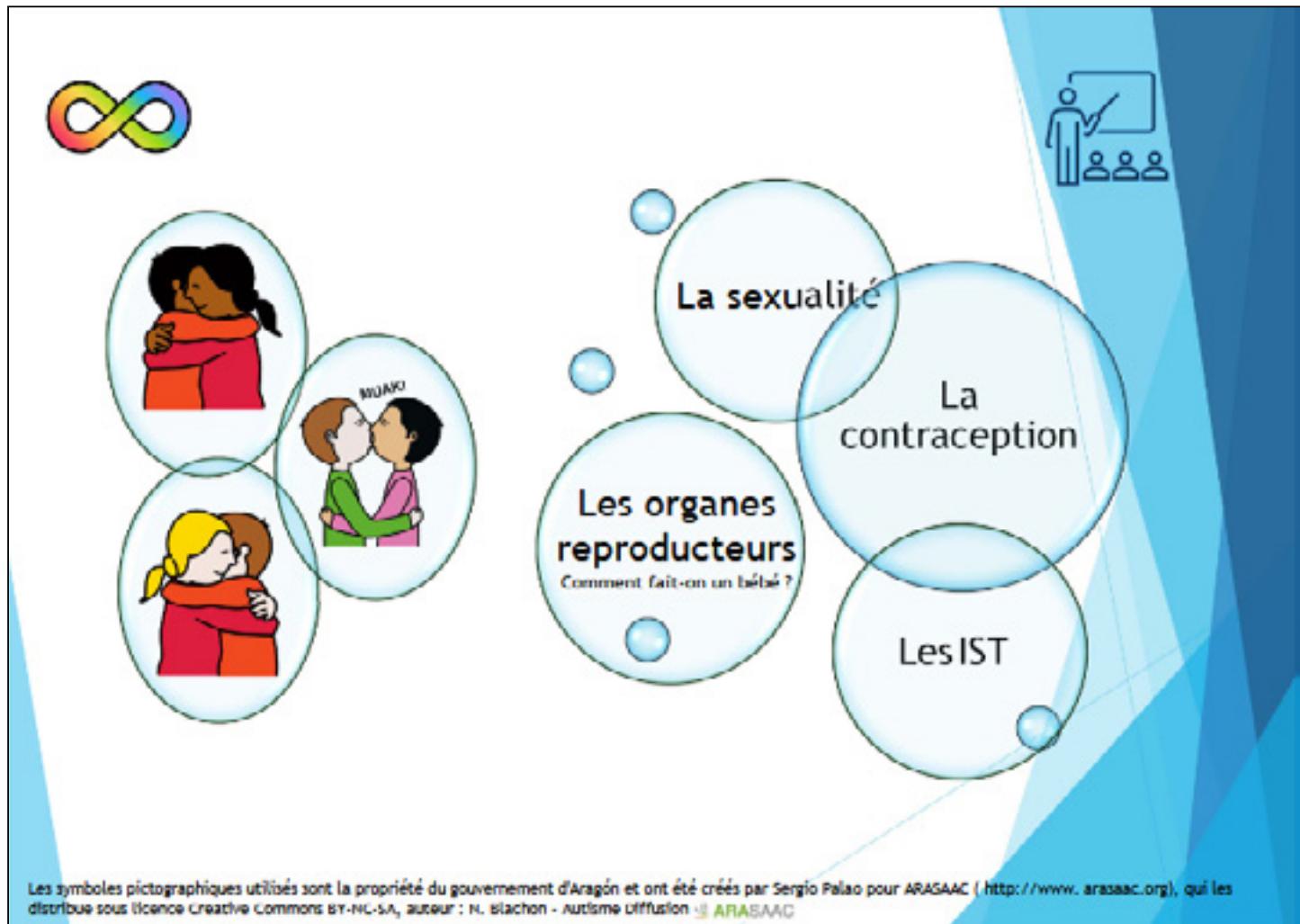
Intitulé "Factors associated with anxiety and depression symptoms among women with endometriosis: A cross-sectional study within the ComPaRe-Endometriosis cohort", il est accessible en anglais.

» Le document est sur [ce lien](#).

**ARASAAC et Autisme Diffusion proposent un guide sur la sexualité en FALC, à destination des personnes ayant une vulnérabilité intellectuelle.**

Ce guide permet d'aborder les grands thèmes de la sexualité (l'anatomie, le coït, la procréation, la contraception, les IST) d'une manière adaptée et compréhensible.

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



**Fiches repères OMéDIT (1/2: les critères de certification)**  
*(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)*

**Critère impératif certification et bon usage des médicaments**

Octobre 2025

**Critère HAS (6ème cycle) :**  
**2.2-06 : Les équipes PRÉVIENNENT les risques d'erreur médicamenteuse**

## Pas de routine avec les médicaments à risque !

**Repérer**

**Prévenir**

**Signaler**

**Sécuriser**

**Médicament à risque majeur**

**Liste collégiale**

- adaptée à la typologie d'activité
- validée
- connue des professionnels
- gestion spécifique à toutes les étapes du circuit, avec des dispositifs de sécurité

**Formations régulières**

- à la nature et la prévention du risque médicamenteux
- aux précautions à prendre et aux règles de sécurité pour une vigilance renforcée

**Recueillir**

**Analyser**

**Anticiper risque nouveau**

- confusions, incidents, erreurs
- Événement Indésirable Grave
- Never Events analysés en équipe

**Vérifier avant d'utiliser**

- respect des protocoles
- double contrôle : prises non journalières, calculs de doses, programmation des pompes... "une administration / injection, deux regards, zéro danger"

**Conservation**

A température entre 2°C et 8°C

**Confusion**

Risque de confusion maîtrisé  
Rangement adapté  
Séparateurs, étiquetage

**Zéro périmé**

ExP : 01/2023

**Toujours identifiés**

Maintien de l'identification jusqu'au moment de l'administration (pas de médicaments déblistérés)

**Armoires fermées**

Fermée à clé ou par un code et non accessible au patient/public

Les médicaments à risque majeur sont ceux qui présentent un risque prédictif de causer des dommages au patient. Ces critères sont destinés à renforcer la vigilance et la prévention des erreurs et incidents dans les établissements de santé, mais ne remplacent pas les procédures et les protocoles de sécurité existants.

**Critère standard certification et bon usage des médicaments**

Novembre 2025

**Critère HAS (6ème cycle) : Les équipes :**  
**2.2-04 respectent les bonnes pratiques d'APPROVISIONNEMENT**  
**2.2-05 respectent les BP d'administration des médicaments**  
**2.2-06 préviennent les risques d'erreur médicamenteuse**

## Un médicament mal stocké... c'est risqué !

**Conservation**

A température entre 2°C et 8°C

**Confusion**

Risque de confusion maîtrisé  
Rangement adapté  
Séparateurs, étiquetage

**Zéro périmé**

ExP : 01/2023

**Toujours identifiés**

Maintien de l'identification jusqu'au moment de l'administration (pas de médicaments déblistérés)

**Armoires fermées**

Fermée à clé ou par un code et non accessible au patient/public

## Fiches repères OMéDIT (2/2: guides et recommandations)

(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)



**Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux Innovations Thérapeutiques**

Création: Juillet 2021 | Mise à jour : Novembre 2023

**EPP sur la sécurisation de l'administration des médicaments injectables**

**OBJECTIF ET MISE EN ŒUVRE**

- Objectif : évaluer les pratiques professionnelles de préparation et d'administration des médicaments injectables
- Public cible : IDE, IDEP
- Cadre d'utilisation : établissements sanitaires et médico-sociaux de canal
- Mode d'emploi : ce document imprimerable vous permet de garder une trace « papier » de l'audit. La version écran de la grille est disponible pour consulter vos observations. Elle permet de gérer les graphiques tous de vos observations.
- Intérêt de l'EPP : cet EPP concerne l'administration de médicaments injectables qu'ils soient administrés en perfusion ou en injection directe.
- Cet EPP est basé sur l'observation des pratiques infirmières au sein de services de soin. Il est conseillé de définir en amont avec chaque service la période d'observation la plus adaptée durant laquelle les médicaments injectables sont préparés et administrés afin d'optimiser le temps d'audit.
- Échantillonnage des prescriptions de médicaments injectables par service : le nombre de prescription de médicaments injectables par service est extrait du logiciel d'aide à la prescription. Selon ce nombre, vous pourrez procéder au tirage aléatoire des prescriptions des médicaments injectables qui seront auditées. Vous pourrez préciser la méthode utilisée dans le compte rendu d'audit et vous pouvez auditer un plus grand nombre de prescriptions si vous le souhaitez.

Nombre total de prescriptions avec un médicament injectable par service	Nombre minimum à auditer
3 à 8	3
9 à 15	5
16 à 25	8
26 à 50	13
51 à 90	20
91 à 150	32
151 à 210	50

**Évaluation des résultats : identifiez les points forts et les points faibles des pratiques actuelles afin de mettre en œuvre, si nécessaire, des actions d'amélioration pour corriger les écarts-observés (recommandations HAS).**

**Grille d'EPP**

**Evaluation des Pratiques Professionnelles**

Conciliabilisation et HAS

**Évaluation : Novembre 2023**



**Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux Innovations Thérapeutiques**

Création: Juillet 2021 | Mise à jour : Novembre 2023

**Les soins de bouche en gériatrie**

**CONSTAT - OBJECTIFS**

L'objectif de cette fiche est de rappeler l'interêt d'entretenir une bonne hygiène bucco-dentaire des personnes âgées, par des soins simples et adaptés.

Une mauvaise santé bucco-dentaire peut avoir un impact sur l'état de santé général. Des pathologies comme le diabète, les maladies cardio-métaboliques ou les maladies pulmonaires peuvent altérer cette santé bucco-dentaire. Des complications de ces pathologies peuvent aussi être prévisibles par une santé bucco-dentaire dégradée.

Les troubles bucco-dentaires (troublé de la mastication, malaisie d'ouvrir la bouche, appauvrissement dentaire, sécheresse de la bouche, candidose, prosthodontie, disjonctio) ont été identifiés par l'ISUP<sup>1</sup> comme des facteurs de risques de dénutrition.

La prévention de ces facteurs de risque passe par une hygiène bucco-dentaire et post-thérapeutique simple et efficace après chaque repas, et la consultation régulière d'un chirurgien-dentiste notamment pour un bilan bucco-dentaire d'entrée en DIPAD et une consultation annuelle.

Diverses études et enquêtes régionales et nationales ont en effet montré que le déficit de soins bucco-dentaires des personnes âgées en institution varie de 60% à 100%.

Les soins de bouche permettent de :

- maintenir une hygiène bucco-dentaire en conservant les caractéristiques physiologiques de la cavité buccale,
- prévenir toute complication ou lésion,
- rétablir l'intégrité de la muqueuse et la capacité fonctionnelle de la bouche.

Ce sont des soins de prévention mais aussi de confort indispensables, qui peuvent devenir plus spécifiques selon l'état clinique du patient.

Ils ont pour objectif de :

- améliorer les débits alimentaires, la plaque dentaire pour limiter les infections buccales,
- maintenir l'équilibre de la flore buccale et statique des muqueuses,
- faciliter l'alimentation et la communication,
- améliorer la qualité de vie.

Les soins d'hygiène bucco-dentaire et de prothèse relèvent du rôle propre infirmier et peuvent être réalisés en collaboration avec les aides-soignants. Ils sont à adapter au degré d'autonomie du patient.

Les soins curatifs d'une bouche altérée nécessitent un suivi médical avec prescription de médicaments adaptés si nécessaire.

**BIBLIOGRAPHIE**

- « Journal mondiale de la santé bucco-dentaire » - Portail pour les personnes âgées pour l' - 2019
- « Stratégie de suivi en charge des personnes âgées en institution pour la santé bucco-dentaire chez la personne âgée » - Recommandations HAS - 2007
- « Accès aux soins bucco-dentaires pour les résidents en EHPAD : un enjeu de santé publique » - Module interprofessionnel de santé publique EHPAD - 2009
- « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD » - DGS/DGAS/SFSG - 2003

OMéDIT agence Génève /a/ de Lutte - Commission Génève - Génétique /f/ de l'ISUP<sup>1</sup> « les soins de bouche en gériatrie »

Création sur verso d'entraînement à

Page 1 sur 2

Mise à jour novembre 2025 des médicaments écrasables (fichier Excel à télécharger en cliquant sur l'image)

Principe actif	Forme galénique	Classe ATC	Libellé ATC	Libellé ATC4	Gout	Modalités de préparation	Source des résultats	Autre source	Méthode d'administration si médicament écrasé pour ce degré	Attention(s) particulière(s) relative(s) à l'administration	Informations RCP, notice patient et Thérapeute
ABACAVIR / DOLTEGRAVIR / LAMIVUDINE 600/150/300 mg (Tenofovir)	Comprimé	J65A02	Antirétrovirus à action directe	Antirétrovirus pour le traitement des infections au VIH en association			Autre patient	Ecrasable selon HAS (D3/H02)		Lamivudine titrable suavement, Doltegravir	La biodisponibilité des comprimés dispersibles de Doltegravir est 1,6 fois supérieure à celle des comprimés pelliculés
ABACAVIR / LAMIVUDINE / ZIDOVUDINE 300/150/300 mg (Zevretil)	Comprimé	J65A02	Antirétrovirus à action directe	Antirétrovirus pour le traitement des infections au VIH en association			Autre patient	Ecrasable selon HAS (D3/H02)		Solubles suavides	À prendre de préférence au coucher
ABACAVIR / LAMIVUDINE 600/300 mg (Cozera)	Comprimé	J65A02	Antirétrovirus à action directe	Antirétrovirus pour le traitement des infections au VIH en association			Autre patient			Solubles suavides	
ABACAVIR 300 mg (Zeger)	Comprimé	J65A05	Antirétrovirus à action directe	Inhibiteur de la transcriptase inverse nucléotidique et nucléosidique			Autre patient	Ecrasable selon HAS (D3/H02)		Soluble suavide	Mélangable à une petite quantité de sucre ou de lait. Administration immédiate.

**Fiche Céphalées du Docteur Pablo de Rijk - Médecin de la douleur**  
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)

# CÉPHALÉES



## MIEUX COMPRENDRE ET GÉRER VOS MAUX DE TÊTE

**Les deux types de céphalées les plus courantes :** Les céphalées sont parmi les douleurs les plus fréquentes chez l'adulte. Certaines personnes souffrent des deux formes, selon les périodes.

**Deux grandes catégories dominent :** ● La migraine ● Les céphalées de tension

	MIGRAINE	CÉPHALÉES DE TENSION
Type de douleur	• Pulsatile, souvent d'un seul côté (unilatérale)	• Diffuse, sensation d'étau ou de « casque »
Intensité	• Modérée à sévère • Peut obliger à s'allonger	• Légère à modérée • Généralement compatible avec des activités légères
Durée	• 4 à 72 heures (si non traitée)	• Quelques heures à plusieurs jours
Symptômes associés	• Nausées, vomissements • Gêne à la lumière (photophobie) et/ou au bruit	• Rarement des nausées • Pas ou peu de gêne
Facteurs déclencheurs	• Manque de sommeil, hormones (règles), stress, décologie horaire...	• Stress, tensions musculaires (cou/épaules)
Exemple de traitement de crise (simple)	• AINS* (si douleur modérée) • Triptans (pour les crises modérées à sévères) • Relaxation, seules dans le calme	• Paracétamol ou AINS* (sur avis médical) • Repas, relaxation

\*AINS = Anti-inflammatoires non stéroïdiens (ibuprofène, ketorolac, etc.)

## PRÉVENTION AU QUOTIDIEN & TRAITEMENT DE FOND

- Hygiène de vie**
  - Sommeil régulier (ni manque ni excès).
  - Hydratation suffisante, repos équilibré.
  - Activité physique régulière (ex. marche, vélo, natation).
- Gestion du stress**
  - Relaxation, méditation, sophrologie.
  - Petites pauses planifiées pour réduire la tension nerveuse.
- Limiter l'abus médicamenteux**
  - Évitez de prendre des antalgiques plus de 10 jours par mois (ou 8 jours pour les triptans).
  - Un usage excessif peut aggraver les douleurs (réphéphée par abus médicamenteux).
- Traitement de fond**

**Objectif :** diminuer la fréquence, la durée et l'intensité des crises.

**Quand ?** En cas de crises très fréquentes, invalidantes ou mal contrôlées.

**Exemples :** médicaments (antidépresseurs, antihypertenseurs...), thérapies cognitivo-comportementales (TCC), sophrologie, etc.

## Troubles addictifs

L'association Aurore a produit un argumentaire concernant les addictions. Ce dernier comporte des constats actuels, mais aussi des recommandations pour une approche raisonnée et humaniste de la problématique.

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

\*\*\*

Généralistes Addictions Hdf propose un très intéressant document concernant les Troubles cognitifs Liés à l'Alcool (TCLA).

Le collectif défend et explique le principe d'une proxipraxie, décrite comme "*l'ensemble des pratiques de soin réalisées hors des structures hospitalières ou spécialisées, en milieu urbain, semi-rural ou rural, par une diversité de professionnels de santé, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, libéraux ou salariés*".

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

The document cover features the Généralistes Addictions Hdf logo at the top. Below it is a graphic of a brain and a bottle. The title 'Trousbes cognitifs liés à l'alcool (TCLA) - Repérer et agir en proxipraxie\*' is displayed. The text '1. Comprendre' is at the bottom left, followed by a section on 'Pathobiologie' and a list of statistics. Logos for the Ministry of Health, ARS, and the National Institute for Health and Medical Research are at the bottom right.

The cover features the Aurore Association logo at the top. Below it is a stylized illustration of three people. The title 'ADDICTIONS' is in large, bold letters. Below the title is the tagline 'Ni pour ni contre, mais avec une approche par le soin, l'autonomie et les droits des personnes.' The background is dark purple.

Addictions France propose un guide intéressant concernant le cannabis de synthèse.

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

The cover features a hand holding a vaporizer with a question mark above it. A beaker with blue liquid is to the left. The text 'C'est quoi ?' is above the hand, and 'Ca fait quoi ?' is on the right. The title 'CANNABIS DE SYNTHÈSE' is in large letters at the bottom, with 'EFFETS, CONSEILS' below it. The Addictions France logo is in the bottom right corner.

## Personnes en situation de vulnérabilité

Le 23 octobre 2025, le **Ministère de la Justice** a publié le rapport annuel d'activité de l'année 2024 consacré à la mission nationale des mineurs non accompagnés (MNA), placée au sein de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

La mission des MNA vise à organiser la répartition des accueils au niveau national, en tenant compte d'une part de la clé de répartition, et d'autre part de l'intérêt de chaque mineur. A travers cette mission, la PJJ a ainsi connaissance de l'ensemble des mesures judiciaires confiant les MNA aux conseils départementaux.

Au cours de l'année 2024, a été constatée une diminution notable de 30 % du nombre de MNA confiés au département (13.554 décisions judiciaires de placement), contrairement à 2023 où la mission avait enregistré le chiffre le plus élevé de décisions MNA depuis sa création (19.370 décisions judiciaires de placement).

Cette diminution des flux migratoires, bien qu'elle demeure difficile à expliquer, pourrait trouver sa justification au sein des politiques migratoires de nombreux pays, ainsi que du renforcement des contrôles aux frontières. En effet, il a été constaté une baisse de 38 % du nombre de détection d'entrées irrégulières au sein de l'Union européenne (frontières extérieures).

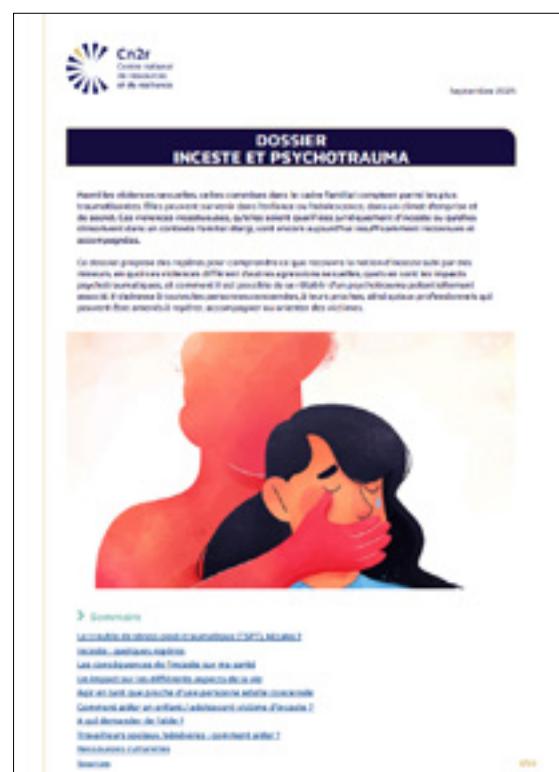
Ce rapport permet de préciser :

- L'évolution du nombre de MNA pris en charge par les départements ;
  - Les actions menées par l'Etat, les collectivités territoriales et les acteurs associatifs ;
  - Les récentes évolutions législatives et réglementaires, notamment en lien avec la promulgation de la loi n°2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfance (souvent dénommée "loi Taquet") et de la loi n°2024-42 du 26 janvier 2024 pour contrôler l'immigration et améliorer l'intégration ;
  - Les pistes de réflexion dans l'accompagnement des MNA.
- » Le rapport est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-contre.



Le **Cn2R** vient de publier un document d'une exceptionnelle qualité, concernant l'inceste et le psychotrauma.

- » Le dossier, complet et très qualitatif, est accessible sur [ce lien](#) ou en cliquant sur l'image ci-dessous.



Le CESE a récemment publié un rapport concernant les inégalités patrimoniales.

**Le constat est accablant: en France, 10 % des citoyens détiennent 60 % du patrimoine net.**

Malgré des politiques publiques ambitieuses, les inégalités persistent donc, voire s'aggravent dans des domaines clés comme l'éducation, l'emploi, le patrimoine et l'accès aux services. Le sondage CESE-Ipsos (2025) révèle que 66 % des Français estiment avoir subi des situations d'inégalité des chances, avec des impacts majeurs sur leur vie (45 %).

**Certains territoires (Outre-mer, zones rurales) et les populations vulnérables (familles monoparentales, jeunes peu diplômés) sont particulièrement touchés.**

Le patrimoine, concentré entre les mains d'une minorité (10 % des ménages détiennent 60 % du patrimoine net), cristallise les tensions sociales et interroge l'efficacité des mécanismes de redistribution.

Le rapport identifie des pistes concrètes pour réduire les inégalités :

- **Éducation** : renforcer la mixité sociale dans les écoles, adapter les pédagogies aux publics défavorisés, et lutter contre les stéréotypes de genre dès le plus jeune âge ;
- **Patrimoine** : réformer la fiscalité (par exemple, avec une taxation progressive des successions) pour limiter la reproduction des inégalités intergénérationnelles ;
- **Territoires** : développer les services publics et les infrastructures dans les zones rurales et les Outre-mer, et faciliter l'accès à la formation professionnelle ;
- **Transition écologique** : mettre en place des aides ciblées pour les ménages modestes (rénovation énergétique, mobilité durable) et intégrer les populations vulnérables dans la conception des politiques publiques.

Le CESE insiste par ailleurs sur la nécessité d'une approche systémique, combinant réformes structurelles (fiscales, éducatives) et actions locales (accompagnement des territoires, empowerment des citoyens).

- » Le rapport est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-contre ;
- » En document d'appui, voir également le rapport Insee sur les revenus et patrimoine des ménages, en cliquant sur [ce lien](#) ou sur l'image ci-contre.

## Égalité des chances, mythe ou réalité ? - Rapport annuel sur l'état de la France 2025

RADIENNE ROUCHY

### L'essentiel de l'avis

En France, l'égalité des chances est un idéal qui sous-tend de nombreuses politiques publiques dont l'objectif est la réduction des inégalités dans plusieurs champs de la vie publique et privée. Objectif politique-ordre pour certains, idéologie transversale pour d'autres : où en sommes-nous en France en 2025 ?

C'est tout l'objet de l'Atlas 2025 du Rapport annuel sur l'état de la France (RAEF), qui révèle un paysage complexe des Français et des Françaises et un équilibre social encore précaire dans la société. Le RAEF identifie des pistes d'action visant à renforcer durablement la tendance et réduire les fractures sociales.

Le RAEF 2025 s'inscrit sur trois volets :

- Un sondage CESE-Ipsos, treizième édition, sur l'état de la France, des Françaises et des Français
- Neuf analyses de politiques publiques sous le thème de l'égalité des chances
- L'analyse de 10 indicateurs socio-économiques

Qu'est-ce que le Rapport annuel sur l'état de la France (RAEF) ?

Pendant que le ministère de l'Éducation et du Numérique, le RAEF est le baromètre social, économique et environnemental du pays. Il propose une météorologie de la société française, avec ses mutations, ses débats, ses fractures et ses tensions.

Mise à l'heure du débat par les organisations de la société civile, il concorde ce qui a changé, ce qui devrait ou devrait changer, et propose des solutions et des évolutions de politiques publiques pour y répondre.

### LA RAPPORTURE

Radienne Rouchy  
Radienne.Rouchy@cese.fr - 01 44 49 84 84  
Radienne Rouchy régit au CREF en tant que présidente du groupe de la CDT, émissions contemporaines, via régie au Bureau commun de la CDT, et travail sur les questions environnementales.

## Revenus et patrimoine des ménages

Insee Références  
Édition 2024



Etude Insee: taux de pauvreté et inégalité  
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)

**NIVEAU DE VIE ET PAUVRETÉ EN 2023**

## Taux de pauvreté et inégalités s'accroissent fortement

Insee Première • n° 2063 • Juillet 2025



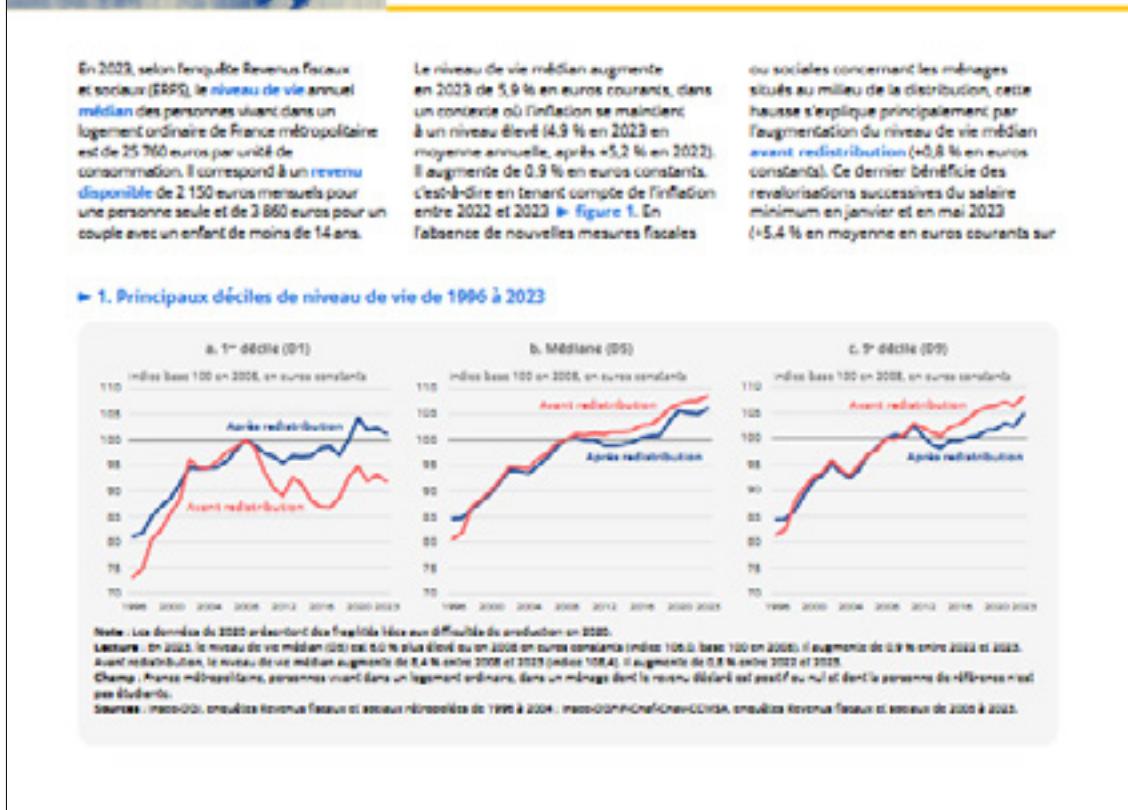
En 2023, le niveau de vie annuel médian des personnes vivant dans un logement ordinaire en France métropolitaine progresse plus vite que l'inflation (+0,9 % en euros constants), grâce à une conjoncture qui reste favorable à l'emploi salarié et au dynamisme des revenus financiers. La hausse des revenus financiers soutient également le niveau de vie des ménages les plus aisés, qui augmente nettement. À l'inverse, le niveau de vie des ménages les plus modestes recule en euros constants, en raison notamment de la hausse du nombre de ménages déclarant de faibles revenus d'activité indépendante et de la non-reconduction des mesures exceptionnelles de soutien au pouvoir d'achat mises en place en 2022. Dans ce contexte, les inégalités de niveau de vie sont en hausse.

Le taux de pauvreté augmente fortement (15,4 % après 14,4 % en 2022, soit +0,9 point du fait des arrondis) et atteint son niveau le plus élevé depuis 1996, année où débute la série. En 2023, 9,8 millions de personnes occupant un logement ordinaire en France métropolitaine vivent sous le seuil de pauvreté monétaire. La hausse du taux de pauvreté touche plus particulièrement les familles monoparentales et les enfants, tandis que les retraités sont moins affectés. Cependant, l'intensité de la pauvreté, mesurée par l'écart entre le niveau de vie médian des personnes pauvres et le seuil de pauvreté, est en léger recul en 2023.

En 2023, selon l'enquête Revenus Fiscaux et sociaux (ERFS), le **niveau de vie annuel médian** des personnes vivant dans un logement ordinaire de France métropolitaine est de 25 700 euros par unité de consommation. Il correspond à un **revenu disponible** de 2 150 euros mensuels pour une personne seule et de 3 860 euros pour un couple avec un enfant de moins de 14 ans.

Le niveau de vie médian augmente en 2023 de 5,9 % en euros courants, dans un contexte où l'inflation se maintient à un niveau élevé (4,9 % en 2023 en moyenne annuelle, après +5,2 % en 2022). Il augmente de 0,9 % en euros constants, c'est-à-dire en tenant compte de l'inflation entre 2022 et 2023. **► figure 1.** En l'absence de nouvelles mesures fiscales ou sociales concernant les ménages situés au milieu de la distribution, cette hausse s'explique principalement par l'augmentation du niveau de vie médian **avant redistribution** (+0,8 % en euros constants). Ce dernier bénéficie des revvalorisations successives du salaire minimum en janvier et en mai 2023 (+5,4 % en moyenne en euros courants sur

**► 1. Principaux déciles de niveau de vie de 1996 à 2023**



**Note :** Les données de 2023 se réfèrent aux finalités fiscales et sociales de 2023.

**Lecture :** En 2023, le niveau de vie médian (2023) est 5,9 % plus élevé qu'en 2008 en euros constants (indice 100,0 base 2008). Il augmente de 0,9 % entre 2022 et 2023. Avant redistribution, le niveau de vie médian augmente de 5,2 % entre 2008 et 2023 (indice 108,4). Il augmente de 0,8 % entre 2022 et 2023.

**Champ :** France métropolitaine, personnes vivant dans un logement ordinaire, dans un ménage dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiant.

**Sources :** Insee-ODI, enquête Revenus fiscaux et sociaux rééchantillonnée de 1996 à 2004 ; Insee-DGPH/Insee-CERDI, enquête Revenus fiscaux et sociaux de 2005 à 2023.

**Le panorama DREES 2025** révèle des disparités territoriales criantes en matière d'aide sociale aux personnes âgées ou en situation de handicap.

La DREES indique, en éléments de contexte, que ces aides représentaient en 2023:

- 19,1 milliards d'euros consacrés (8,9 milliards pour les PA, 10,2 milliards pour les PSH) ;
- 2,13 millions de mesures attribuées (1,5 millions de prestations pour les PA, 632.900 pour les PSH).

Les 19,1 milliards d'euros renvoient à une augmentation de 5,8 % par rapport à 2022 (+5,4% pour les PA, +6,1% pour les PSH).

Ce panorama de la DREES met en lumière une croissance démographique des seniors (**28 % de la population a 60 ans ou plus en 2024, 35 % prévus en 2070**) et une augmentation des dépenses, portée à 72 % par les aides aux personnes handicapées.

La loi de 2024 sur le "bien vieillir" et l'autonomie renforce la convergence des politiques publiques, avec la création d'un guichet unique départemental (SDPA). Cependant, les disparités territoriales persistent, tant dans l'accès aux aides que dans leur financement.

### Données détaillées

Le document fournit des données détaillées sur les bénéficiaires, les dépenses, et les dispositifs (APA, PCH, ASH), ainsi que des analyses par âge, sexe, et niveau de dépendance.

Il souligne l'importance de l'APA (91 % des aides aux personnes âgées) et de la PCH (407.200 bénéficiaires en 2023, +6,5 % en un an), tout en révélant des inégalités territoriales (**dépenses moyennes par bénéficiaire variant de 4 100 à 9 700 euros selon les départements**).

Les restes à charge pour les bénéficiaires, bien que limités à domicile restent élevés en établissement.

Des graphiques et tableaux permettent de visualiser les tendances et d'identifier les priorités d'action.

### Dans le détail:

- **APA** : 1,36 million de bénéficiaires (7,2 % des 60 ans et plus), avec une dépense moyenne de 431 euros/mois ;
- **PCH** : 407.200 bénéficiaires (+6,5 %), avec une hausse des dépenses de 10,4 % en euros courants ;



- **Disparités territoriales** : taux d'aides variant de 4 % à 12,3 % selon les départements ;
- **Reste à charge** : 47 euros/mois en moyenne pour l'APA à domicile, mais jusqu'à 1.957 euros/mois en établissement avant ASH ;
- Opinion publique : 70 % des Français sont favorables à une prise en charge publique de la perte d'autonomie (Baromètre DREES 2024).

### Pistes d'action pour les acteurs locaux

La DREES propose des pistes d'action:

- **Adapter les plans d'aide** : utiliser les données départementales pour cibler les populations les plus vulnérables (par exemple : seniors en GIR 1-2, personnes handicapées psychiques) ;
- **Renforcer l'information** : sensibiliser les bénéficiaires potentiels aux droits (par exemple, PCH pour les handicaps psychiques, APA pour les GIR 4) ;
- **Optimiser les partenariats** : collaborer avec les caisses de retraite et les communes pour compléter les aides départementales (par exemple, aides ménagères, actions sociales) ;
- **Lutter contre les inégalités** : cibler les départements où les dépenses par bénéficiaire sont inférieures à la médiane (Franciliens, Guyane).
- » Le panorama est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessus.

# ÉTUDES et RÉSULTATS

novembre 2025  
n° 1351

## Établissements d'hébergement pour personnes âgées : des résidents aussi âgés et autant en perte d'autonomie qu'en 2019, mais moins nombreux

Premiers résultats de l'enquête EHPA 2023

En France, fin 2023, 697 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ou y vivent, soit 4,5 % de moins qu'en 2019. Ainsi, 29,5 % des 90 ans ou plus sont accompagnés par ces établissements, 2 points de moins qu'en 2019. Le choix des personnes se porte principalement sur l'hébergement permanent, malgré le développement de solutions alternatives comme l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire. Au total, le taux d'occupation, de 92,1 %, a baissé de 3,6 points par rapport à 2019, quand le nombre de places disponibles n'a diminué que de 0,8 %.

L'âge des résidents se stabilise, après la hausse des années précédentes : la moitié d'entre eux ont plus de 87 ans et 11 mois (88 ans fin 2019), contre 86 ans et 5 mois fin 2011. En 2023 comme en 2019, 85,0 % des résidents sont en perte d'autonomie (classés en GIR 1 à 4), contre 83,1 % en 2015. Ils sont notamment 268 200 à souffrir d'une maladie neurodégénérative, soit 38 % des résidents : c'est 4 points de plus qu'en 2019. Parallèlement, le nombre de personnes autonomes qui intègrent un établissement a encore reculé en quatre ans.

La population des EHPA se renouvelle en permanence. Près de 30 % des personnes accueillies au 31 décembre 2023 sont arrivées au cours de l'année ; 51 % viennent de leur domicile ou de celui d'un proche, les autres, d'un établissement de santé ou d'une autre structure d'hébergement. Les séjours sont souvent courts : 38 % des personnes ayant rejoint un établissement en 2023 l'ont quitté la même année. Quant aux sorties, elles correspondent dans 69 % des cas à des décès.

Camille Schweitzer (Drees)

**F**in 2023, d'après l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (enquête EHPA) [encadré 1] de la Drees, 697 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées, un nombre en baisse de 4,5 % par rapport à 2019 (tableau 1). Cette diminution l'observe dans tous les types

d'établissements, à l'exception des résidences autonomie privées, qui représentent un tiers des places dans cette catégorie d'hébergement et qui continuent à se développer. Ce recul de fréquentation pourrait s'expliquer par l'amorce d'un virage domiciliaire<sup>1</sup>, et, en parallèle, par une baisse de la prévalence de la perte d'autonomie chez les seniors. ■■■

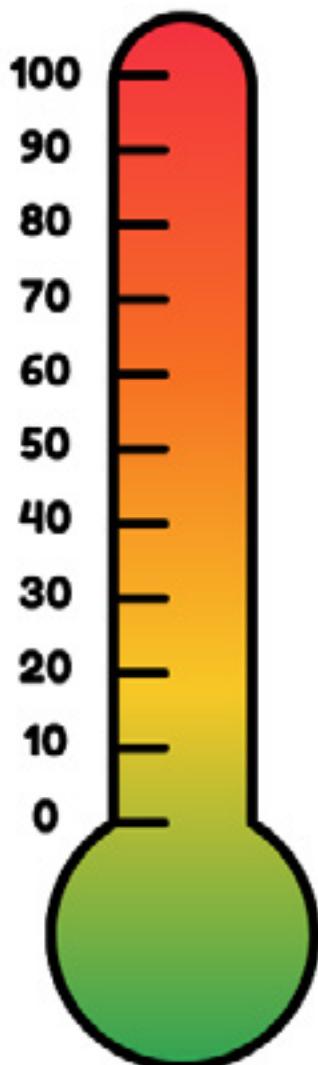
<sup>1</sup> Le virage domiciliaire désigne la volonté politique de privilégier le maintien à domicile des personnes âgées plutôt que leur placement en établissement spécialisé.

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees.fr](http://data.drees.fr)



## Sociomètre du travailleur social

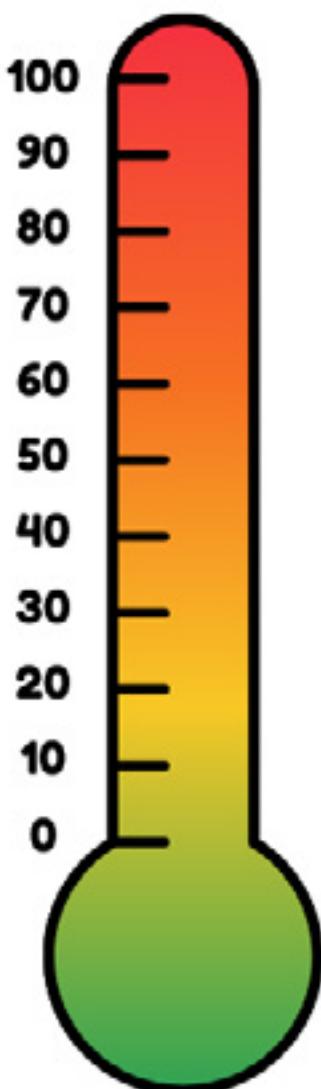
Charge émotionnelle et relation avec la personne accompagnée



- Épuisement complet, réactions disproportionnées, risque de maltraitance non intentionnelle
- Difficile de rester patient-e, risque de conflit ou de jugement involontaire
- Irritabilité dominante, épuisement émotionnel, communication tendue ou maladroite
- Fatigue forte, risque de réactions disproportionnées face à des situations simples
- Frustration fréquente, réactions un peu sèches, vigilance nécessaire pour rester neutre
- Irritabilité perceptible, difficulté à cacher ses émotions, besoin de + de petites pauses
- Frustration fréquente, réactions un peu sèches, vigilance nécessaire pour rester neutre
- Fatigue régulière, petites frustrations visibles dans la communication
- Irritabilité ponctuelle, impatience mineure après plusieurs entretiens
- Fatigue légère après une journée chargée, mais toujours capable de rester bienveillant-e
- Enthousiasme, énergie maximale, écoute active et patience avec chaque personne accompagnée

## Sociomètre du travailleur social

### Auto-bienveillance



- Burn-out imminent, incapacité totale à prendre soin de soi, impact direct sur les accompagnements
- Burn-out proche, impossibilité de récupérer, tensions émotionnelles importantes
- Irritabilité dominante, épuisement émotionnel, communication tendue ou maladroite
- Négligence du repos et des besoins personnels, impact sur la qualité du travail et sur sa vie perso
- Aucune pause réelle, sentiment de surcharge continue, difficultés à gérer son bien-être
- Temps pour soi quasi inexistant, fatigue importante, culpabilité fréquente
- Fatigue ressentie, sentiment de surcharge, difficulté à se recentrer sur soi
- Temps personnel limité, culpabilité légère lorsqu'on prend une pause
- Quelques oubli de pause, fatigue légère, besoin de se recentrer après le travail
- Pauses présentes mais parfois raccourcies, énergie globale encore bonne
- Pauses régulières, hobbies respectés, sommeil suffisant, ressourcement optimal

**Le trauma vicariant**  
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)

# ***Trauma vicariant : un risque invisible au cœur du travail social et médico-social***

*Concept largement étudié à l'international, encore trop absent des politiques françaises, le trauma vicariant décrit les effets profonds et durables de l'exposition répétée aux récits traumatisques des personnes accompagnées*

*De quoi s'agit-il exactement ?  
Comment y répondre ?*



**La mort inattendue en institution**  
(cliquer sur l'image pour télécharger l'article en version PDF)



## Les équipes soignantes face à la mort inattendue en institution : résonances groupales de la perte traumatique

Géraldine Pierron-Robinet

DANS **CONNEXIONS** 2025/2 n° 123, PAGES 151 À 162  
ÉDITIONS **Érès**

ISSN 0337-3126

Article disponible en ligne à l'adresse  
<https://doi.cairn.info/revue-connexions-2025-2-page-151?lang=fr>



**CAIRN · INFO**

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Etude de l'ANCREAI sur la population des majeurs protégés**  
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)



**Étude relative à la population des majeurs protégés :  
Profils, parcours et évolutions**

**Rapport final**

BPM058097, notifié le 10/11/2023

Mai 2025

## Focus

### Le kit d'animation "précarité alimentaire" du Secours catholique et d'Action contre la Faim

Le Secours Catholique et Action contre la Faim ont développé un guide pédagogique et un film documentaire pour faire émerger le débat avec les personnes concernées sur l'environnement alimentaire.

**L'objectif principal est de faire émerger localement des mobilisations et des propositions concrètes pour transformer l'environnement alimentaire, à partir des vécus et des savoirs de celles et ceux qui font face à la précarité.**

Cette démarche permet de croiser les savoirs d'usage et les expertises citoyennes pour porter un plaidoyer incarné en faveur du droit à une alimentation suffisante, saine et durable.

Le kit comprend :

- **Un guide d'animation** pour soutenir les dynamiques de mobilisation locales dans la perspective du droit à l'alimentation ;

Basé sur des ateliers menés en Savoie et en Île-de-France avec des personnes accompagnées par ACF et le Secours Catholique, ce guide donne les clés pour animer des temps d'échange sur l'environnement alimentaire et mieux comprendre comment celui-ci influence nos choix et nos pratiques alimentaires.

- **Un court-métrage documentaire** intitulé "Renverser la table"

Réalisé par Ninon Lacroix, ce film met en lumière les témoignages et les propositions portées par les premiers concernés. C'est un outil puissant pour sensibiliser, débattre et agir ensemble.

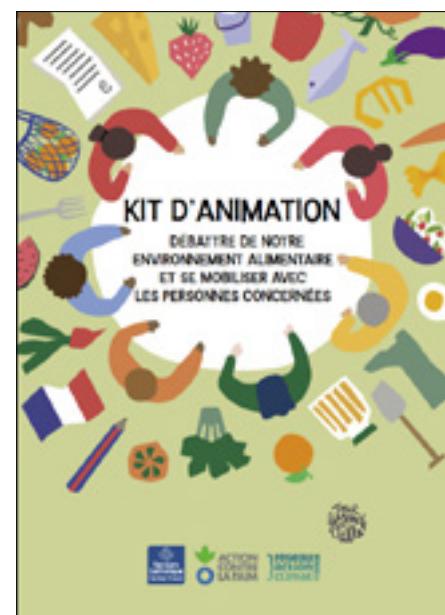
Sollicités par le Réseau Action Climat dans le cadre de l'actualisation de son rapport Alimentation et Climat – L'heure des comptes pour les supermarchés (2023), les ateliers à l'origine de ce kit ont nourri la réflexion et les recommandations du rapport de plusieurs façons :

- \* En donnant les moyens de débattre, de façon simple, sur les enjeux soulevés par le rapport du Réseau Action Climat, autour de l'environnement alimentaire ;
- \* En donnant la parole aux personnes concernées par la précarité alimentaire sur le sujet.



Ce kit concerne toute personne souhaitant s'engager: citoyens, bénévoles, professionnels, élus, chargés de mission, Etc.

- » Le kit est accessible en suivant [ce lien](#) ;
- » Le film documentaire l'est en suivant [celui-ci](#).



## Focus

### L'Observatoire des refus de soins de la FAS

La Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) relance son Observatoire des refus de soins.

Porté depuis 2016, il s'agit d'un outil en ligne permettant d'indiquer, de manière anonyme, les situations de refus de soin rencontrées par les personnes vulnérables socialement.

Cet observatoire vise à améliorer les rapports entre les usagers du système de santé et les professionnels, ainsi qu'à éclairer les autorités politiques et établies au sujet des situations d'inégalité d'accès aux soins, par nature invisibles socialement car plus les personnes sont vulnérables, moins leur capacité d'alerte et de plainte est efficiente.

**Cet observatoire est un outil précieux dont chaque professionnel peut se saisir pour aider la FAS à infléchir les politiques publiques et les actions locales.**

- » Le questionnaire en ligne est à [cette adresse](#).
- » Le flyer de présentation est accessible sur [ce lien](#) ou en cliquant sur l'image ci-contre ;
- » Des témoignages sont proposés en exemple sur [celui-ci](#).
- » Les données d'analyse de l'Observatoire sont disponibles en ligne: sur [ce lien](#) pour 2020, sur [celui-ci](#) pour 2021.

Par ailleurs, la FAS partage désormais ses données avec le Défenseur des droits.

- » Voir à ce propos le rapport du Défenseur des droits intitulé "Prévenir les discriminations dans les parcours de soin: un enjeu d'égalité", sur [ce lien](#).



Fédération  
des acteurs de  
la solidarité



## Focus

### Parlons trauma

Le Cn2R propose une série de vidéos dédiées au psychotraumatisme.

Intitulée "Parlons trauma", la chaîne YouTube créée permet d'avoir des informations de qualité sur cet enjeu psychique majeur.

» Cliquer sur les images ci-dessous pour visionner les contenus.

### Parlons trauma

Mieux comprendre  
le psychotrauma



#### Parlons trauma // Épisode 1 : l'événement - mieux comprendre le...

CN2R Officiel • 121 k vues • il y a 3 semaines



7:30

#### Parlons trauma // Épisode 2 : reviviscences et évitement - mieux comprend...

CN2R Officiel • 114 k vues • il y a 2 semaines



6:27

#### Parlons trauma // Épisode 3 : les émotions - mieux comprendre le...

CN2R Officiel • 79 k vues • il y a 8 jours



5:29

#### Parlons trauma // Épisode 4 : les pensées - mieux comprendre le...

CN2R Officiel • 10 k vues • il y a 1 jour



5:57

## Focus

### Les vidéos de prévention Movember du Crédit agricole Assurances

Le Crédit agricole Assurances propose une série de vidéos dans le cadre de la démarche Movember.



» Certaines vidéos sont accessibles en cliquant sur les images ci-dessous.



» L'ensemble des vidéos est accessible sur [ce lien](#).

Live YouTube - 2, 9 et 16 décembre 2025 (en ligne)

(cliquer sur l'image pour rejoindre la chaîne)



**VIOLENCES SEXUELLES DANS L'ENFANCE**

• **LIVE** ►

**3 LIVES**  
**Questions-Réponses**  
**sur notre chaîne YouTube**

De 20h30 à 21h30 - Questions précédées d'un échange thématique :

Live 1 - Mardi 02/12/25 - Enfance blessée, comprendre les traces invisibles

Live 2 - Mardi 09/12/25 - Retrouver un corps sûr : la stabilisation

Live 3 - Mardi 16/12/25 - Se reconstruire, les chemins de la thérapie

Posez vos questions à **Pauline MARTIN-CHAVE** psychologue clinicienne et psychothérapeute à Chalon-sur-Saône & à **Marion MARTINELLI**, psychologue clinicienne et psychothérapeute à Marseille, spécialisées en psychotraumatologie.

La chaîne "La psychiatrie du Soleil" propose trois lives en accès libre et gratuit.

Chacun des lives débutera à 20h30 exactement: pour y assister, il faut donc être connecté à l'heure en se servant de [ce lien](#).

La démarche de la chaîne, pour cette thématique, est d'apporter, au travers d'un live participatif, compréhension, stabilisation et outils concrets pour comprendre ces blessures, dans un cadre psychoéducatif et clinique, bienveillant et sûr.

Les deux intervenantes sont psychologues et psychothérapeutes formées au psychotraumatisme.

4 ET 5 DÉCEMBRE 2025  
9h00 - 18h00

NANCY, FRANCE  
ENTRÉE GRATUITE

04/12/25 :

AMPHITHÉÂTRE PRÉSIDENCE COURS LÉOPOLD

05/12/25 :

AMPHITHÉÂTRE MUSÉUM - AQUARIUM

INSCRIPTION  
RECOMMANDÉE :



AVEC LA PARTICIPATION DE :  
CHRISTOPHE FAURE  
EVELYN ELSAESSER

# CONGRÈS INTERNATIONAL “LA MORT ET SES EXCEPTIONS”

PRATIQUES ET RECHERCHES AUTOUR DES  
EXPÉRIENCES EXCEPTIONNELLES DE FIN DE VIE

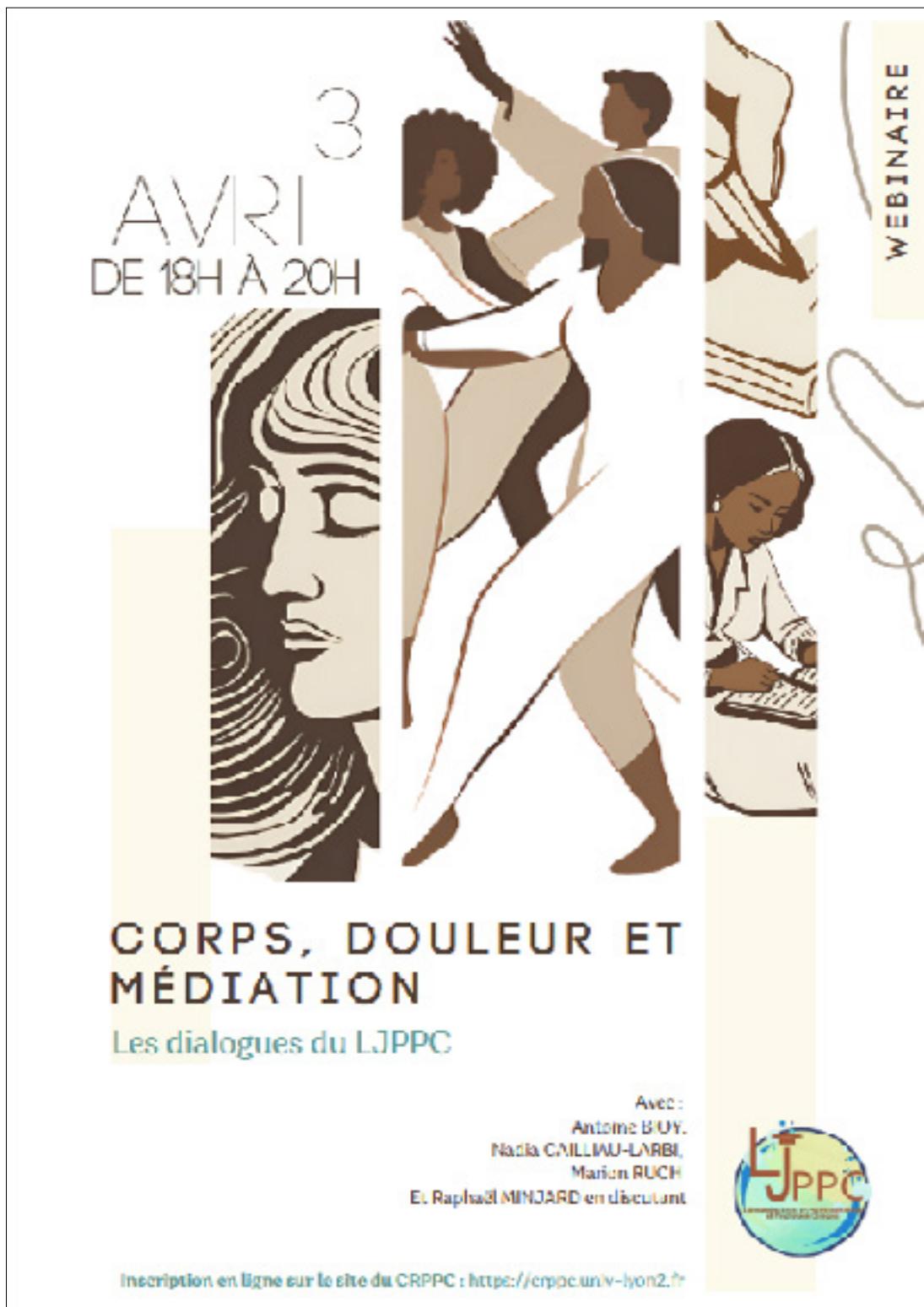
Webinaire - 9 décembre 2025 (en ligne)



» Inscription à réaliser sur [ce lien](#).

Webinaire - 3 avril 2026 (en ligne)

(cliquer sur l'image pour télécharger le programme)



3  
AVRI  
DE 18H À 20H

WEBINAIRE

**CORPS, DOULEUR ET  
MÉDIATION**

Les dialogues du LJPPC

Avec :

Antoine BIUY,  
Nadia CAILLIAU-LARBI,  
Marion RUCH  
Et Raphaël MINJARD en discutant

Inscription en ligne sur le site du CRPPC : <https://erppc.univ-lyon2.fr>

LJPPC

Les webinaires RH de l'Anap (en ligne)



**LE TÉLÉTRAVAIL  
POUR LES SOIGNANTS**  
C'est possible !

📅 25 aout, 29 septembre      ⏰ 14h - 15h





**SÉCURISER VOS  
PLANNINGS**  
Prenez en main les outils  
maquette organisationnelle  
et cycle de travail

📅 1 septembre, 6 octobre      ⏰ 14h - 15h



**SIRH : OPTIMISEZ VOS  
PROCESSUS RH**  
Optimisez, simplifiez et  
digitalisez vos processus

📅 8 septembre, 17 novembre      ⏰ 14h-15h



**ATTRIRER ET FIDÉLISER  
LES SOIGNANTS**  
Bâtir une politique RH efficace

📅 15 septembre, 20 octobre      ⏰ 14h - 15h

- » Les inscriptions sont à réaliser sur le site de l'Anap (sur [ce lien](#)).

# APPEL À PARTICIPATION

Etude sur le deuil de l'animal domestique



Quand un animal nous quitte... que reste-t-il de lui ?

## VOUS POUVEZ PARTICIPER SI

- VOUS AVEZ PERDU VOTRE ANIMAL DE COMPAGNIE
- VOUS ÊTES MAJEUR(E)



## EN QUOI CELA CONSISTE



ENTRETIEN D'ENVIRON 1 HEURE DANS UN CADRE BIENVEILLANT ET CONFIDENTIEL



EN VISIO OU PRÉSENTIEL



PARTICIPATION VOLONTAIRE ET ANONYME

Si vous êtes intéressé(e) et souhaitez y participer, envoyez un mail à Marine Nicolas : [recherchedeuilanimal@gmail.com](mailto:recherchedeuilanimal@gmail.com) ou à Romain Jallet : [romain.jallet@univ-lorraine.fr](mailto:romain.jallet@univ-lorraine.fr)



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE

SHS  
SCIENCES  
HUMAINES &  
SOCIALES  
NANCY

## Les webinaires du Céapsy pour le second semestre 2025 (en ligne)

### "Retentissements des troubles psychiques: accompagnement et accès aux ressources".

Visioconférence le jeudi 25 septembre de 10h à 12h30.

Webinaire grand public visant à donner des clefs pour:

- Appréhender davantage les incidences des troubles psychiques sur la vie quotidienne de la personne ;
  - Disposer de pistes de réflexion pour adapter votre posture professionnelle face à la souffrance psychique ;
  - Mieux connaître les ressources (acteurs, dispositifs, Etc.) disponibles sur votre territoire et être en mesure de mobiliser votre réseau.
- » Inscription sur [ce lien](#).

### "Santé mentale à tout âge: bien veillir".

Visioconférence le jeudi 9 octobre de 10h à 12h.

Webinaire grand public à l'occasion de la Semaine Bleue, visant à :

- Décrire un état des lieux de la santé mentale des séniors ;
- Identifier les signes de mal-être des personnes âgées ;
- Aborder les postures face aux troubles psychiques des aînés des équipes ;
- Connaître les dispositifs d'accompagnement et lieux ressources pour les séniors et leurs proches aidants ;
- Partager un temps de questions / réponses.

» Inscription sur [ce lien](#).

### "Santé mentale: quand on vient d'ailleurs".

Visioconférence le jeudi 23 octobre de 10h à 12h.

Webinaire grand public visant à :

- Décrire un état des lieux de la santé mentale des personnes exilées ;
- Présenter l'impact du parcours de migration sur la santé mentale ;
- aborder la dimension transculturelle dans les accompagnements de ces personnes fragilisées ;
- Connaître les dispositifs et lieux ressources en IDF ;
- Un temps de questions / réponses.

» Inscription sur [ce lien](#).

☞ D'autres thématiques couvrant la période novembre / décembre 2025 sont à découvrir sur [ce lien](#).



## Culture et vulnérabilité



## Les neuromythes: une simplification du fonctionnement humain

La littérature au sujet du fonctionnement humain suit nécessairement les avancées de la recherche et de la clinique de terrain. Cependant, de nombreux mythes sur le cerveau, nommés "neuromythes", perdurent malgré leur obsolescence et les preuves formelles de leur inexactitude.

Ces croyances viennent simplifier la vision de l'humain et, au final, mettre en péril une approche raisonnable de la complexité, pourtant bien plus propice à la mise en place d'accompagnements de qualité.

Ce bulletin revient sur cinq d'entre eux.

## On n'utilise que 10% de notre cerveau

Ce mythe, étonnament durable, est issu à la fois d'une époque et d'une arrogance.

Une époque, car cette pensée s'est formée alors que nous ne connaissons que 10% des zones cérébrales et de leurs fonctions.

Une arrogance, car il a été confondu le fait de ne connaître que 10%, et celui que les 90% qui restent ne sont pas utilisés.

En réalité, ne pas savoir à quoi sert une zone cérébrale ne signifie pas qu'elle n'a pas de fonction. "Je ne sais pas" ne correspond pas à "cela ne sert à rien".

Dans la réalité de la recherche, il est clairement établi que le corps humain est un espace biologique hautement optimisé et que le moindre espace dévolu à un organe ou à un tissu est nécessaire à son fonctionnement global, sans quoi il aurait été depuis longtemps remplacé ou supprimé.

Le cerveau fonctionne en réseau, qu'il soit actif ou au repos (ce qu'il n'est jamais vraiment). Son ensemble est impliqué pour maintenir l'organisme en fonctionnement, à tout instant.

Ainsi, les "10%" correspondaient à un niveau de connaissance, et non à un niveau de fonctionnement.

## Le cerveau gauche est logique, le cerveau droit est créatif

En réalité, les deux hémisphères travaillent ensemble. Les différentes aires sont spécialisées, mais néanmoins collaboratives et codépendantes.

**Chacun a un style d'apprentissage préféré:  
visuel, auditif ou kinesthésiques**

En réalité, le cerveau apprend mieux quand il mobilise plusieurs canaux sensoriels à la fois. Il ne faut pas confondre "profil sensoriel" (appétence pour l'une ou l'autre des modalités possibles) et "profil d'apprentissage" (fonctionnement propre du cerveau).

Si le plaisir ou le confort lors d'un apprentissage peut être facilité par un canal sensoriel, la profondeur de l'apprentissage, elle, est multi-canale.

## **Le cerveau ne fait pas la différence entre la réalité et l'imaginaire**

En réalité, il fait la différence. Ce neuromythe trouve son appui dans le fait qu'il réagit par contre aux deux.

Le vécu a un impact sur le système nerveux, mais l'imaginaire aussi car il joue un rôle puissant dans la préparation à l'apprentissage et à la réaction.

### La pensée positive peut modifier le cerveau

Dans les faits, c'est à la fois vrai et faux

La pensée positive peut avoir un effet sur la structure cérébrale, mais uniquement dans un contexte où la régulation émotionnelle est soutenue et étayée par un contexte et une réalité à même d'aider la personne

Dire "tout va bien" à un système nerveux en souffrance, c'est comme repeindre un mur humide: ça ne fonctionne que durant le coup de pinceau.



### L'effet du tunnel émotionnel un mécanisme de survie à comprendre et à réguler

Lorsque le stress ou l'anxiété deviennent trop envahissants, nous pouvons être amenés à ne voir que le problème actuel et à en oublier tout le reste.

Ce mécanisme se nomme "Effet tunnel émotionnel".

#### L'effet tunnel et ses causes physiologiques

L'effet tunnel constitue une conséquence du "mode survie" de notre cerveau.

Face à une menace (réelle ou perçue), l'émotion devient vive. En raison de cet état, l'effet tunnel s'active de manière automatique, en vue de favoriser notre survie:

- ◊ Le système limbique déclenche la prédominance émotionnelle sur les processus de décision ;
- ◊ L'amygdale s'active, engendrant une émotion de peur pour mobiliser les réflexes de survie ;
- ◊ Le cortex préfrontal s'affaiblit pour ne pas parasiter la réaction immédiate avec ses processus habituellement plus lents (réflexion, calcul, vision d'ensemble) : c'est le **rétrécissement du champ de conscience sous adrénaline**, pour permettre des actions rapides et efficaces.
- ◊ Résultat: nous ne voyons plus que le danger immédiat et le réflexe prend le pas sur la logique et le discernement. Plus le danger persiste, plus la menace renforce l'effet.

**L'effet tunnel n'est pas un dysfonctionnement**: c'est un mécanisme de survie efficace qui a été hérité de notre évolution biologique au sein d'environnements hostiles.

Cependant, ce qui est adapté à une menace physique peut être contre-productif face à un ressenti de menace émotionnelle ou face à une situation complexe mettant en jeu nos sentiments ou notre sécurité symbolique.

Dans ces cas de figure, un cercle vicieux lié au stress peut se mettre en place: le danger ne disparaît pas immédiatement, ce qui fragilise peu à peu notre discernement.

#### Stratégies pour réguler le mécanisme

- **Nommer l'effet tunnel**

Se dire à voix haute "Je suis dans un effet tunnel" permet de réactiver une partie de la conscience analytique.

- **Respirer pour sécuriser**

D'un point de vue physiologique, trois respirations lentes et profondes envoient un signal de sécurité au cerveau et permettent d'estomper la peur.

- **Bouger le corps**

L'effet tunnel est un mécanisme de survie issu de notre évolution. Marcher, s'étirer ou encore changer de pièce réactive les zones cérébrales de la flexibilité mentale en désactivant le réflexe de "freeze" face à la menace.

- **Se poser une question d'ouverture**

Une question de type "Et s'il y avait une autre manière de voir les choses?" permet au cerveau d'élargir le champ de conscience en mobilisant des aires désactivées par le mécanisme de survie immédiate.

- **Revenir au concret, à l'ici et maintenant**

Observer un objet, un son ou explorer une sensation tactile permet de se reconnecter à l'environnement et de lui donner un sens qui n'est pas uniquement celui du danger. Cela permet au cerveau de limiter les flux d'adrénaline en offrant un canal sensoriel plus sécurisant.

#### Deux exercices peuvent aider:

**Le regard périphérique**: élargir physiquement le regard en observant autour de soi permet de conscientiser le rétrécissement de vision et de déprogrammer le tunnel.

**La pause 3x3**: 3 respirations profondes, 3 secondes d'observation et 3 mots pour décrire ce qu'on ressent. Cela améliore la temporalité interne et nous sort du sentiment d'urgence.



## La perception paradoxale du sommeil

L'insomnie est un trouble du sommeil particulièrement significatif en termes de qualité de vie pour les personnes qu'il touche.

Cependant, il est important de savoir que la recherche montre que 67% des insomniaques dorment en réalité six heures ou plus par nuit.

Ainsi, il existe une différence importante, dans certains cas, entre la réalité de la nuit et la perception que les personnes en ont. Ce phénomène porte un nom: **la perception paradoxale du sommeil**.

L'explication repose sur la **mise en état d'alerte du cerveau**. Face à cette situation d'activation, le système attentionnel et mnésique de la personne fonctionne de manière permanente et enregistre tout:

- Les micro-réveils ;
- Les états de tension corporelle ;
- Les pensées nocturnes.

Ainsi, au réveil, la personne a l'impression de ne pas avoir dormi, ou très peu. En réalité, l'hypervigilance a rendu la mémoire hyperactive, créant une situation paradoxale dans laquelle la personne est épuisée émotionnellement, tout en confondant ce registre avec de l'épuisement somatique car elle est déconnectée de sa réalité physique.

D'une certaine manière, il est possible de comparer cette situation avec un cerveau fonctionnant comme un gardien de nuit qui enregistre tout du déroulé nocturne, et qui produit le matin un rapport si alarmiste et complet qu'il donne l'impression qu'il n'y a pas eu de sommeil.

Il est donc important d'objectiver les choses, afin de faire la différence entre la croyance ("je n'ai pas dormi") et la réalité ("je ne sais plus dormir avec une sécurité interne suffisante pour être reposé le matin").

Cette distinction est essentielle car elle évite trois phénomènes délétères:

- **La mise en cause de la parole de la personne**, qui affirme une carence de sommeil que son entourage ne constate pas: comprendre ce qui se joue au niveau neuropsychologique permet de ne pas confondre une perception erronée de la réalité et un mensonge délibéré ;



- **L'erreur de traitement**: il peut être tentant de médicamenter l'insomnie avec des traitements spécifiques (hypnotiques), mais dans ce cas, cela n'est pas aidant. La sédatrice peut être difficile en raison de l'hyperactivation (avec le risque de surdosage), et nombre de ces traitements détruisent la régulation mnésique et rendent encore plus complexe le fait de conscientiser le déroulé réel de la nuit.
- **La fragilisation des personnes dépendantes aux substances psychoactives**, qui peuvent parfois rechercher, par la surdose, la déconnexion du corps. Faute de pouvoir supprimer l'hypervigilance, elles peuvent trouver un soulagement dans l'anesthésie corporelle neutralisant tout signal, favorisant de fait un sommeil sans conscience venant contourner la difficulté.

### Briser le cercle vicieux

Dans ce type de situation, qui doit être objectivée par des mesures du sommeil effectif (facilitées par les équipements contemporains très disponibles), la réponse thérapeutique aidante demeure:

- **L'exploration de l'histoire du trouble**, qui doit comporter la dimension biographique globale: état de stress, traumatismes psychologiques, contextes de vie dégradés au long cours, Etc.
- **L'utilisation d'un monitoring** permettant à la personne de se rendre compte de la différence entre sa croyance et la réalité ;
- **La mise en place d'un accompagnement pluridisciplinaire**: médical (notamment sur le versant de l'anxiolyse sans sédatrice), psychologique (particulièrement les approches cognitivo-comportementales travaillant les schémas du stress et les représentations) et social (pour réduire les situations stressantes en lien avec les contextes de vie).
- **La mise en oeuvre d'une éducation thérapeutique**: thérapie de pleine conscience, gestion de stress, relaxation, Etc.

Ce type de phénomène montre bien que toute atteinte à la santé demeure un phénomène complexe qui doit être abordé avec recul et pluridisciplinarité.



## Pluie battante

HOMEOPATHIE

## Recette de l'Oscilloccinum

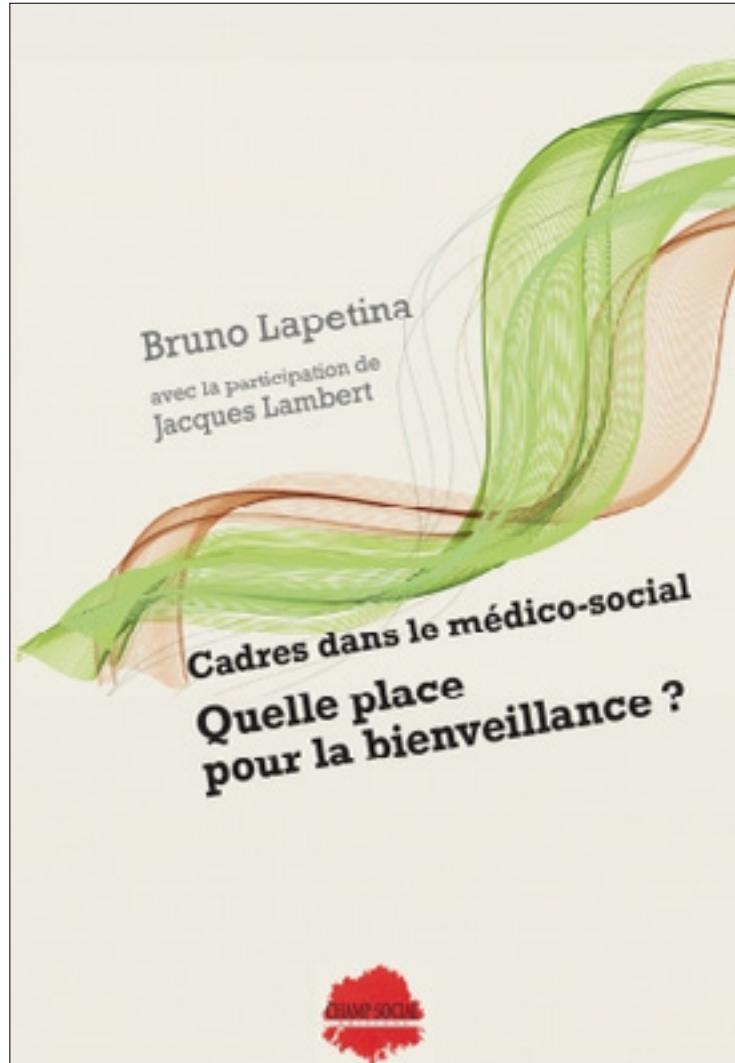


Merci Boiron  
pour cette bonne farce !

Paru en 2025

**Cadres dans le médico-social  
Quelle place pour la bienveillance?**

[Bruno Lapetina & Jacques Lambert](#)



Quelle que soit l'étymologie du mot bienveillance, celui-ci est aujourd'hui synonyme de gentillesse alors qu'il s'agissait initialement d'être vigilant.

Pour autant "bienveillant" n'est pas la première valeur que l'on associe à la direction ou au management, dès lors que l'encadrement, en institution, suppose de fixer des objectifs aux salariés, de stimuler l'efficacité et d'évaluer la qualité de son institution, dans un environnement soumis à des contraintes et des enjeux nouveaux dans le cadre de la transformation de l'offre médico-sociale.

On a beau dire qu'il n'y a pas une seule et unique "bonne" façon de diriger, de manager, d'exercer son leadership, la bienveillance est à la base de toute pratique managériale performante depuis l'arrivée de la psychologie positive du XXI<sup>ème</sup> siècle. Elle n'est pas une mode mais une conviction, un état d'esprit qui guide une façon de travailler et d'interagir avec les autres. Et l'on peut espérer que cet état d'esprit se repère aussi dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Mais il y a tout de même un défi à relever au sein des institutions : manager les managers, notamment de proximité, avec cette même bienveillance. Les aider à concilier des exigences parfois contradictoires, les soutenir dans leurs prises de position, les écouter avec attention dans la gestion de problématiques humaines parfois très complexes.

La bienveillance est affaire de vie en institution, en société, et pas seulement une affaire d'encadrement !...

Aux éditions [Champ social](#) - 20 euros  
16 x 24 - 136 pages

Lucas BEMBEN

## *Promouvoir l'humain dans le secteur médico-social*

ÉTIQUE DE LA BIENTRAITANCE AUPRÈS  
DES PERSONNES EN SITUATION DE MARGINALITÉ



**Promouvoir l'humain dans le secteur médico-social**

*Ethique de la bientraitance  
auprès des personnes en situation de marginalité*

Lucas Bemben

Quand l'institution médico-sociale accompagne des personnes issues de la marginalité, l'enjeu n'est pas seulement technique. Il est aussi relationnel et symbolique, profondément éthique. Il pose la question de la promotion de l'humain dans le dispositif d'accueil, malgré les fragilités du sujet et les exigences des fonctionnements et des organisations.

A partir d'une réflexion ancrée dans le quotidien professionnel, ce livre propose une lecture croisée de deux volets essentiels: d'une part, une attention aux spécificités de ce public. D'autre part, la présentation d'outils conceptuels pour penser la bientraitance comme la trame profonde de la pratique institutionnelle. Il n'apporte pas de recettes, mais offre des repères concrets pour questionner les évidences et ouvrir des espaces de réflexion.

Aux [éditions Maïa](#) - 20 euros.  
15 x 20,9 - 225 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, cinq 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 est insensé de penser qu'il faut lire tous les livres qu'on achète, tout comme il est insensé de critiquer ceux qui achètent plus de livres qu'ils ne pourront jamais en lire. Ce serait comme dire qu'il faut utiliser tous les couverts ou les lunettes, les tournevis ou les forets que vous avez achetés avant d'en acheter de nouveaux.*

*Il y a des choses dans la vie pour lesquelles nous avons besoin de toujours avoir suffisamment de provisions, même si nous n'en utilisons qu'une petite partie. Si, par exemple, nous considérons les livres comme des médicaments, nous comprenons qu'il est bon d'en avoir plusieurs à la maison plutôt que quelques-uns: quand on veut se sentir mieux, alors on va au "placard à pharmacie" et on choisit un livre, un livre aléatoire, mais le bon livre pour le moment. C'est pourquoi vous devriez toujours avoir un choix nutritionnel !*

*Ceux qui n'achètent qu'un seul livre, ne lisent que celui-là et s'en débarrassent ensuite. Ils appliquent simplement la mentalité de consommateur aux livres, c'est-à-dire qu'ils les considèrent comme un produit de consommation, un bien.*

*Ceux qui aiment les livres savent qu'un livre est tout sauf une marchandise".*

**Umberto Eco**

*"Agir et penser comme tout le monde n'est jamais une recommandation ; ce n'est toujours pas une excuse. A chaque époque, il y a des gens qui ne pensent pas comme tout le monde, c'est-à-dire qui ne pensent pas comme ceux qui ne pensent pas."*

**Marguerite Yourcenar**

*"L'ignorance provoque un tel état de confusion qu'on s'accroche à n'importe quelle explication afin de se sentir un peu moins embarrassé. C'est pourquoi moins on a de connaissances, plus on a de certitudes. Il faut avoir beaucoup de connaissances et se sentir assez bien dans son âme pour oser envisager plusieurs hypothèses".*

**Boris Cyrulnik**



Retrouvez-nous sur la plateforme  
du collectif de recherche Psymas

[Https://www.psymas.fr](https://www.psymas.fr)

