

Bulletin d'actualité du secteur médico-social

BULLETIN DU 4^{ÈME} TRIMESTRE 2025

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

Dans ce bulletin, vous trouverez:

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



Le cabinet AAPA

Ad augusta per angusta

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

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

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

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

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



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](#)

Bienvenue!

Le cabinet AAPA, héritier de l'association ULIL, 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 du soin du secteur médico-social: non pas un concept stérile et absolu qui voudrait 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.

[Lire la suite](#)

Bulletin d'actualité

Une newsletter gratuite et confidentielle d'actualité du secteur médico-social. Il suffit pour y souscrire d'indiquer votre adresse e-mail (à jour) au cours des publications.

☐ Bulletin d'actualité

Coordonnée :

|

[S'abonner](#)[Se désabonner](#)

Contenu du bulletin

» **Actualités juridiques & législatives du secteur médico-social (pages 1 à 4)**

- ◇ [Le décret n°2025-612 du 2 juillet 2025](#), relatif aux plafonds de dépenses engagées au titre d'une mission de travail temporaire par un EPS ou un ESSMS ;
- ◇ [Le décret n°2025-770 du 5 août 2025](#), relatif à l'organisation des parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention ;
- ◇ [Le décret n°2025-940 du 8 septembre 2025](#), relatif à l'inclusion des villages d'enfants dans le CASF ;
- ◇ [Le décret n°2025-875 du 2 septembre 2025](#), relatif aux modalités d'accueil dans les EHPAD et les PUV ;
- ◇ [Le décret n°2025-897 du 4 septembre 2025](#), relatif aux missions et conditions d'exercice des infirmiers et médecins coordonnateurs en EHPAD.

» **Actualités techniques du secteur médico-social (pages 5 à 19)**

- ◇ Pleine page: [L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées](#) - Panoramas 2025 de la DREES ;
- ◇ [Le référentiel des durées de conservation dans le secteur social et médico-social](#) de la CNIL ;
- ◇ Le replay du [webinaire Accens "Actualités des ESMS - Septembre 2025"](#) ;
- ◇ L'enquête de la FAS ["Etat des lieux 2025 des associations de solidarité"](#) ;
- ◇ L'enquête de la FAS ["Culture et solidarité: leviers essentiels pour lutter contre la précarité"](#) ;
- ◇ Guide juridique de la FAS: ["Droit à l'hébergement: comprendre, agir, protéger"](#) ;
- ◇ Pleine page: [Les dépassements d'honoraire](#) - Rapport de l'IRDES.

» **Ethique et fonctionnement (pages 20 à 22)**

- ◇ Un exemple d'[infographie de la Charte de la Laïcité](#), sur la base de la circulaire PM n°5209/5G du 13 avril 2007;
- ◇ Pleine page: [Créer et organiser une instance éthique](#) en établissement ou dans un service à domicile.

» **Rouages et mécanismes (pages 23 à 34)**

- ◇ [La charte des droits et libertés de la persona accueillie](#) : présentation et commentaires.

» **Santé (pages 35 à 39)**

- ◇ Pleine page: [Alcool et cancer du sein](#) ;
- ◇ Pleine page: [Les fiches cliniques d'Hélène Verdoux](#) pour septembre-octobre 2025 ;
- ◇ Pleine page: [Infographie "Et si c'était une catatonie?"](#) ;
- ◇ Pleine page: [Guide des symptômes clés - Explorer et comprendre les troubles de la santé mentale](#) ;
- ◇ Pleine page: [Le microbiote vaginal, un bouclier intime à l'équilibre fragile](#).

» **Troubles addictifs (pages 40 à 43)**

- ◇ Pleine page: [Les hospitalisations pour troubles de l'usage d'alcool](#) ;
- ◇ Pleine page: [Livret de réduction des risques - Alcool](#) ;
- ◇ Pleine page: [Flyer de présentation du CEFRAAP](#) (Centre francophone de ressources et d'accompagnement de l'addiction à la pornographie) ;
- ◇ Pleine page: Rapport d'information flash - [Opioïdes en France: état des lieux, risques émergents et stratégies de prévention](#).

» **Personnes en situation de vulnérabilité (pages 44 à 51)**

- ◇ Pleine page: [Mémoire de Master 2 "Les hommes victimes de violence conjugale"](#) ;
- ◇ Pleine page: [Parcours des Mineurs auteurs de violences sexuelles](#) ;
- ◇ Pleine page: [Bien grandir avec les écrans - Des repères pour chaque âge](#) ;
- ◇ Les [Directives anticipées incitatives en psychiatrie \(DAIP\)](#) ;
- ◇ Pleine page: [Recueil et diffusion d'expériences vécues de personnes vivant avec un trouble psychique](#) ;
- ◇ Pleine page: [Qu'est-ce qui fait chuter les personnes âgées?](#) ;
- ◇ Pleine page: [Trauma vicariant - Un risque invisible au coeur du travail social et médico-social.](#)

» **Les Focus (pages 52 à 58)**

- ◇ [L'université d'Automne de la HAS](#) ;
- ◇ [Le sectomètre de Maillé Onfray](#) ;
- ◇ [Le pornomètre du CRIAVS Lorraine.](#)

» **Agenda du secteur (pages 59 à 63)**

» **Appel à contribution de la revue "Sociographe" (page 64)**

» **Culture et vulnérabilité (page 65)**

- ◇ [La réalité neurologique du Burn-out.](#)

» **Clinique et psychopathologie (page 66)**

- ◇ [Estime de soi et confiance en soi: deux notions différentes.](#)

» **Humour (pages 67)**

» **Paru et à paraître (pages 68 à 70)**

- ◇ Ouvrage: [L'éthique dans les établissements et services sanitaires sociaux et médico-sociaux](#), de Gzil et coll. ;
- ◇ Ouvrage: [Promouvoir l'humain dans le secteur médico-social - Ethique de la bientraitance auprès des personnes en situation de marginalité](#), de Lucas Bembem ;
- ◇ [Le cycle institutionnel](#) du collectif de recherche Psymas.

» **Citations du bulletin (page 71)**

Actualités juridiques & législatives
du secteur médico-social

[Le décret n°2025-612 du 2 juillet 2025](#) est "relatif au plafond des dépenses engagées au titre d'une mission de travail temporaire par un établissement public de santé (EPS), un établissement ou service social et médico-social (ESSMS)". Il a été publié au JORF du 3 juillet 2025.

Ce décret est pris en application de l'article 70 de la [loi n°2025-199 du 28 février 2025](#) de financement pour la sécurité sociale pour 2025. Cet article modifie:

- [L'article L.6146-3 du code de la santé publique \(CSP\)](#), qui prévoit la possibilité pour les EPS de solliciter les services des entreprises de travail temporaire (ETT) pour avoir recours à des praticiens intérimaires, ainsi que le plafonnement des dépenses susceptibles d'être engagées à ce titre ;
- [L'article L.313-23-3 du code de l'action sociale et des familles \(CASF\)](#), qui plafonne également les dépenses susceptibles d'être engagées lorsqu'un professionnel est mis à disposition par une ETT au sein d'un ESSMS.



En application de ce décret, il a également été publié, au JORF du 9 septembre 2025, [l'arrêté du 5 septembre 2025](#) fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un EPS et par un ESSMS au titre d'une mission de travail temporaire et le périmètre des qualifications concernées. Cet arrêté a fait l'objet d'une évocation détaillée dans le précédent bulletin d'actualité.

En conséquence de tous ces textes, il résulte que pour **les contrats conclus à compter du 1^{er} juillet 2025, lorsqu'il existe un écart significatif entre le coût d'une mise à disposition d'un professionnel par une ETT et le coût de l'emploi d'un professionnel permanent, le montant des dépenses susceptibles d'être engagées par l'EPS ou l'ESSMS ne peut être supérieure de 60 %.**

Les plafonds sont fixés (hors taxe sur la valeur ajoutée) comme suit en fonction de la catégorie des professionnels soumis à ce plafonnement et du territoire:

Base des plafonnements	Catégorie de professionnels	En métropole, en Polynésie française et à Wallis-et-Futuna	En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon
Pour une journée de 24h de travail effectif	Médecins	2 681 €	3 752 €
	Odontologistes	2 681 €	3 752 €
	Pharmaciens	2 681 €	3 752 €
Pour une heure de travail effectif	Infirmiers diplômés d'Etat	54 €	75 €
	Infirmiers de bloc opératoire diplômé d'Etat	73 €	102 €
	Infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat	73 €	102 €
	Manipulateurs en électroradiologie médicale	56 €	78 €
	Préparateurs en pharmacie hospitalière	56 €	78 €
	Masseurs-kinésithérapeutes	62 €	86 €
	Sages-femmes	78 €	109 €





Le décret n° 2025-770 du 5 août 2025 est "relatif à l'organisation des parcours mentionnés aux articles L. 2134-1, L. 2135-1 et L. 2136-1 du code de la santé publique". Il a été publié au JORFdu 6 août 2025,

Ce décret est pris en application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2023 (loi n°2022-1616 du 23 décembre 2022, art.81), pour 2024 (loi n°2023-1250 du 26 décembre 2023, art.83) et pour 2025 (loi n°2025-199 du 28 février 2025 art.83) qui ont successivement instauré :

- Le parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention pour le repérage des enfants de moins de six ans susceptibles de présenter un trouble de santé à caractère durable et invalidant de quelque nature que ce soit, notamment un trouble du neurodéveloppement (CSP, art. L.2134-1) ;
- Le parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neurodéveloppement (CSP, art. L.2135-1) ;
- Le parcours coordonné de diagnostic, de rééducation et de réadaptation pour l'accompagnement des enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale (CSP, art. L.2136-1).

Le décret est venu préciser les modalités d'application de ces dispositions.

Au niveau des institutions

Les parcours sont organisés par des structures désignées par arrêté du Directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) parmi :

- Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (CASF, art. L.312-1, I, 2°) ;
- Les centres d'action médico-sociale précoce (CASF, art. L.312-1, I, 3°) ;

- Les centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de proximité (CASF, art. L.312-1, I, 11°) ;
- Les établissements de santé (CSP, art. L.6111-1).

Le nouvel article R.2134-1 du CSP précise que chaque structure désignée peut également conclure une convention de partenariat avec d'autres structures mentionnées ci-dessus.

Des projets de parcours peuvent aussi être conclus entre ces structures et des professionnels de santé libéraux.

Au niveau des modalités d'admission

En application de l'article R.2134-2 du CSP, l'admission dans un parcours est subordonnée à une prescription médicale délivrée dans un délai maximal de 15 jours à compter de la demande de prise en charge.

Le refus de la prescription est possible si une orientation vers une prise en charge équivalente a été décidée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ou lorsqu'une orientation vers un autre parcours apparaît plus adaptée.

Au niveau de la réalisation du parcours

Lorsque l'entrée dans le parcours est décidée, le médecin de la structure établit la liste des prestations incluses et précise les modalités de leur réalisation.

A compter de la prescription du parcours par le médecin de la structure, l'enfant est effectivement accueilli au sein de celle-ci ou pris en charge par les professionnels désignés dans un délai maximal de 3 mois.

Une synthèse des bilans et interventions réalisés est établie au plus tard 6 mois après la première intervention d'un professionnel.

Le parcours peut être en tout ou partie interrompu par le médecin de la structure (après un échange avec les professionnels intervenants) :

- Soit, à la demande des représentants légaux de l'enfant ;
- Soit, en cas d'admission anticipée dans une structure adaptée ;
- Soit, lorsque le médecin évalue que les interventions prescrites ne sont plus nécessaires.

Il n'est pas possible de cumuler ou de succéder des parcours, sauf en cas de réorientation décidée par le médecin de la structure, lorsque les bilans et évaluations réalisés le justifient.

Au niveau de la durée de la prise en charge

La prise en charge est limitée :

- **Concernant le parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention** pour le repérage des enfants de moins de six ans susceptibles de présenter un trouble de santé à caractère durable et invalidant (CSP, art. L.2134-1) : à une période d'un an, renouvelable une fois sur prescription médicale. La prescription initiale doit intervenir avant le septième et le douzième anniversaires de l'enfant ;
- **Concernant le parcours de bilan et intervention précoce** pour les troubles du neurodéveloppement (CSP, art. L.2135-1) : à une période d'un an, renouvelable une fois sur prescription médicale. La prescription initiale doit intervenir avant le septième et le douzième anniversaires de l'enfant ;
- **Concernant le parcours coordonné de diagnostic, de rééducation et de réadaptation** pour l'accompagnement des enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale (CSP, art. L.2136-1) : à 48 prestations par an et par professionnel. Il est possible de le prescrire jusqu'au 20^{ème} anniversaire de l'enfant.

Au niveau de la prise en charge d'un jeune avant la décision d'orientation de la CDAPH

Conformément à l'article R.2134-4 du CSP, une spécificité est prévue pour les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (CASF, art. L.312-1, I, 2°), puisqu'ils **peuvent admettre directement un bénéficiaire à l'échéance de son parcours, dans l'attente de la décision d'orientation de la CDAPH.**

Pour cela, le directeur qui prononce l'admission doit en informer directement la CDAPH et lui adresser une évaluation dans un délai de 15 jours. Cette dernière doit ensuite faire connaître sa décision dans les meilleurs délais, sans remettre en cause la prise en charge de la période d'accueil.

[Le décret n°2025-940 du 8 septembre 2025](#) "relatif aux villages d'enfants" a été publié au JORF du 9 septembre 2025,

Avec ce décret, un chapitre est désormais intégré au CASF pour les villages d'enfants, au sein du titre IV du livre III de la partie réglementaire.

Selon le nouvel [article D.34-10-1 du CASF](#), "*les villages d'enfants ont pour objet d'accueillir des mineurs et des jeunes majeurs de moins de vingt-et-un an, principalement en fratrie, pris en charge par l'aide sociale à l'enfance en application de l'article L. 222-5, en leur proposant un accueil de type familial en maisons ou en appartements d'habitation, accompagnés par des éducateurs et des aides familiaux, mentionnés aux articles L. 431-1 à L. 431-4, et soutenus par une équipe pluridisciplinaire*".

Le cadre juridique relatif aux villages d'enfants est ainsi précisé et la prise en charge en fratrie au sein de milieux dits "familiaux" s'avère privilégiée.

[Le décret n°2025-875 du 2 septembre 2025](#) est "relatif aux modalités d'accueil de jour dans les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) et dans les petites unités de vie (PUV)". Il a été publié au JORF du 3 septembre 2025.

Il est pris en application du VI bis de l'article L.312-1 du CASF, modifié par l'article 28 de [la loi n°2024-317 du 8 avril 2024](#) portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, qui vient assouplir les modalités d'accueil de jour au sein des EHPAD et des PUV.

L'accueil de jour peut être mis en œuvre dans ces établissements, mais la capacité prévue à cet effet doit être au minimum de 6 places, dès lors que l'activité prévisionnelle est assurée.

Le décret, qui modifie [l'article D.312-8 du CASF](#), prévoit désormais une dérogation à ce principe, puisque ne sont pas soumis à cette capacité minimale les EHPAD et PUV "*dont la capacité d'accueil autorisée est inférieure à soixante places*".

Pour ces derniers, l'accueil de jour pourra ainsi être assuré dans les locaux dédiés à l'hébergement permanent, pour chacune de leurs places disponibles (CASF, L.312-1, VI bis).





Le [décret n° 2025-897 du 4 septembre 2025](#) est "relatif aux missions et conditions d'exercice des infirmiers et médecins coordonnateurs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)". Il a été publié au JORF du 6 septembre 2025,

Pour rappel, l'article 2 de la [loi n°2025-581 du 27 juin 2025](#) sur la profession d'infirmier a inséré un nouvel alinéa à [l'article L.313-12 du CASF](#).

Désormais, parmi les professionnels intervenants au sein d'un EHPAD, il peut y avoir un infirmier coordonnateur qui exerce ses missions en collaboration avec le médecin coordonnateur et en lien avec l'encadrement administratif et soignant de l'établissement, dont les conditions d'exercice ont été précisées par le décret nouvellement publié.

La liste des professionnels intervenant au sein d'un EHPAD a donc été modifiée en conséquence ; selon la nouvelle version de [l'article D.312-155-0](#) du CASF, l'infirmier coordonnateur **doit** faire parmi d'eux, tandis que l'article L.313-12 précédemment cité évoque seulement une **possibilité**.

Il est également indiqué que l'infirmier doit être titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier.

Le nouvel [article D.312-158-1](#) du CASF prévoit qu'il intervient sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, et sous l'autorité du cadre de santé le cas échéant.

Ses missions sont précisément définies :

- Il participe à la coordination de l'équipe paramédicale, à l'organisation et à la qualité des soins paramédicaux réalisés par l'équipe soignante ;
- Il contribue aux projets d'amélioration continue de la qualité des soins ;
- Il concourt à l'exercice des missions des médecins coordonnateurs suivantes :

- ◇ Il élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins et un programme de prévention s'intégrant dans le projet d'établissement, puis coordonne et évalue leur mise en œuvre ;
- ◇ Il donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'établissement ;
- ◇ Il évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins ;
- ◇ Il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;
- ◇ Il contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;
- ◇ Il peut participer à l'encadrement des internes et des étudiants en médecine ;
- ◇ Il coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale signé conjointement avec le directeur de l'établissement ;
- ◇ Il identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents, tout en donnant son avis sur le contenu et en participant à la mise en œuvre de convention de partenariat avec ces acteurs.

La nouvelle version de l'article D.312-158 du CASF a également ajouté la possibilité pour l'établissement qui ne peut disposer du temps de coordination nécessaire, de faire réaliser les missions exercées par le médecin coordonnateur par "*un médecin coordonnateur intervenant de façon dématérialisée*". Un arrêté ministériel doit venir préciser les conditions de cette intervention. De plus, l'agence régionale de santé doit être tenue informée du recours à ce mode d'intervention.

L'objectif affiché par ce décret est de reconnaître les infirmiers coordonnateurs en EHPAD. Une telle reconnaissance apparaît essentielle là où aujourd'hui le recrutement de médecin coordonnateur s'avère de plus en plus complexe pour les établissements.



L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées - Panoramas de la DREES
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)



Référentiel de conservation des données
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en format PDF)



RÉFÉRENTIEL

Les durées de conservation dans le secteur
social et médico-social

Version 1.0 du 14 septembre 2023

CNIL
COMMISSION NATIONALE
INFORMATIQUE & LIBERTÉS

Légende



Les durées prévues par les textes cités sont des durées obligatoires imposées par la réglementation.



Les durées prévues par les textes cités sont des durées recommandées par la CNIL, qui ne revêtent pas un caractère obligatoire.

N.B. Lorsque vous êtes une structure publique ou privée chargée d'une mission de service public, le respect du principe de limitation de la conservation des données à caractère personnel doit s'opérer dans le respect des obligations prévues par le code du patrimoine s'agissant des archives publiques. Le cas échéant, le service des archives départementales pourra vous renseigner sur ces obligations et vous guider dans leur mise en œuvre (détermination de la durée d'utilité administrative et du sort final des données).

Activités de traitement	Détails	Durées de conservation en base active	Durées de conservation en base intermédiaire	Fondements juridiques Textes de référence
Associations : gestion des membres et prospects	Gestion des opérations d'appels aux dons	<u>Après des membres : durée nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi par la collecte</u> <u>Après des prospects : durée nécessaire à la réalisation de la campagne de collecte de dons</u>	L'archivage intermédiaire s'applique sous certaines conditions (voir « Focus » page 9). En cas d'opposition : les informations fournies par la personne à l'appui de sa demande doivent être conservées au minimum 3 ans à compter du dernier contact émanant de la personne. Ces données ne peuvent en aucun cas être utilisées à d'autres fins que la gestion du droit concerné et seules les données nécessaires à la prise en compte de ce droit doivent être conservées (ex : l'adresse électronique).	Dispense n°8 (depuis l'entrée en application du RGPD, les dispenses adoptées par la CNIL n'ont plus de valeur juridique) Référentiel relatif aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre aux fins de gestion des activités commerciales
	Gestion des membres (gestion administrative, gestion des cotisations, annuaire des membres, etc.)	Les données à caractère personnel du membre ne peuvent être conservées après sa démission, sa radiation ou son départ, sauf consentement de l'intéressé 2 ans à compter du dernier contact avec la personne ayant fait l'objet du suivi, sauf dispositions législatives ou réglementaires contraires Cas particulier : en cas de décès, les données devront être archivées afin de répondre aux obligations prévues par les dispositions du CSP.	L'archivage intermédiaire s'applique sous certaines conditions (voir « Focus » page 9).	Dispense n°8 (depuis l'entrée en application du RGPD, les dispenses adoptées par la CNIL n'ont plus de valeur juridique) Référentiel relatif à l'accueil, l'accompagnement, l'hébergement et le suivi social et médico-social des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en difficulté
Accompagnement, et suivi social et médico-social des personnes âgées, en situation de handicap ou en difficulté	Données traitées pour les besoins de l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement social et médico-social des personnes (hors dossier médical) :			

¹ Des exemples de finalités sont listés dans le référentiel relatif à l'accueil, l'accompagnement, l'hébergement et le suivi social et médico-social des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en difficulté

	Dossier médical	Le temps de la prise en charge de la personne concernée	20 ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire au sein de l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein. Si la personne titulaire du dossier décède moins de 10 ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de 10 ans à compter de la date du décès.	Art. R. 1112-7 du CSP
	Dossiers des personnes et familles accueillies dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	2 années civiles après la sortie de la personne accueillie	L'archivage intermédiaire s'applique sous certaines conditions (voir « Focus » page 9).	Art. R. 314-157 du CASF
	Dossiers des personnes et familles accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), dans les centres d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA) et dans les centres d'accueil et d'évaluation des situations (CAES)	2 années civiles après la sortie de la personne accueillie	L'archivage intermédiaire s'applique sous certaines conditions (voir « Focus » page 9).	Art. R. 552-7 du CESEDA
	Données traitées dans le SI « Application gestion du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile (DNA) »	2 ans à compter de la notification de la décision définitive sur la demande d'asile	L'archivage intermédiaire s'applique sous certaines conditions (voir « Focus » page 9).	Art. R. 142-35 du CESEDA
	Contrat de travail à durée déterminées conclu entre une personne sans emploi et un atelier chantier d'insertion	Conservation pendant la durée de la relation de travail	Les données peuvent être conservées en archivage intermédiaire en cas de contentieux et ce pendant la durée de la prescription de l'action civile de droit commun de 5 ans	Référentiel relatif aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre aux fins de gestion des ressources humaines

Accompagnement et suivi social et médico-social des mineurs et des jeunes majeurs	Données traitées pour les besoins de l'accompagnement social, socio-éducatif, judiciaire et médico-social du mineur et/ou jeune majeur	2 ans à compter du dernier contact émanant de la personne ayant fait l'objet de cet accompagnement, (ex. : dernier courriel ou courrier envoyé par la personne concernée/son représentant légal, etc.), sauf dispositions législatives ou réglementaires contraires ou cas particulier Cas particulier : en cas de décès, les données devront être archivées afin de répondre aux obligations prévues par les dispositions du CSP.	L'archivage intermédiaire s'applique sous certaines conditions (voir « Focus » page 9).	Référentiel relatif aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre de la protection de l'enfance et des jeunes majeurs de moins de 21 ans
Instruction et gestion de l'évaluation de la situation de minorité par les services de l'ASE des départements	/	Le temps de l'évaluation de la situation de minorité:	Pour les personnes concernées considérées comme MNA : se reporter à la durée recommandée par la CNIL dans le cadre de l'accompagnement social et médico-social des mineurs et des jeunes majeurs Pour les personnes concernées qui ne sont pas considérées comme MNA : les données utilisées pour l'évaluation seront conservées jusqu'à l'extinction des voies de recours ordinaires et extraordinaires	Référentiel relatif aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre de la protection de l'enfance et des jeunes majeurs de moins de 21 ans
Gestion du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes	L'ensemble des données saisies, y compris les aides financières	2 ans à compter de la dernière opération enregistrée ou de la dernière mesure sociale décidée, pour l'ensemble des données saisies y compris les aides financières	Lorsqu'il existe un recours contre un tiers ou un contentieux, les données sont conservées jusqu'à l'intervention de la décision définitive.	Circulaire AD 98-6 du 6 juillet 1998 relative au traitement des archives produites dans le cadre de l'aide sociale en faveur des mineurs

* Une fois la personne concernée reconnue comme MNA, les données nécessaires à sa prise en charge et à son accompagnement social seront conservées pendant une durée maximale de deux ans en base active par les services de l'ASE (réf. : durée de conservation recommandée par la CNIL dans le cadre de l'accompagnement social et médico-social des mineurs et jeunes majeurs).

relatives à l'enfance en danger	Informations relatives aux enfants bénéficiant d'actions éducatives en milieu ouvert	5 ans à compter de la dernière opération enregistrée ou de la dernière mesure sociale décidée	A l'expiration de ces périodes, les données sont détruites de manière sécurisée ou archivées dans des conditions définies en conformité avec les dispositions du code du patrimoine relatives aux obligations d'archivage des informations du secteur public pour les organismes soumis à ces dispositions³, d'une part, ou conformément aux dispositions de la délibération de la CNIL portant adoption d'une recommandation concernant les modalités d'archivage électronique de données à caractère personnel pour les organismes relevant du secteur privé, d'autre part.	Circulaire DGP/SIAF/2020/004 du 18 janvier 2021 portant modification du sort final des dossiers d'assistance éducative n°134 TGI (engagement n°3). Décret n° 2016-1966 du 28 décembre 2016 organisant la transmission d'informations sous forme anonyme aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance et à l'observatoire national de la protection de l'enfance Référentiel relatif à l'accueil, l'accompagnement, l'hébergement et le suivi social et médico-social des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en difficulté
	Informations relatives aux enfants placés ⁴	10 ans à compter de la dernière opération enregistrée ou de la dernière mesure sociale décidée		

³ La circulaire DGP/SIAF/2020/004 du 18 janvier 2021 portant modification du sort final des dossiers d'assistance éducative n°134 TGI (engagement n°3) préconise la conservation définitive des dossiers d'assistance éducative en milieu ouvert et leur versement aux archives départementales.

⁴ Certains dossiers particuliers font l'objet d'une durée d'utilité administrative de 90 ans à compter de la naissance (réf. : circulaire AD 98-6 du 6 juillet 1998 relative au traitement des archives produites dans le cadre de l'aide sociale en faveur des mineurs).

Instruction, gestion et versement des prestations sociales légales	Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et aide sociale à l'hébergement (ASH)	6 ans après la cessation de son droit à la prestation ou après l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux	Les données pseudonymisées, liées à un numéro, peuvent être conservées au-delà du délai de 6 ans , à des fins de pilotage départemental concernant la connaissance de la population des demandeurs et bénéficiaires de l'APA et de l'ASH ainsi que pour la constitution d'échantillons statistiquement représentatifs prévue à l'article L. 232-21-2 du CASF, visant à rendre possible l'étude des situations et des parcours des personnes y compris lorsqu'elles changent de département.	Art. R. 232-46 du CASF
	Revenu de solidarité active (RSA) : échanges de données entre Pôle emploi et le conseil départemental	2 mois maximum à compter de la transmission des informations	3 ans à compter de leur transmission à Pôle emploi	Art. R. 262-116-4 du CASF
	Orientation et accompagnement des bénéficiaires du RSA (assuré par les assistants sociaux, les conseils départementaux, les CAF et Pôle emploi)	2 ans à compter du dernier contact avec la personne ayant fait l'objet de l'accompagnement social. Lorsqu'il existe un recours contre un tiers ou un contentieux, les données peuvent être conservées jusqu'à l'intervention de la décision définitive.	L'archivage intermédiaire s'applique dans certaines conditions (voir « Focus » page 9).	Recommandation de la CNIL ³
Evaluation des demandes et attributions des droits et prestations par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)	Les informations enregistrées concernant la personne en situation de handicap et s'il y a lieu son représentant légal	5 ans maximum à compter de la date d'expiration de validité de la dernière décision intervenue ou pendant laquelle aucune intervention n'a été enregistrée dans le dossier de la personne handicapée	10 ans sur support distinct dans des conditions de sécurité équivalentes à celles des autres données enregistrées dans le traitement mentionné à l'article R. 146-38 du CASF. A l'expiration de ces	Art. R. 247-3 du CASF

³ A titre d'exemple : délibérations n° 2017-340, 2018-107 et 2018-169.

	Les données concernant les membres de l'équipe pluridisciplinaire et de la commission des droits et de l'autonomie	Les données ne peuvent pas être conservées au-delà de leur durée de présence au sein de la MDPH ou de l'équipe.	périodes, les données sont détruites de manière sécurisée ou archivées dans des conditions définies en conformité avec les dispositions du code du patrimoine relatives aux obligations d'archivage des informations du secteur public pour les organismes soumis à ces dispositions, d'une part, ou conformément aux dispositions de la délibération de la CNIL portant adoption d'une recommandation concernant les modalités d'archivage électronique de données à caractère personnel pour les organismes relevant du secteur privé, d'autre part. Au-delà de cette période, les informations sorties du système de traitement sont archivées sur un support distinct et peuvent être conservées 10 ans dans des conditions de sécurité équivalentes à celles des autres données enregistrées dans le traitement.	
	Les informations concernant les membres de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	Les données ne peuvent pas être conservées au-delà de la durée de leur mandat des personnes concernées.		
Instruction des demandes et délivrance de la carte « mobilité inclusion »		5 ans maximum à compter de la date d'expiration de validité de la dernière décision intervenue ou pendant laquelle aucune intervention n'a été enregistrée dans le dossier de la personne	Art. D. 241-19-3 du CASF	
	Gestion des demandes et renouvellements des agréments des assistants maternels et familiaux	Conservation le temps de l'instruction de la demande initiale et du renouvellement de l'agrément, à l'exception des données relatives aux infractions (extrait du bulletin n°2 du casier judiciaire) qui ne peuvent être conservées que pour une durée de 3 mois maximum puis supprimées de manière sécurisée		Circulaire AD 98-6 du 6 juillet 1998 relative au traitement des archives produites dans le cadre de l'aide sociale en faveur des mineurs

Gestion des demandes d'agréments d'adoption	Conservation le temps de l'instruction de la demande initiale et renouvellement de l'agrément, à l'exception des données relatives aux infractions (bulletins n°3 et n°3 du casier judiciaire) qui sont conservées 3 mois en base active puis supprimées de manière sécurisée.	6 ans à compter de la date d'obtention de l'agrément ou à compter de la date de l'interruption de la procédure Cas particulier pour les agréments refusés : 3 ans après la clôture du dossier	Circulaire AD 98-6 du 6 juillet 1998 relative au traitement des archives produites dans le cadre de l'aide sociale en faveur des mineurs
---	--	--	--

Focus sur l'archivage intermédiaire

Les données peuvent parfois être conservées en archivage intermédiaire pour répondre à une obligation légale (ex. : obligation comptable, sociale ou fiscale) ou en raison de l'intérêt administratif qu'elles présentent (ex. : utilisation à des fins probatoires dans la limite du délai de prescription/forclusion applicable). Le motif pour lequel les données sont archivées doit répondre à une réelle nécessité, justifiée de manière écrite et étayée par le responsable de traitement. La durée de cet archivage doit également résulter d'une analyse préalable et documentée.

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 ESMS.

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.

Enquête

ÉTAT DES LIEUX 2025 DES ASSOCIATIONS DE SOLIDARITÉ

Un quart des associations
menacées de disparaître
en France





Enquête

CULTURE ET SOLIDARITÉ : LEVIERS ESSENTIELS POUR LUTTER CONTRE LA PRÉCARITÉ



Fédération
des acteurs de
la solidarité

Septembre 2025



Le droit à l'hébergement: guide juridique de la FAS
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en PDF)

DROIT À L'HÉBERGEMENT : COMPRENDRE, AGIR, PROTÉGER

Défendre l'accès et le maintien
dans l'hébergement d'urgence

GUIDE JURIDIQUE - SEPTEMBRE 2025



Les dépassements d'honoraires

Pratiques des médecins, part dans leurs revenus
et impacts pour les patients

Renaud Legal, *Irdes*

Roseline Vincent, *Irdes*

Marie Bonal, *Irdes*

En collaboration avec
le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam)

LES RAPPORTS DE L'IRDES

n° 596 • octobre 2025

Ethique et fonctionnement

La [circulaire PM n°5209/SG du 13 avril 2007](#) a instauré une Charte de la Laïcité au sein des services publics.

Son texte est le suivant:

La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle garantit des droits égaux aux hommes et aux femmes et respecte toutes les croyances.

Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, notamment religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi.

La liberté de religion ou de conviction ne peut recevoir d'autres limitations que celle qui sont nécessaires au respect du pluralisme religieux, à la protection des droits et libertés d'autrui, aux impératifs de l'ordre public et au maintien de la paix civile.

La République assure la liberté de conscience et garantit le libre exercice des cultes dans les conditions fixées par la loi du 9 décembre 1905.

Les usagers du service public

Tous les usagers sont égaux devant le service public.

Les usagers des services publics ont le droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect de la neutralité du service public, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

Les usagers des services publics doivent s'abstenir de toute forme de prosélytisme.

Les usagers des services publics ne peuvent récuser un agent public ou d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions des usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement.

Lorsque la vérification de l'identité est nécessaire, les usagers doivent se conformer aux obligations qui en découlent.

Les usagers accueillis à temps complet dans un service public, notamment au sein d'établissements médico-sociaux, hospitaliers ou pénitentiaires ont droit au respect

de leurs croyances et peuvent participer à l'exercice de leur culte, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service.

Les agents du service public

Tout agent public a un devoir de stricte neutralité. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.

Le fait pour un agent public de manifester ses convictions religieuses dans l'exercice de ses fonctions constitue un manquement à ses obligations.

Il appartient aux responsables des services publics de faire respecter l'application du principe de laïcité dans l'enceinte de ses services.

La liberté de conscience est garantie aux agents publics. Ils bénéficient d'autorisations d'absence pour participer à une fête religieuse dès lors qu'elles sont compatibles avec les nécessités du fonctionnement normal du service.

Si ce texte s'applique au sein des services publics, et non dans le secteur privé (lucratif ou non) lorsqu'il n'est pas sujet à une délégation de service public, il demeure néanmoins une base éthique intéressante pour réfléchir aux modalités d'accueil et d'accompagnement à proposer aux usagers.

Par ailleurs, il n'est pas sans faire écho à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, telle qu'imposée par le CASF au sein des ESSMS, notamment l'article 11 protégeant le droit à la pratique religieuse:

Les conditions de la pratique religieuse y compris la visite de représentants des différentes confessions doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions.

Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Le texte de la Charte de la Laïcité a donné lieu à de multiples documents d'application, dont une infographie intéressante produite par l'EMSP du Centre Hospitalier de Gray.

Nous proposons cette infographie en page suivante.

Infographie du CH de Gray, depuis la Charte de la Laïcité
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en PDF)

CHARTRE DE LA LAÏCITÉ

Selon la circulaire FIM n°3205/36 du 13 avril 2007: "Les usagers accueillis à temps complet dans un service public, notamment au sein d'établissements médico-sociaux hospitaliers ou pénitentiaires ont droit au respect de leurs croyances et de participer à l'exercice de leur culte, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service"

	JUDAÏSME	CATHOLICISME	ORTHODOXIE	PROTESTANTISME	ISLAM	BOUDDHISME
Livres	Torah	Bible	Missel ; rituel des funérailles	Bible	Le Coran - La Sunna	Enseignements de Bouddha
SOINS						
Toilette	Préférer un rasoir électrique	Pas de recommandation spécifique			Préférer personnel du même sexe que le patient	Pas de recommandation spécifique
	Préférer personnel féminin pour les patientes				Pas de position ventrale - position des dames - sauf nécessité médicale	Ne pas toucher le crâne ou d'une personne sauf si nécessité médicale par les fonctionnaires, infirmières et réintégrer
Examens médicaux	Pas le samedi : jour de Shabbat sauf si urgence	Pas de recommandation spécifique				A demander au patient
	Juif orthodoxe : ne pas montrer les échographies obstétricales - intrusion					
Médicaments	Médicaments autorisés, le soin prédomine sur la religion	Pas de recommandation spécifique			Médicaments autorisés - Médicaments contenant de la gélatine animale ou alcoolique ou colorant tolérés en absence d'alternative thérapeutique	Penser aux végétariens lors d'une thérapie à base animale
Prise en charge de la douleur	Tous les traitements antalgiques sont acceptés pour soulager la douleur du patient					
Alimentation	Vieille Cachet (se rapprocher de la diététicienne) - Pas de laitage au cours d'un repas avec de la viande	Aucun interdit n'est à signaler			Vieille Hatal (se rapprocher de la diététicienne) - La période du Ramadan peut être reportée par le patient	Vieille avec le patient et la famille
Don du sang / Transfusion	Le patient peut recevoir ou donner du sang si cela permet de sauver une vie	Don du sang et transfusions autorisés			Le patient peut recevoir ou donner du sang si cela permet de sauver une vie	Don du sang - transfusions autorisées
ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE OU AU MOMENT DU DÉCÈS						
Données pratiques	A l'hôpital : lampes de chevet, veillesse au dessus du lit	Pas de recommandation spécifique			Proches ou Imam	Limiter au maximum contact avec le corps le processus de la mort
Accompagnants	Rabbin si possible, et proches au chevet du malade	Accompagnement par le représentant du culte selon le désir de la personne et / ou des proches			Recouvrir les miroirs ou les enlever	Pas de recommandation spécifique
Faire	Dès constatation du décès, fermer les yeux et recouvrir d'un drap corps et visage	Le corps et visage restent découverts	Appeler le représentant du culte pour rituel d'accompagnement selon la volonté du patient et/ou des proches	Appeler le représentant du culte selon la volonté du patient et/ou des proches	Corps et visage recouverts d'un drap	Dégager le sommier du corps
	Ne pas retirer l'oreiller		Ne pas fermer le cercueil avant la prière d'adieu	Ne pas cacher son chagrin	Pas de recommandation spécifique	La famille du défunt oriente le malade en direction de la Mecque
APRÈS LE DÉCÈS						
Pansements juste après le décès	Retirer cathètes, sonde (intubation, urinaire, nasogastrique)					
	RESPECT DU CORPS ET PANSEMENT SUR TOUS TYPES DE PLAIES					
Toilette mortuaire	Par des religieux du même sexe en l'absence de la famille ou Héraud Kadicha (la Sainte Confrérie)	Pas de recommandation spécifique	Pour les religieux (prêtres, moines, moniales) : il est souhaitable que la toilette soit faite par des membres de leur confrérie et/ou des soignants	Pas de recommandation spécifique	Préférence : par le personnel soignant de préférence du même sexe du défunt Toilette rituelle : par la famille (juste avant la mise en bière)	Pas de recommandation spécifique
Vêtements	Linceul en lin ou coton blanc, apporté par la famille, sauf contre-indication médicale	Moines et Moniales : refus de la tenue de la confrérie. Vêtements et effets personnels		Pas de recommandation spécifique	Linceul en coton blanc, apporté par la famille, sauf contre-indication médicale	Moines et Moniales : refus de la tenue de la confrérie - Vêtements et effets personnels

Créer et organiser une instance éthique en établissement ou dans un service à domicile
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en PDF)



● **Créer et organiser
Une instance éthique**



« Passeport éthique emeis / Gouvernance » / dossier n°5

**Créer et organiser une instance éthique
En établissement ou dans un service à domicile
*Méthode - Points de vigilance***

Juillet 2025

Mise à jour

Ce dossier est constitutif du « Passeport éthique emeis / Gouvernance »

N° 1 - La démarche éthique emeis

N° 2- Le référent éthique et bienveillance / missions, engagements

N° 3 - L'ambassadeur en région / missions, engagements

N° 4- L'ambassadeur / liste, contacts

N° 5 - Créer et organiser une instance éthique

N° 6 – Instance de consultation éthique en situation complexe

N° 7 - Indicateurs éthique (1) : Respect des valeurs, d droits fondamentaux et devoir de protection de la personne

N° 8 - Indicateurs éthique (2) : Protection de la personne en situation de crise sanitaire



Rouages et mécanismes

La Charte des droits et libertés de la personne accueillie

La Charte des droits et libertés de la personne accueillie est un des sept outils instaurés par la loi du 2 janvier 2002. En compagnie du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement, du contrat de séjour/DIPC, du conciliateur/médiateur, du CVS et du projet d'établissement, elle vise à promouvoir la bientraitance et à prévenir la maltraitance en institution.

Cet objectif renvoie à l'histoire de la loi 2002-2 elle-même, qui provient initialement d'un rapport sénatorial de 2001 pointant les dérives et les maltraitements au sein du secteur médico-social. Cette loi, en tant que première réorganisation massive du monde médico-social depuis celle du 30 juin 1975 ayant créé le secteur, visait à "*garantir le droit des usagers et [à] promouvoir l'innovation sociale et médico-sociale*". A ce titre, elle a profondément modifié le CASF en vue d'accroître à la fois le contrôle de l'Etat sur les ESSMS et les droits des usagers concernés par leur accompagnement.

Cette Charte est citée dans l'article L.311-4 du CASF (relatif au livret d'accueil), qui énonce l'obligation de la remettre à toute personne accueillie dès son entrée dans l'établissement ou le service.

Un arrêté du 8 septembre 2003 a précisé son contenu (qui s'impose à tous les ESSMS sans la moindre possibilité de modification) et a rappelé que cet outil est pensé comme un moyen de garantir l'exercice effectif des droits des usagers. Le qualificatif d'effectivité est important : il ne s'agit pas uniquement d'un vœu pieux ou d'une recommandation adressée aux institutions, mais bel et bien d'une **obligation de résultat et non de moyens**, pour ces dernières, de transcrire dans la réalité les droits et les principes édictés.

L'arrêté de 2003 rappelle d'ailleurs, à l'appui de cette obligation, les finalités de l'action sociale et médico-sociale telles que le Législateur les a énoncées dans les articles L.116-1 et L.116-2 du CASF. Ces articles précisent que cette action vise la promotion de "*l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets*".

Cela fait entrer la Charte dans un cadre particulier, interministériel, qui la rattache à un ensemble d'actions qui combinent toutes les problématiques des personnes (emploi, formation, santé, logement, Etc.).

C'est pour cette raison qu'elle est considérée comme centrale dans le cadre des ESSMS, car elle participe de l'action globale au bénéfice des personnes accompagnées, laquelle "*repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux*".

S'il est important de le préciser, c'est en raison de la liste de ces groupes, qui contient les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, mais aussi les "*individus ou familles en situation vulnérable (précarité, pauvreté)*". Même si la marginalité n'est pas explicitement citée, nous voyons bien qu'elle constitue, comme tous les autres contextes pouvant induire de la vulnérabilité, un critère d'entrée de plein droit dans la protection promise.

Ainsi, les personnes issues de la marginalité accompagnées au sein des établissements et services ne sont pas uniquement concernées en raison de leur situation de handicap (considérée comme une "porte d'entrée" vers cet outil) mais bien au même titre que les autres en raison de leur particulière vulnérabilité.

Ce contexte précisé, nous pouvons à présent esquisser une présentation du contenu de cette charte. Cette dernière propose douze articles, qui se scindent en quatre principes et huit droits, que nous listons ici dans le désordre (par souci de regroupement catégoriel, absent du document) :

- Principe de non-discrimination ;
- Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne ;
- Principe de prévention et de soutien ;
- Principe du respect de la dignité de la personne et de son intimité.
- Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté ;
- Droit à l'information ;
- Droit à la renonciation ;
- Droit au respect des liens familiaux ;
- Droit à la protection ;
- Droit à l'autonomie ;
- Droit à la pratique religieuse.

Chacun de ces éléments sera précisé afin d'en éclairer les fondations.

Il est à noter que l'inscription dans la loi de cette Charte lui confère une dimension particulière, qui est celle de **l'opposabilité légale**.

En tant que texte de portée générale, elle doit être appliquée sans exception ni limite. Ainsi, il est théoriquement possible pour un usager estimant qu'un des droits énoncés n'a pas été respecté d'estimer en justice et d'amener une institution devant le tribunal compétent. Cela octroie au texte une force toute particulière au sein des ESSMS, car tout manquement peut donner lieu à la reconnaissance d'un préjudice pour l'usager, et donc à la réparation sur ordre judiciaire des dommages reconnus.

Utilité et utilisation de la Charte

Lors de sa publication, la Charte a reçu plusieurs critiques de la part de certains opérateurs et associations d'utilisateurs. Elle a été considérée comme trop générale et relativement inadaptée aux particularités des publics accueillis (par exemple la question de la fin de vie dans les établissements pour enfants).

Néanmoins, des auteurs tels que Janvier et Matho indiquent qu'il *"n'est pas possible d'avoir une lecture directement utilitaire de la charte. Généraliste par nature, elle ne donne pas toutes les indications nécessaires à tel ou tel cadre de prise en charge ou d'accompagnement. La charte doit être comparée aux déclarations relatives aux droits de l'Homme, c'est-à-dire abordée dans sa dimension universelle"*.

L'intérêt de cet outil est donc de rappeler que toute personne accueillie dans un ESSMS dispose de l'intégralité des droits civils, sociaux et politiques des personnes humaines. Janvier et Matho, encore, en déduisent donc qu'*"elle affiche l'ambition démocratique d'une société de justice et de respect pour tous, quelle que soit la difficulté ou la situation de la personne"*.

Son utilisation est donc située dans une sorte d'interstice entre le symbole et l'opérationnel. Le symbole car elle affiche des valeurs de société, mais aussi l'opérationnel car les institutions sont légalement engagées dans la mise en œuvre des principes et la garantie des droits.

L'utilisation de la Charte est complexe par nature, car il s'agit à la fois de faire vivre son esprit global au sein des structures et de transcrire chaque article dans la réalité des situations singulières rencontrées par chaque usager.

Elle joue un rôle particulier car, plus qu'une liste de prescriptions à appliquer telles quelles, elle prend la forme d'un guide et d'un référentiel inscrits dans une réflexion



éthique prenant en compte son esprit et la portée globale de son intention. Cela n'est pas sans rappeler les propos de Ricoeur, qui exprimait qu' *"il n'est d'éthique que dans la réalité"*, ou encore ceux de Gori, qui rappelait que *"l'impossible de leurs métiers, les praticiens ont appris à l'appréhender, à l'accommoder avec l'art de l'artisan. Une manière de s'y prendre qui ne se réduit pas à la technique, aux sinistres « règles de bonnes pratiques », aux fallacieux « protocoles d'évaluation » et autres sornettes épistémologiquement intenables, éthiquement impraticables"*.

C'est bien l'esprit de cette Charte, que de faire se rencontrer l'éthique, en tant que pratique de la pensée et pensée sur la pratique développées de longue date par les professionnels et les institutions, avec la réalité concrète des ESSMS et leurs obligations de fonctionnement.

Article 1

Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politique ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Le fait que le refus de la discrimination figure en tant que principe premier de la Charte ne doit rien au hasard. Ce principe est en effet présent dès 1789 dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen, document qui apparaît dans le préambule de la constitution de la V^{ème} République et qui s'est vu octroyer une valeur constitutionnelle en 1971 (sur décision du Conseil constitutionnel).

Il constitue donc une valeur centrale pour notre pays, qui se veut fondé sur l'absolue égalité de tous les êtres humains tant en droit qu'en dignité.

La Déclaration stipule à ce propos dans son Article 1^{er} que *"Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune"*, ou encore dans son Article 6 que *"La loi est l'expression de la volonté générale [...]. Elle doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse. Tous les citoyens, étant égaux à ses yeux, sont également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics, selon leur capacité et sans autre distinction que celle de leurs vertus et de leurs talents"*.

Par ailleurs, la reprise de ce principe apparaît également être logique, dans la mesure où cela revient à honorer les engagements de la France vis-à-vis de traités internationaux. C'est ainsi que cette présence dans la Charte des droits et libertés constitue une reprise de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, particulièrement de son Article 21 :

"Non discrimination : 1) Est interdite toute discrimination fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, les origines ethniques ou sociales, les caractéristiques génétiques, la langue, la religion ou les convictions, les opinions politiques ou toute autre opinion, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle. [...]" .

La Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948, est également concernée puisque son Article 2 précise que *"chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation. De plus, il ne sera fait aucune distinction fondée sur le statut politique, juridique ou international du pays ou du territoire dont une personne est ressortissante, que ce pays ou territoire soit indépendant, sous tutelle, non autonome ou soumis à une limitation quelconque de souveraineté"*.

Au regard de ce principe, la situation de handicap ou de marginalité ne peut donc être un critère d'ajustement vis-à-vis des prérogatives des usagers : quelle que puisse être sa condition, chacun doit pouvoir bénéficier des mêmes libertés et de mêmes droits au sein des établissements sociaux et médico-sociaux, et ce dès la procédure d'admission.

Article 2

Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Ce droit reprend en substance le troisième alinéa de l'article L.311-3 du CASF, qui stipule que toute personne accueillie ou accompagnée au sein d'un ESSMS doit se voir garantir *"une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins [...]"*.

La notion d'individualisation renvoie à l'histoire de la loi 2002-2, qui visait entre autres choses à rompre les logiques collectivistes et peu porteuses de qualité qui pouvaient se rencontrer au sein de certains établissements ou services (et dénoncées par le rapport sénatorial de 2001). Il s'agit donc ici de mettre fin au statut de pensionnaire ou de bénéficiaire, afin de faire valoir celui d'usager signant un contrat de séjour permettant de négocier les conditions de son accompagnement ou les règlements intérieurs prévalant au sein des institutions .

Cette adaptation individualisée peut être le fait de l'institution elle-même, mais elle est encouragée à trouver des ressources externes lui permettant d'être au plus près des expertises nécessaires à cette tâche. C'est ainsi que l'IGAS rappelle dans sa recommandation n°18, en 2021, l'importance *"[d']inscrire dans les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des ESSMS dédiés aux PSH, sans créer de nouvelle catégorie, les obligations spécifiques adaptées aux différents publics accompagnés, en termes de conventions avec des acteurs tiers, comme ceux de l'intermédiation locative, et inscrire une obligation symétrique dans les textes qui régissent ces tiers"*.

Lorsqu'il est question d'agir dans un contexte de marginalité, le droit à l'adaptation prend une signification particulière, dans la mesure où il s'agit de répondre à la fois aux besoins induits par la situation de handicap, mais aussi de considérer les effets de la marginalité.

Cette configuration crée tout un ensemble de complexités supplémentaires qu'il s'agit de saisir et de concilier au mieux avec les fonctionnements nécessaires à l'organisation professionnelle et institutionnelle.

Article 3

Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

La Charte reprend dans ce droit les éléments déjà présents dans le CASF, mais il est à noter qu'elle y ajoute également une disposition qui en est absente.

En effet, la notion d'information quant aux "associations d'usagers œuvrant dans le même domaine" n'avait pas été initialement prévue par le Législateur et n'est apparue qu'avec l'arrêté du 8 septembre 2003 édictant son contenu.

En ce qui concerne le droit d'accès aux informations concernant la personne, ce dernier était quant à lui bien prévu dans le CASF, mais aucun décret n'a jamais opérationnalisé cette obligation ; ceci la rend de fait non effective. La Charte est donc le seul document à ce jour qui impose spécifiquement ce type d'obligation en ESSMS .

Ce troisième article comporte, dans sa formulation, plusieurs nuances qu'il est important de préciser.

Lorsqu'il est annoncé que la personne a droit à une information claire, cette dernière concerne la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie. **Nous pouvons en déduire qu'il ne s'agit pas uniquement de ce qu'elle sait explicitement de l'action professionnelle qui lui est adressée, mais bien de tout ce qui peut la concerner de près ou de loin, qu'elle en ait ou non conscience.** Cette précision est essentielle car elle possède une implication majeure pour les structures : ces dernières se voient dotées de la responsabilité de ne pas attendre les questions des usagers pour les informer de ce qui déroule autour d'eux.

La formulation précise également que les personnes doivent être informées sur leurs droits et l'organisation, ce qui suppose pour les services de disposer d'espaces et d'échanges adaptés. La question des compétences techniques, des niveaux de langage et de l'ajustement documentaire se pose donc, puisqu'il s'agit de pouvoir transmettre un savoir à des personnes pouvant vivre des difficultés variables face à l'écrit ou à la complexité des informations.

Enfin, il est à noter que le droit à l'information, lorsque les données concernent la personne elle-même, ne doit pas être opérationnalisé avec désinvolture ou nonchalance. En raison des éventuels effets négatifs issus d'annonces sensibles, certaines informations, dont la nature n'est pas précisée dans la Charte, doivent s'effectuer avec présence et accompagnement des professionnels adéquats.

Le droit à l'information est donc global et complexe, touchant de multiples strates du fonctionnement et de l'organisation des institutions. La situation de handicap et de marginalité, et ses spécificités, peut constituer un élément supplémentaire à prendre en compte en raison du vécu particulier des personnes et de leur histoire de vie souvent singulière.

Article 4

Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1°) La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2°) Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3°) Le droit à la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne, lui est garanti.



Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement éclairé est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Si le principe du libre choix et du consentement éclairé n'est pas une nouveauté dans le secteur médico-social, dans la mesure où il existe au sein du CASF, la Charte l'étend néanmoins de manière significative.

En effet, si le Code de l'Action Sociale et des Familles parle essentiellement du "*libre choix au sein du lieu de délivrance des prestations*" (c'est-à-dire le domicile ou les établissements et services), la Charte englobe dans son propos "*tout mode d'accompagnement ou de prise en charge*", ce qui laisse supposer que d'autres formats pouvant émerger seront également concernés s'ils venaient à être créés.

Cette nuance est importante car la notion de "prestations" utilisée dans le Code n'est qu'une manière de considérer les choses. L'emploi du terme "prise en charge" (et donc d'une application d'une expertise professionnelle dans l'action à destination d'une personne) et de celui d'"accompagnement" (c'est-à-dire une action conjointe aidant/aidé dans une relation de coopération) représente une manière pour les établissements de considérer la Charte comme applicable dans toute forme de pratique, dont celles relevant du champ expérimental (dépassant éventuellement la manière très comptable de quantifier l'action professionnelle en prestations).

Ce n'est d'ailleurs pas la seule nuance essentielle à considérer, car il est à noter que la formulation utilisée dans la Charte au niveau du consentement est particulière : ce n'est pas l'obtention du consentement éclairé qui est exigé des ESSMS, mais bien sa recherche. L'obligation concerne donc les moyens à mettre en œuvre pour parvenir à aider l'utilisateur dans son choix, et non le résultat à obtenir.

Cela peut sembler limitatif et peu protecteur, mais renvoie en réalité à la complexité que rencontrent parfois les professionnels lorsqu'il s'agit d'accompagner une personne présentant des difficultés (cognitives, intellectuelles, psychiques) touchant à la volition. Ces dernières peuvent rendre très fragile la possibilité réelle de choix, ce qui suppose une action parfois plus intrusive ou directive des équipes au sein des établissements. Même si ces actions sont guidées par une éthique teintée de bienveillance (désir d'aller dans l'intérêt supérieur de l'utilisateur), elles entreraient en contradiction avec la Charte si cette dernière ne prévoyait pas leur existence.

Par ailleurs, cette conception des choses entre dans une vision réaliste de ce qu'est la vulnérabilité. Ce concept ne désigne pas un "état" de la personne mais bien le résultat de la rencontre entre cet état et un environnement précis.

C'est dans ce sens que la Charte est finalement rédigée : il n'est pas demandé à rendre systématiquement explicite le libre choix de la personne accompagnée, car cela n'est pas toujours possible, mais par contre, il est exigé implicitement un ajustement de l'environnement de sorte à ce qu'il permette, autant que faire se peut, l'expression des intentions et, dans le meilleur des cas, des décisions ou des choix.

Cette notion d'environnement "propice à l'expression de soi" suppose qu'il soit adapté aux fragilités de chacun et qu'il contienne suffisamment d'informations pour réaliser des actes de volonté. En somme, cet article 4 ne pourrait être effectif sans la mise en application des trois articles qui le précèdent, car ces derniers se subsument dans sa réalisation concrète.

Au niveau opérationnel et dans le cadre de la marginalité, comme dans tous les autres cadres d'ailleurs, la question du libre choix est éminemment complexe à aborder. Le plus souvent, les dilemmes auxquels sont confrontées les équipes ne trouvent d'ailleurs pas de réponse sous forme d'une quelconque vérité. Il s'agit d'éthique, c'est-à-dire d'actes posés par des humains et concernant d'autres humains. Ainsi, il n'existe pas de vérité en la matière mais seulement des pensées et des positions mouvantes au sein desquelles le but n'est pas de trouver une réponse

prétendument "bonne " mais plutôt d'élaborer des postures, contextuelles et polymorphes, cherchant à être au plus juste de la réalité du sujet accompagné, au moment et dans le contexte qui est le sien.

La même chose se remarque quand il est question de la participation, car cette notion reste vague et d'une opérationnalité variable. Le fait que la Charte distingue sa forme directe et sa forme assistée (ou représentée) est un marqueur de cette difficulté au quotidien : nul critère précis ne vient dicter aux ESSMS le niveau ou le degré de participation attendu, ce qui leur laisse une marge d'interprétation. Celle-ci est déterminée en pratique par la réalité des situations rencontrées, mais aussi par leur éthique et leur capacité à imaginer/accepter le pouvoir des usagers en leur sein.

Article 5

Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication, prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation, et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Le droit à la renonciation constitue le pendant du consentement éclairé : c'est en effet parce que les personnes accueillies sont en droit de choisir ce qui leur est proposé qu'elles peuvent également disposer de la possibilité d'y renoncer ou d'en demander une modification de teneur.

L'article 4 et l'article 5 sont donc, d'une certaine manière, une seule et même chose dans la mesure où le libre choix est la condition *sine qua non* du renoncement, et que le renoncement constitue le contraste décisionnel permettant de parler d'un choix réel. Nul consentement ne peut exister sans renoncement, donnant à ces deux postures le sens d'un acte duel au sein de la volonté du sujet.

S'il peut paraître simple et intuitif, ce droit est en réalité complexe dans ses implications institutionnelles et dans le sens précis des mots qui le décrivent au sein de la Charte.

D'une part, il est essentiel de distinguer renonciation et refus, pour réellement embrasser la signification précise de ces actes distincts au sein d'un accompagnement.

La renonciation provient du latin "*renuntiare*" ("Annoncer

en retour, renvoyer"). Au sens large du terme, elle renvoie donc au fait d'indiquer, suite à l'annonce d'une possibilité, que l'on choisit de ne pas en bénéficier. Le sens que prend ce terme au niveau du droit civil n'est pas très différent, dans la mesure où il consiste à "*abandonner volontairement un droit ou de s'interdire de faire valoir un moyen de défense ou d'action, acte par lequel on renonce à ce droit ou à cette possibilité juridique*". Il s'agit donc de décrire de manière factuelle une absence d'usage et non de signifier une motivation négative quant à cet usage, dans une différence similaire à celle qui existe entre abstention et opposition.

Le refus, pour sa part, provient du croisement entre les termes latins "*refutare*" ("repousser") et "*recusare*" ("Décliner, refuser"). Il s'agit d'un mot aux implications différentes de celles qui nimbent la renonciation. En effet, si cette dernière est neutre au niveau de l'acte (lequel est décrit par sa réalité concrète et non par sa motivation), le refus est davantage marqué par une intention négative : le droit ou la possibilité ne sont pas simplement "renvoyés", ils sont "repoussés", ce qui confère à l'acte de volonté une dimension d'antagonisme et, d'une certaine manière, de lutte contre la réalité proposée.

Cela se remarque d'ailleurs dans deux usages particuliers du substantif "refus" : l'utilisation extensive (par exemple dans l'expression "refuser l'évidence", prenant ici le sens de "se soustraire à une réalité ; ne pas se résigner à quelque chose de pénible, de fâcheux") et l'utilisation pronominales dans sa transcription verbale (par exemple dans l'expression "se refuser le droit de", prenant ici le sens de "ne pas se permettre, s'interdire"). Dans les deux cas, nous voyons que le refus n'est pas un simple abandon ou un renvoi fait à une opportunité : c'est un choix cherchant à dénier cette opportunité et à affirmer le sujet dans un rapport particulier à celle-ci.

Ainsi, renonciation et refus n'ont pas le même sens ni les mêmes conséquences.

D'autre part, la Charte précise un certain nombre de **conditionnalités nuançant le droit à la renonciation, ce qui situe cette dernière comme un "acte en contexte", et non en tant que mobilisation pure et autarcique de la volonté de la personne**. C'est à ce titre que sont citées "*les conditions de capacités, d'écoute et d'expression, ainsi que de communication prévues par la présente charte*", mais aussi l'obligation de respecter "*les décisions de justice ou les mesures de protection judiciaire, les décisions d'orientation, et des procédures de révision existantes en ces domaines*".

Tout ceci constitue autant un appui qu'une limitation à ce droit particulier.

Les conditions prévues dans la charte constituent un appui puissant, dans la mesure où chaque article représente une affirmation des droits des personnes. Ainsi, à la loi commune, qui protège certaines libertés de tous les citoyens, s'ajoutent des dispositions spécifiques à destination des personnes en situation de handicap accueillies en structure. Au regard de leurs vulnérabilités particulières, la vigilance est sollicitée chez tous les professionnels proposant un accompagnement.

A contrario, les autres conditions appartiennent au champ limitatif : les décisions de justice, les mesures de protection et les décisions d'orientation s'imposent autant à personne qu'à l'établissement. Ce point vient donc rappeler que la Charte est certes un document légal (car fixé par arrêté), mais que cette nature même lui impose le respect de la hiérarchie des normes.

Il est intéressant de noter que cette formulation place le droit à la renonciation comme central au sein des établissements et services, tout en situant ces derniers au sein de l'espace commun. C'est bien les limitations externes qui ont un impact (la justice, l'administration supérieure) et non le choix interne d'un EMS en matière de droit des usagers. Cela permet de ne pas valider un fonctionnement institutionnel "hors sol" et extrait de la société.

Article 6

Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse, prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Ce droit est une reprise de l'article L.311-9 du CASF, qui précise qu'il incombe aux institutions de "*favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge*".

Le fait que la Charte précise que "*la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée*" n'est absolument pas anodin.

Avant la promulgation de la loi 2002-2, les familles étaient souvent considérées comme des visiteuses ou des soutiens affectifs pour les personnes, et non comme des actrices potentielles au sein de la vie institutionnelle. Dans les cas les plus problématiques, elles pouvaient également être perçues comme des témoins potentiellement gênants au regard des pratiques professionnelles ayant cours, ce qui induisait tout un ensemble de manœuvres visant à neutraliser ce "risque" (obligation de prévenir plusieurs jours à l'avance, cadrage des heures de visite, présence continue d'un professionnel accompagnant, Etc.). En précisant le contexte des activités quotidiennes, il s'agissait bien de redonner une place aux familles au sein des ESSMS qui n'était pas limitée au rôle de tiers extérieur ou uniquement ponctuel.

Il ne faut cependant pas confondre l'obligation de favoriser les liens avec celle de les imposer : le refus de la personne accompagnée est un mur infranchissable lorsqu'elle ne souhaite pas maintenir ou recréer du lien avec sa famille ou ses proches (quoi que puisse en penser l'institution). C'est d'ailleurs à ce propos que la Charte rappelle la conditionnalité du lien familial au regard des souhaits de la personne accueillie, et qu'elle se centre sur le respect des liens familiaux et non sur les liens eux-mêmes.

C'est une différence fondamentale dans la mesure où respecter le lien (et non le garantir) suppose de considérer ce lien pour ce qu'il est et non pour ce qu'on voudrait qu'il soit ou qu'il devienne. Ainsi, même si ce droit est clairement orienté (puisque'il vise à "favoriser le lien"), il conserve une nuance essentielle dans son intitulé, qui marque finalement la primauté de l'usager et de son désir en la matière.

Dans un contexte d'accompagnement marqué par les situations de marginalité, ce droit représente l'un des plus complexes à mettre en œuvre, dans la mesure où les éloignements familiaux sont fréquents, de même que les contextes d'isolement relationnel. En outre, les histoires familiales douloureuses ne sont pas rares, ce qui place régulièrement les personnes accompagnées dans une forme de complexité psychosociale, voire judiciaire, vis-à-vis de leurs proches (notamment les parents).

Ces contextes donnent alors au droit au respect des liens familiaux une dimension particulière qu'il convient de penser pour pouvoir proposer un accompagnement adapté et respectueux des obligations légales et éthiques.

Article 7

Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnels réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Le droit à la protection regroupe plusieurs dimensions impliquées de manière plus ou moins directe dans la sécurité des personnes accompagnées. Si l'ensemble peut sembler disparate, il s'articule néanmoins au sein d'un message central qui est celui de la nécessaire vigilance institutionnelle au sujet des conséquences que peuvent avoir les actes et les fonctionnements institutionnels sur les personnes vulnérables.

D'une certaine manière, ce droit renvoie à l'éthique de responsabilité, au sens que Weber donne à ce terme. Cet auteur nous dit en effet que "[...] toute activité orientée selon l'éthique peut être subordonnée à deux manières totalement différentes et irréductiblement opposées. Elle peut s'orienter selon l'éthique de la responsabilité [...] ou selon l'éthique de la conviction. [...] Il y a une opposition abyssale entre l'attitude de celui qui agit selon les maximes de l'éthique de conviction – dans un langage religieux, nous dirions : « Le chrétien fait son devoir et en ce qui concerne le résultat de l'action, il s'en remet à Dieu », et l'attitude de celui qui agit selon l'éthique de responsabilité qui dit « nous devons répondre des conséquences prévisibles de nos actes »".

L'essence de l'éthique de responsabilité est donc celle d'une posture cherchant non pas seulement à respecter une certaine déontologie, mais aussi à s'inscrire dans une téléologie propice à la mise en œuvre d'une pensée sur l'avenir.

Pour cette raison, le droit à la protection convoque autant la sphère du "Bien" (respecter les règles professionnelles en vigueur) que celle du "Bon" (appliquer ces règles en conscience et de manière contextualisée). La protection ne peut donc pas être le simple fruit de consignes ou de protocoles qui viendraient à devoir être appliqués au sein des structures : elle se construit dans un dialogue entre le cadre légal de l'intervention et la légitimité des valeurs mises en œuvre.



Ricoeur résume cet effort de réflexion constant par cette définition : "Être éthique, c'est accepter et vivre le conflit du bien à faire et du devoir à accomplir dans un monde. C'est souffrir ce conflit sans repos, jamais réglé, toujours remis sur l'ouvrage".

Article 8

Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

L'autonomie est un terme particulièrement présent au sein des secteurs social et médico-social, jusqu'à constituer un véritable cœur pour les projets qui y sont pensés et mis en œuvre. Cependant, cette omniprésence est complexe à considérer en raison de sa polysémie. En effet, en fonction du champ professionnel, des lieux d'exercice ou même des époques, le terme prend des significations très différentes, ce qui peut générer un certain nombre de confusions dans les échanges entre professionnels et institutions.

Pour certains, l'autonomie est à saisir comme étant la capacité à opérer ses propres choix, c'est-à-dire comme une forme d'auto-gouvernance que posséderaient les sujets qui en sont dotés ou qui en font preuve. Dans cette acception, l'étymologie du mot prend toute son ampleur : l'"*auto/nomos*" latine (la norme par et pour soi) se révèle dans l'acte d'un être opérant des choix à partir de son référentiel interne, et non en fonction des attendus que lui adressent des tiers (cherchant donc à la placer en hétéronomie en lui imposant des normes pour soi mais par autrui).

- Le droit de voter ;
- Le droit de se présenter aux élections politiques et d'y être élu ;
- Le droit d'exercer une fonction dite "juridictionnelle"» (par exemple, devenir juge) ;
- Le droit de représenter ou d'assister un tiers dans les démarches de justice ;
- Le droit de servir dans l'armée ;
- Le droit d'être tuteur ou curateur d'un tiers.

Ils sont garantis aux citoyens en situation régulière au sein du pays, mais peuvent néanmoins connaître quelques restrictions selon les contextes. Ces dernières peuvent être soit *suppressives* (par exemple, perdre le droit d'être élu à des élections nationales après certaines infractions pénales) ou *limitatives* (par exemple, devoir atteindre un certain âge pour exercer le droit en question). C'est pour cette raison que la Charte utilise une nuance de formulation : ce ne sont pas les droits civiques qui sont garantis, mais bien "*les droits civiques attribués à la personne*", ce qui montre bien la possibilité qu'ils puissent être réduits ou suspendus.

Les droits civils, quant à eux, concernent moins le citoyen que l'individu. Dans la plupart des cas, ils constituent une protection de la personne contre une potentielle intrusion d'un tiers (dont l'Etat lui-même) au sein de sa sphère privée.

Il n'est donc pas question du rôle que le citoyen peut jouer au sein de l'organisation sociale, mais bien des limites imposées à ce que cette dernière peut faire à l'individu et à son droit à vivre librement. Pour cette raison, les principaux droits civils sont :

- Le droit au respect de la vie privée et de la vie familiale ;
- Le droit au respect du domicile privé et du secret de la correspondance ;
- Le droit à la sûreté et à la liberté d'aller et venir ;
- Le droit au mariage et à la reconnaissance de parentalité ;
- Le droit à la liberté d'expression.

La différence entre droit civique et civil est donc absolument essentielle à prendre en compte pour rendre effectif cet article 10 au sein des ESSMS, dans la mesure où une confusion pourrait faire oublier son véritable objet. Il vise en effet à favoriser la pleine participation des usagers au fonctionnement du pays, et non à leur garantir l'usage de droits relevant de leur sphère personnelle .

Il est à noter, d'ailleurs, que les institutions ont pour responsabilité de maintenir une veille au sujet des droits



civiques afin de pouvoir adapter leurs pratiques et leurs fonctionnements à leur actualité. S'ils ne sont pas fréquemment modifiés de manière majeure, il arrive toutefois que des bouleversements aient lieu.

Cela s'est notamment produit durant l'année 2019, lorsqu'une loi de programmation et de réforme pour la justice a réintroduit le droit de vote pour les Majeurs bénéficiant d'une mesure de tutelle . Cette disposition a eu des effets très importants sur les pratiques institutionnelles.

Article 11

Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse y compris la visite des représentants des différentes confessions doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions ou opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Le droit à la pratique religieuse fait partie des dispositions de la Charte les plus sensibles au niveau professionnel, mais aussi sociétal. En effet, c'est un droit dit "d'équilibre" entre la singularité des individus et le nécessaire "vivre-ensemble" de la collectivité institutionnelle.

Il repose donc autant sur l'application des lois en vigueur que sur la bonne volonté et le sens de la mesure des personnes concernées. C'est d'ailleurs pour cette raison que la description proposée dans la Charte est aussi prudente: elle affirme le droit de manière forte, mais le conditionne tout aussi puissamment à une absence d'entrave des fonctionnements et au respect des convictions de chacun.

Afin d'introduire notre développement, nous faisons le choix de réaliser un détour par une notion qui nous paraît centrale sur ce sujet : la laïcité et la manière dont l'Etat français la considère. En effet, il importe de rappeler qu'un EMS est, par nature, une émanation des pouvoirs publics.

Le fait que les établissements et services puissent être gérés par des opérateurs privés (à but lucratif ou non) ne modifie pas cette réalité : les associations et organismes financés par l'Etat pour assurer leur mission restent assignés au respect des règles qui s'appliquent dans l'espace public. Cette réalité est d'ailleurs rappelée par le CASF, lorsqu'il énonce que l'action sociale et médico-sociale est "*mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales*", avec pour finalité de tendre à promouvoir "*l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et en à en corriger les effets*".

Ce but s'inscrit d'ailleurs dans une action interministérielle, ce qui en fait une responsabilité globale pour les gouvernements. Le CASF, encore, indique à ce propos qu'il s'agit de "*répondre de façon adaptée aux besoins de chacun [...]*" et de garantir un "*accès équitable sur l'ensemble des territoires*".

Nous voyons ici que l'opérateur peut colorer l'organisation et le fonctionnement de l'institution dont il a la charge, mais que l'esprit qui porte cette dernière appartient davantage à la collectivité nationale qu'à ses intérêts propres. **Les tendances des opérateurs ne sont donc jamais que des variations sur une thématique centrale décidée par le Législateur et mise en œuvre par l'Exécutif (et dont les manquements sont sanctionnées, d'ailleurs, par le Judiciaire).**

Article 12

Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne sont garantis.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

Il peut paraître surprenant que le principe du respect de la dignité et de l'intimité de la personne constitue l'ultime article de la Charte, tant son importance est majeure au niveau de la protection des usagers et des êtres humains en général.

Nous y voyons cependant une certaine logique : les onze premiers articles "parlent" et s'appuient finalement sur cette notion, dans la mesure où elle les traverse tous et en colore la signification et la portée.

Ainsi, cette apparition ne nous semble pas tardive mais plutôt conclusive : ce principe regroupe tous les autres et les agrège dans une vision humanisante des personnes accueillies. Il constitue donc un rappel global qui clôt de belle manière ce document consacré à la protection des personnes.

D'un point de vue légal, ce principe constitue une reprise de l'article L.311-3 du CASF, qui défendait de manière explicite le "respect de la dignité et de l'intégrité de la personne". Cependant, même si la loi est claire sur cette question, il est intéressant de noter que la notion même de "dignité" comporte en soi une forme de complexité. En effet, son sens peut varier selon les époques et les cultures, ce qui peut constituer une difficulté dans son opérationnalisation.

Dans la tradition grecque de l'antiquité, la dignité était une valeur dite "relative", dans le sens où c'était le mérite et les actions d'une personne qui lui permettaient de se la voir attribuer par son pays ou sa propre communauté d'appartenance. Elle n'était donc pas naturelle mais bien sociale, puisque le fait d'être un être humain ne provoquait pas automatiquement son existence. Il fallait la mériter, notamment par des actions favorisant la cité, son fonctionnement ou son rayonnement.

Chez les penseurs stoïciens eux-mêmes, que l'on pourrait croire éloignés de ce type de considération, la dignité restait accessible à tous, mais au prix d'une gouvernance de soi-même concordant avec les préceptes de la discipline. Il s'agissait donc bien d'un mérite, dans la mesure où son surgissement dépendait de l'aboutissement d'un cheminement intérieur.

C'est cette vision particulière des choses qui a inspiré toute une période de l'histoire de France sur ce sujet. En effet, jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, il était encore question d'une dignité de mérite qui devait s'acquérir par l'effort ou le service rendu à la nation (par exemple en étant "élevé à la dignité de la légion d'honneur").

Cette logique particulière s'est peu à peu transformée, jusqu'à devenir une dignité perçue comme une valeur dite "absolue" et juridiquement indisponible (ce qui signifie en pratique qu'on ne peut ni la retirer, ni la vendre).

De nombreux auteurs et intellectuels ont eu une influence majeure à ce propos. C'est le cas, par exemple, de Kierkegaard, qui affirmait avec force qu'autrui est un "prochain". Par ce terme, chrétien dans sa signification, il s'agissait de dire que la dignité appartient à l'essence humaine et non à la détermination sociale.

Ricoeur, de son côté, stipulait que *"quelque chose est dû à l'être humain du fait qu'il est humain"*, rejoignant Kierkegaard sur l'absolue valeur d'une dignité d'essence.

Les existentialistes n'étaient pas les seuls à défendre cette idée, puisque Kant indiquait déjà, quant à lui, que la dignité de l'être est indéniable dans la mesure où c'est un être pensant. Au-delà de toute autre considération (de statut, de mérite, d'utilité, Etc.), l'humain est digne car *"l'autonomie est le principe de la dignité de la nature humaine et de toute nature raisonnable"* : l'être peut penser, il est donc digne quel que soit l'usage qu'il fait de cette pensée. C'est pour cette raison que la maxime kantienne voulant qu'il faut agir *"de façon telle que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans tout autre, toujours en même temps comme fin, et jamais simplement comme moyen"* est aussi implacable : la dignité humaine empêche quiconque de considérer l'autre comme un simple instrument de ses désirs.

Ainsi, la dignité et sa valeur absolue sont aujourd'hui établies comme des caractéristiques ontologiques, et à ce titre particulièrement protégées socialement. Néanmoins, cette reconnaissance par la société n'est pas la garantie d'une protection opérationnelle au sein du quotidien, comme le montrent de multiples débats contemporains (par exemple sur la "fin de vie dans la dignité", qui n'a pas le même sens pour chacun et donne lieu à d'intenses contradictions quant aux implications concrètes dans le domaine de l'éthique médicale).

Dans le champ des ESSMS, ces débats prennent de multiples formes, mais concernent presque toujours la question de la mise en œuvre et non celle de la protection. Chacun s'accorde sur cette nécessité de ne pas manquer de respect à la dignité de l'utilisateur, mais la manière de faire et le sens que prennent les conduites professionnelles ou institutionnelles à ce sujet ne sont jamais tranchés.

Nous retrouvons ces questionnements dans le cadre précis de la marginalité, notamment lorsqu'il est question du corps (par exemple en ce qui concerne l'hygiène : respecte-t-on la dignité d'un être humain en le laissant adopter un mode de vie divergent vis-à-vis des normes d'hygiène, ou est-ce plutôt un délaissement qui devrait nous inciter à l'aider à protéger sa propre dignité ?).

Le lien avec l'intimité est assez naturel : la dignité de l'être étant un absolu, son droit à l'intimité en est une conséquence logique car le premier se verrait compromis par la fragilisation du second.

De nombreux textes législatifs et éthiques promeuvent le droit à l'intimité, jusqu'à préciser de manière très concrète

les modalités de sa protection. C'est ainsi qu'une circulaire du secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, par le biais de la DGCS, précisait le 5 juillet 2021 que les ESSMS devaient prévoir *"un agencement des lieux de vie respectueux de l'intimité des personnes accompagnées : le dégagement à l'entrée, des chambres et des espaces de toilettes individuels adaptés aux personnes, des chambres permettant une vie de couple accueillie dans les ESSMS, la possibilité de fermer sa porte"*.

Nous voyons donc, avec ces douze droits et principes, que la Charte des droits et libertés de la personne accueillie est un texte de première importance pour les ESSMS, et que sa connaissance est un prérequis pour les professionnels amenés à y exercer leur métier.

[Pour aller plus loin](#)

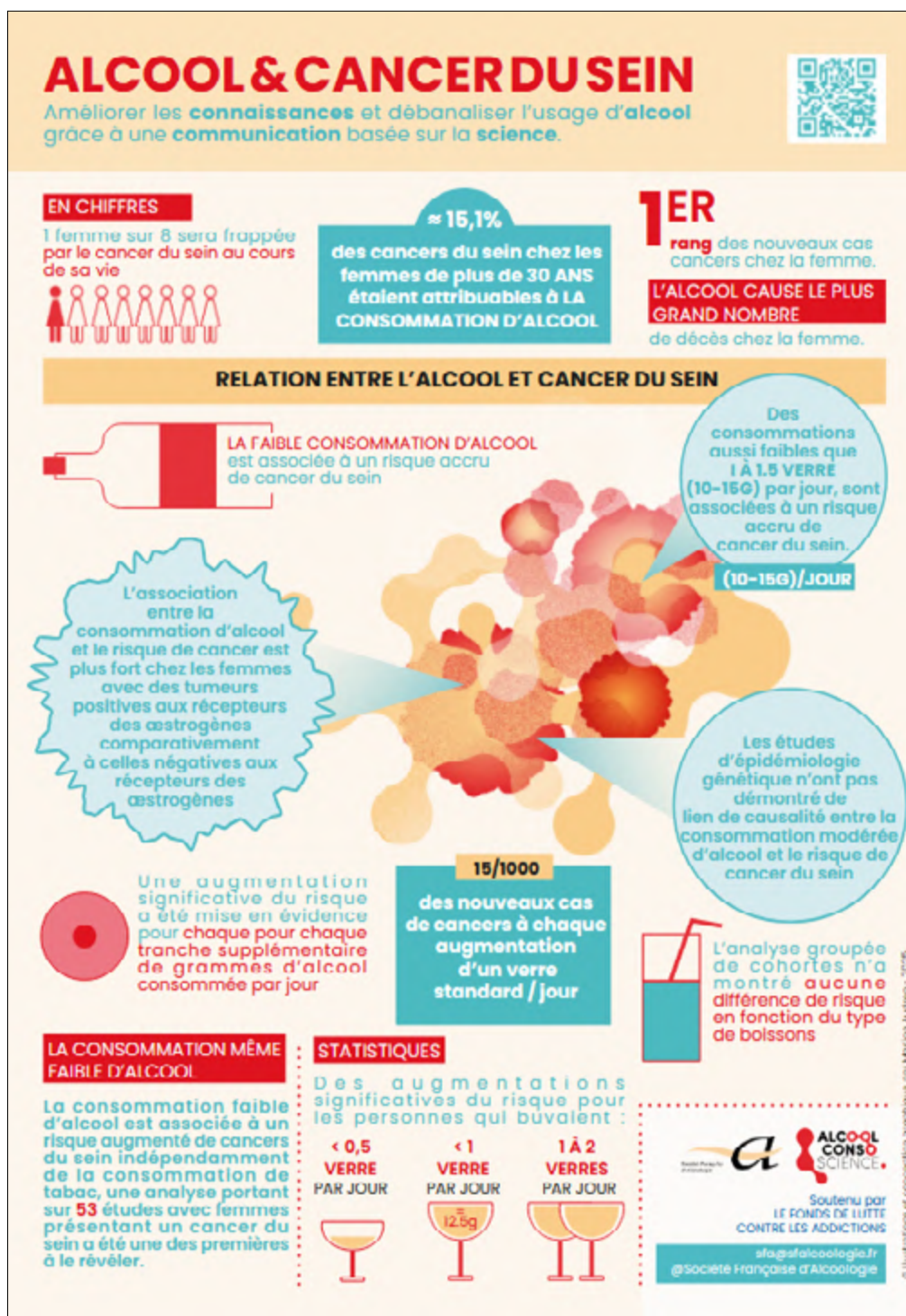


Dans cet ouvrage, nous proposons une étude approfondie de la mise en application de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie au sein des ESSMS spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement des personnes issues de la marginalité.

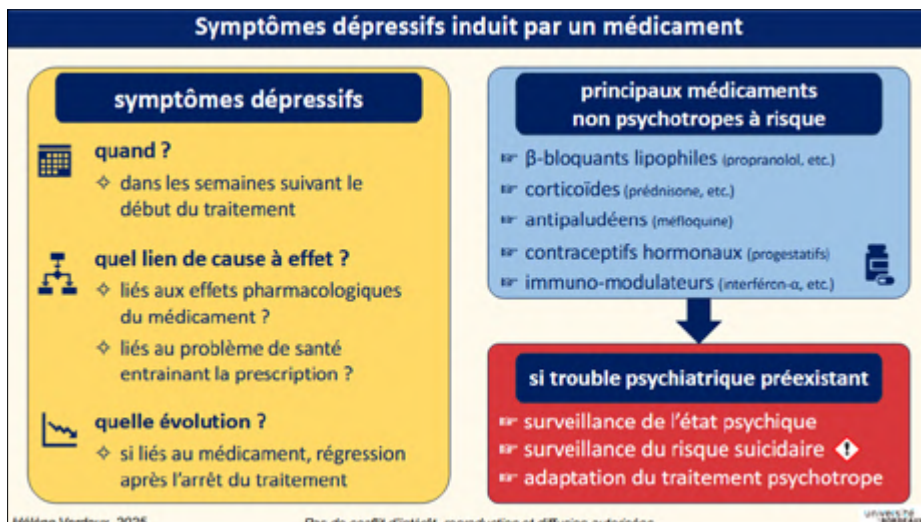
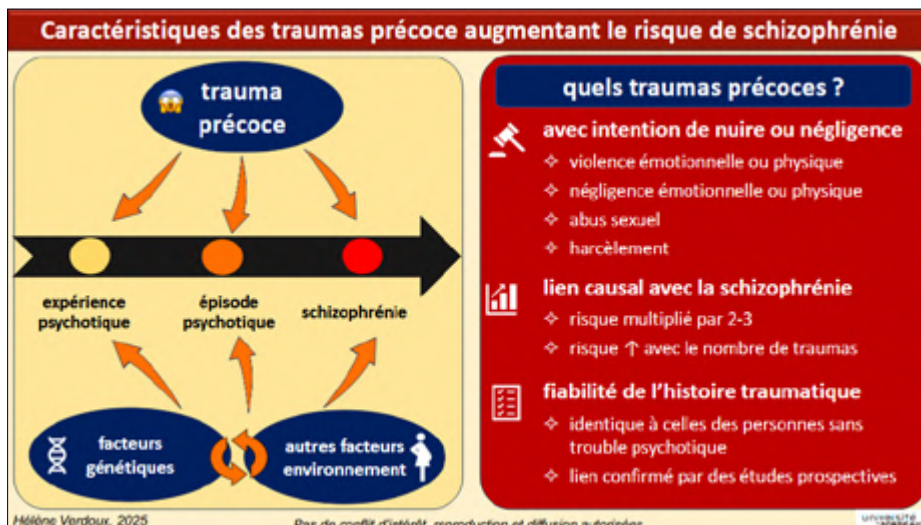
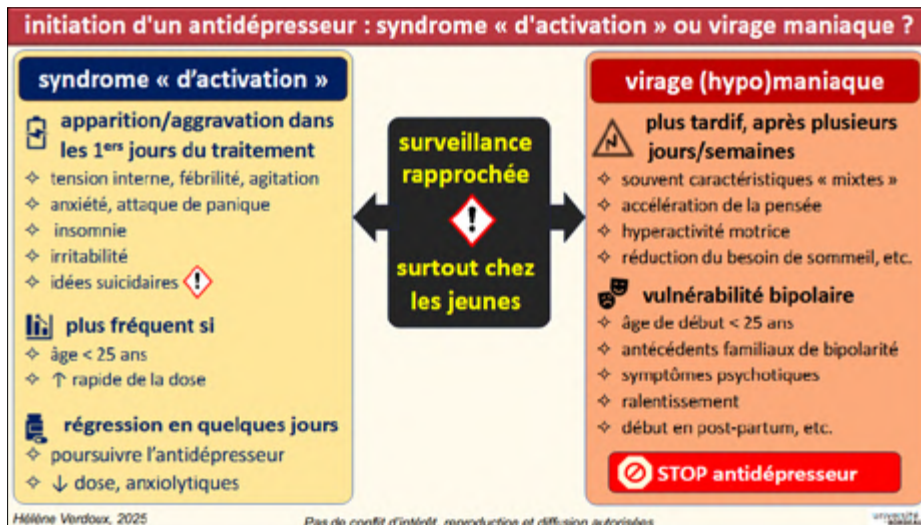
Les défis spécifiques que rencontrent les personnes et les professionnels y sont détaillés au sein de vignettes cliniques réelles, permettant de saisir plusieurs implications importantes dans le quotidien de ces structures particulières.

Alcool et cancer du sein

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



Fiches cliniques d'Hélène Verdoux
(cliquer sur chaque image pour télécharger le document en version PDF)



Et si c'était une catatonie?
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version HD)

ET SI C'ÉTAIT UNE CATATONIE ?

Une urgence diagnostique et thérapeutique



DIAGNOSTIC DE CATATONIE SI ≥ 3 SIGNES PARMI LES 12 SUIVANTS (DSM-5) :

Il est recommandé d'utiliser une échelle de catatonie validée comme l'échelle de Bush-Francis

FLEXIBILITÉ CIREUSE 	MUTISME 	FACIÈS GRIMAÇANT 	NÉGATIVISME 
AGITATION 	MANIÉRISME 	STÉRÉOTYPES 	STUPEUR 
MAINTIEN DE POSTURES 	ECHOPRAXIE 	ÉCHOLALIE 	CATALEPSIE 



RISQUES DE COMPLICATIONS

CATATONIE MALIGNE
(urgence vitale)

SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES
(différentiel)

COMPLICATIONS THROMBO EMBOLIQUES

DÉSHYDRATATION

DÉNUTRITION

ESCARRES

AUTRES COMPLICATIONS
(selon le terrain)



RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

ARRÊT INITIAL DES ANTIPSYCHOTIQUES DE PREMIÈRE GÉNÉRATION
=> Avis SPÉCIALISÉ en urgence

RECHERCHE ÉTIOLOGIQUE :
Psychiatrique, neurologique, métabolique, infectieux ou iatrogène...

URGENCE THÉRAPEUTIQUE :

- Protocole LORAZEPAM (IM /per os)
- ECT si résistance/ CI /urgence absolue
- Traitement étiologique

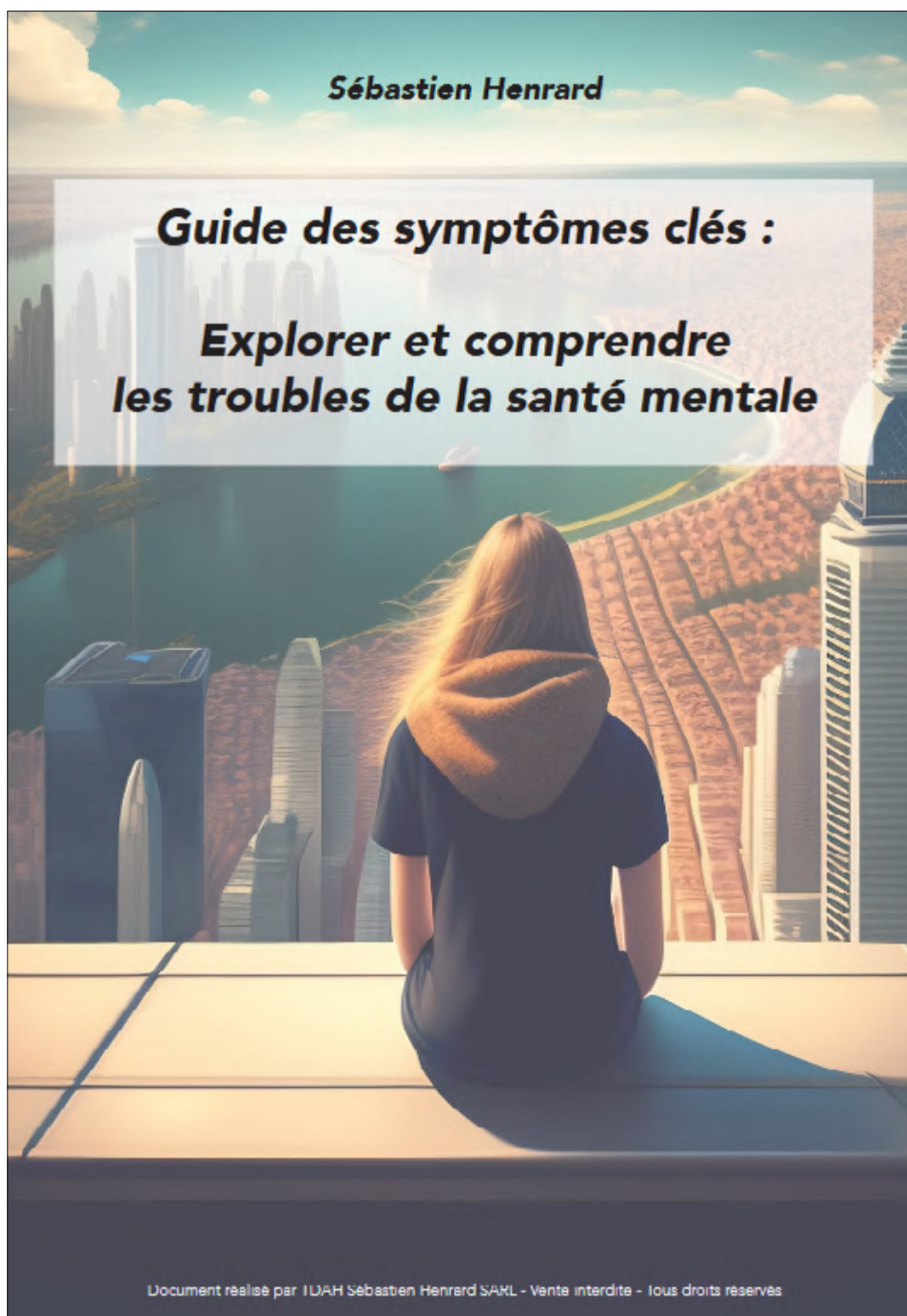
SURVEILLANCE CLINIQUE ET PRÉVENTION DES COMPLICATIONS :

- Hydratation
- Thrombo prophylaxie adaptée Etc...

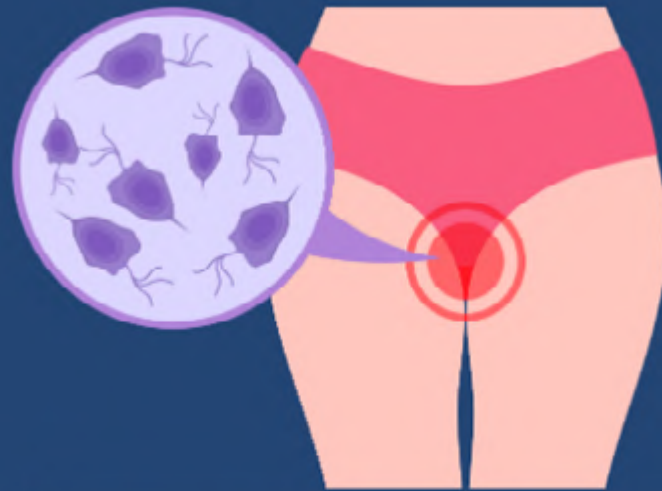
Infographie proposée par Dr Elodie ZANTE

Support pédagogique non exhaustif destiné à la sensibilisation clinique.
Références : DSM-5 (APA, 2013) - PNDS Syndrome catatonique (HAS/DéfScience, 2021)

Guide des symptômes clés: explorer et comprendre les troubles de la santé mentale
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)



Le microbiote vaginal
(cliquer sur les images pour télécharger les documents en PDF)



LE MICROBIOTE VAGINAL

UN BOUCLIER INTIME À L'ÉQUILIBRE FRAGILE



@julien.scanzi
gastroentérologue



Livret de Réduction des Risques

Alcool

Livret à l'intention de tous :
de ceux qui accompagnent, de ceux qui se questionnent,
et de celles et ceux qui vivent, parfois, avec un rapport
complexe à l'alcool



2025

Découvrez le **CENTRE FRANCOPHONE DE RESSOURCES ET D'ACCOMPAGNEMENT DE L'ADDICTION À LA PORNOGRAPHIE**



NOS OBJECTIFS

*Contribuer à **faire reconnaître l'addiction à la pornographie** en addictologie

***Développer l'offre de soin** pour l'addiction à la pornographie afin que toute personne concernée, enfant, adolescente ou adulte, trouve une aide spécialisée

NOTRE AMBITION

Préserver la santé mentale, sexuelle et relationnelle de toute personne

L'ESSENTIEL

Commission des
AFFAIRES SOCIALES



RAPPORT D'INFORMATION FLASH

OPIOÏDES EN FRANCE : ÉTAT DES LIEUX, RISQUES ÉMERGENTS ET STRATÉGIES DE PRÉVENTION

L'usage des antalgiques opioïdes pour le soulagement de la douleur s'accompagne de risques de mésusages importants, en nette augmentation ces dernières années.

Dans un contexte marqué par la crise américaine des opioïdes, les rapporteuses ont formulé vingt recommandations visant à renforcer la politique de prise en charge de la douleur et de gestion des conduites addictives. La commission les a adoptées.



1. MALGRÉ UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE, L'IMPROBABLE SCÉNARIO D'UNE CRISE À L'AMÉRICAINE

A. LA CRISE AMÉRICAINE DES OPIOÏDES : D'UNE SURPRESCRIPTION GÉNÉRALISÉE À UNE HÉCATOMBE

Depuis 25 ans, les États-Unis ont été touchés par plus de 800 000 décès liés à des surdoses d'opioïdes¹. Cette crise, qui frappe toute l'Amérique du Nord, a connu son apogée en 2022, avec près de 120 000 morts sur le sous-continent.

1 D'une libéralisation de la prescription d'opioïdes encouragée par des politiques commerciales agressives à une vague de pharmacodépendance

Dans un contexte marqué par une demande sociale accrue de prise en charge de la douleur, les prescriptions d'opioïdes se sont libéralisées aux États-Unis dans les années 1990. En cause, des stratégies commerciales agressives des laboratoires pharmaceutiques, qui ont stimulé l'offre par une politique de *lobbying* auprès des médecins, et encouragé la demande par la promotion de certains médicaments comme l'OxyContin auprès du grand public, en occultant bien souvent les risques de dépendance consubstantielle à cette classe thérapeutique.

Malgré les risques, la prescription d'opioïdes s'est alors généralisée, voire banalisée. Ainsi, en 2014, 99 % des médecins américains prescrivaient des opioïdes au-delà des durées recommandées. Des centaines de milliers d'Américains ont donc développé une dépendance aux opioïdes.

2. Un resserrement brutal des conditions de prescription et le déport vers le marché noir

Prenant conscience de la crise sanitaire émergente, les pouvoirs publics ont brutalement resserré les conditions de prescription de ces médicaments, causant un effondrement de 46 % de la délivrance d'opioïdes prescrits entre 2011 et 2019. Privés de médicaments sur ordonnance, de nombreux patients dépendants se sont déportés vers le marché de rue, alors dominé par l'héroïne. La consommation d'opioïdes et la qualité des substances consommées sont alors devenues incontrôlables pour les pouvoirs publics : le nombre de surdoses mortelles liées à l'héroïne s'est envolé.

¹ Les opioïdes sont une classe de substances naturelles, semi synthétiques ou synthétiques dérivées du pavot à opium aux propriétés antalgiques et psychotropes, comprenant des médicaments comme le tramadol et des produits stupéfiants comme l'héroïne.



9. III 2025

Personnes en situation de vulnérabilité

Les hommes victimes de violences conjugales

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



Année universitaire 2024-2025

Master 2

Droit pénal et sciences criminelles
Parcours sciences sociales et criminologie

Les hommes victimes de violences conjugales

Elodie CAUTHEROT

Sous la direction de Monsieur le Professeur Valentin WEBER



Bien grandir avec les écrans

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


MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION
NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE
*Liberté
Égalité
Fraternité*

Bien grandir avec les écrans

Des repères pour chaque âge

Les écrans font
partie du quotidien,
mais leur usage
doit être **progressif**
et **accompagné**.

Un usage inapproprié ou
excessif peut avoir des effets
négatifs sur la santé physique
(sédentarité, troubles de la vue,
manque de sommeil) et mentale
(dépendance, mal-être, solitude,
conduites à risque) mais aussi
sur la qualité des relations,
la concentration, la motivation.

Les règles essentielles à tous les âges

Pour aider votre enfant
à développer de bonnes
habitudes :

- pas d'écran le matin
avant l'école,
- pas d'écran pendant
les repas,
- pas d'écran dans
la chambre,
- pas d'écran avant
d'aller se coucher.

The infographic is divided into two main sections: a top teal section and a bottom grey section. The top section features a book icon labeled 'DAP directives anticipées en psychiatrie' and a speech bubble asking 'Les DA(i)P c'est quoi ?'. It lists the purpose of the document as being for people with a psychological disorder to plan and choose their care, and states the goal is to maintain well-being by learning to know oneself and anticipating a plan. The bottom section features three speech bubbles explaining the benefits of DAIP: expressing and anticipating, understanding and knowing, and being able to help others. It lists the goals as prevention (knowing how to react), autonomy, and rights. The word 'ALLIANCE' is also present, referring to the support from family and caregivers.

Les DA(i)P c'est quoi ?

UN DOCUMENT COURT ET PRÉCIEUX
à rédiger quand ça va bien...
Pour les personnes vivant avec un trouble psychique

POUR PLANIFIER ET CHOISIR SON ACCOMPAGNEMENT
Exprimer à l'avance mes souhaits concernant ma santé mentale

maintenir mon bien-être
APPRENDRE À MIEUX ME CONNAÎTRE
ANTICIPER GRÂCE À UN PLAN

J'apprends à mieux me connaître et je reprends confiance

Un Médiateur Santé Pair pourra comprendre ce que je ressens car il l'a vécu

Avec les DAP, je m'exprime et j'anticipe

C'est un outil pour mes proches, ils me comprennent et savent comment m'aider

ALLIANCE
avec les proches et soignants

Prévention
Savoir comment réagir

Mes souhaits
AUTONOMIE

Droit

Pourquoi remplir mes Directives Anticipées (incitatives) en Psychiatrie ?

Parce que c'est un support pour discuter avec mes proches et les professionnels quand ça ne va plus...
Pour mieux participer aux décisions qui me concernent.

Ce document ne peut pas forcer les professionnels à respecter mes choix, mais il sert à les inciter à appliquer mes volontés dans la mesure du possible.

Quand les utiliser ?

Dans les moments où ça ne va plus. Quand j'ai besoin de me souvenir de ce qui m'aide, de mes ressources, de ce qui ne m'aide pas.
Quand je ne suis plus en mesure de parler pour moi.
Quand les autres ne m'écoutent plus.
En cas d'hospitalisation, de crise.

Comment les utiliser ?

Les rédiger Idéalement avec l'aide d'un médiateur santé pair (une personne qui vit aussi avec des troubles psychiques), un soignant, ou même seul.

A modifier au fil du temps, si besoin...

et surtout... À partager !

AVEC SES PROCHES

AVEC LES SOIGNANTS

POSSIBILITÉ D'INSCRIRE LES DA(I)P SUR LE DOSSIER MÉDICAL SUR DEMANDE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS

De quoi les DA(i)P sont-elles composées ?

- Désignation d'une personne de confiance
- Connaissance de soi/ anticipation des crises
- Les traitements
- Les lieux de soin / les accompagnants
- les alternatives
- Les remarques personnelles

RECOMMANDATIONS
DE BONNES PRATIQUES

Recueil et diffusion d'expériences vécues de personnes vivant avec un trouble psychique



Auteurs : Mickael Worms-Ehrminger¹, Margot Morgiève², Nathalie Pauwels³

¹ Enseignant et chercheur, groupe d'étude REVER, Association Place des Sciences

² Chargée de recherche Inserm-Cermes3.

³ Chargée du déploiement Programme Papageno, F2RSM Psy Hauts de France

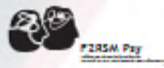
Version au 23 septembre 2025

Ce travail réalisé dans le cadre de l'Institut La Personne en Médecine a bénéficié du soutien de l'Initiative d'Excellence Université Paris Cité (ANR-18-IDEX-0001, IdEx Université Paris Cité).



Inserm

Papageno
PROGRAMME



**Institut la Personne
en médecine**

QU'EST-CE QUI FAIT CHUTER LES PERSONNES ÂGÉES ?

1 - L'INACTIVITÉ PHYSIQUE

2 - LA PEUR DE LA CHUTE

3 - LA DÉNUTRITION

4 - LA BAISSÉ DE LA VUE ET DE L'AUDITION

5 - LES RISQUES DU LOGEMENT



Chacun de ces 5 signes augmente
le risque de chute chez les personnes
âgées. Les connaître c'est déjà pouvoir
agir pour les prévenir.

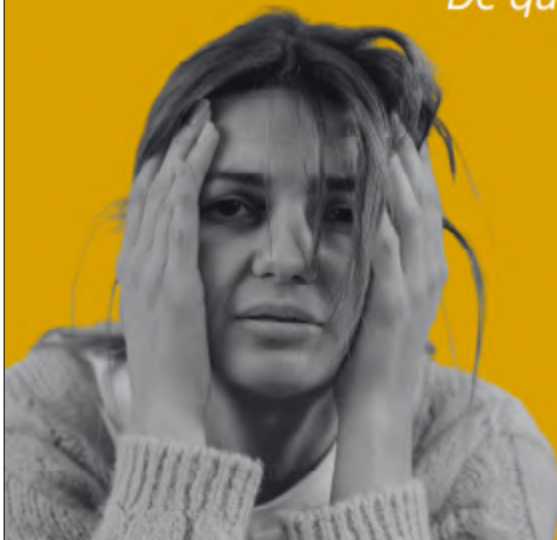
PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES

Mission plan antichute des personnes âgées
Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
chuteseniors@gg.social.gouv.fr

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 traumatiques des
personnes accompagnées***

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



e

Focus

L'Université d'Automne de la HAS

La Haute Autorité de santé propose sa première université d'automne, le 21 novembre de 13h30 à 18h30.

Il s'agit d'un temps pensé pour les étudiants et les professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social. Cette Université se focalisera sur une sélection de recommandations récentes, des échanges avec des experts, tout en offrant l'opportunité de poser des questions en direct.

Cet événement est 100 % en ligne, avec inscription gratuite mais obligatoire.

L'agenda de cette journée est le suivant:

- **Dans les coulisses de la HAS:** rôle et place de la HAS dans l'écosystème sanitaire, social et médico-social.
 - » Session de 13h30 - 14h15.
- **Alcool, tous concernés: aidons chacune et chacun à réduire son risque:** le tabou lié à l'alcool et ses diverses représentations sociétales privent d'une juste appréciation de ses effets, des raisons d'en consommer, et surtout de la richesse des moyens à même d'aider chacune et chacun à diminuer, selon ses propres choix, son risque alcool, sans pour autant tomber dans l'hygiénisme (et donc la privation) ou la moralisation. Faire de l'alcool un sujet de santé pour tous (comme l'activité physique, l'alimentation, la prise de médicaments), y compris en l'absence de complication apparente ou d'usage problématique, permet d'informer, d'éclairer et d'agir.
 - » Session de 14h30 - 15h15.
- **Vie intime, sexuelle et affective en ESSMS: brisons les tabous: rôle et place de la HAS dans l'écosystème sanitaire, social et médico-social :** la vie intime, affective et sexuelle (VIAS) est présentée comme une liberté fondamentale, essentielle à l'épanouissement de chacun, quel que soit l'âge, le handicap ou la situation. Fil rouge pour accompagner tous les publics (enfants, adultes en situation de handicap, personnes âgées...), la recommandation de la HAS propose des repères éthiques et juridiques. Ce cadre transversal ouvre le dialogue, déconstruit les idées reçues et encourage une approche positive de la VIAS.
 - » Session de 14h30 - 15h15.



- **Je t'aime, moi non plus... Protection de l'enfance et psychiatrie, un lien à travailler:** les enfants ayant une mesure de protection ont un risque plus important de présenter des troubles tels que des troubles anxieux, dépressifs, de stress post-traumatique ou encore un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Et pourtant, l'accès aux soins en psychiatrie reste problématique et les ruptures dans leurs parcours de soins peuvent être nombreuses, notamment en raison d'un manque de coordination entre les acteurs de la protection de l'enfance et ceux de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Cette session présentera, notamment au travers de cas pratiques, quelques-unes des recommandations de la HAS pour améliorer le repérage des troubles psychiques et des troubles du neurodéveloppement chez les enfants protégés, l'accès aux soins et leur continuité. Elle proposera également les messages clefs pour mettre en place un cadre collaboratif global entre les deux champs.

- » Session de 15h30 - 16h15.
- **Notre défi santé: bouger plus pour vivre mieux:** L'activité physique (AP) et la réduction des comportements sédentaires sont aujourd'hui des enjeux majeurs de santé publique à tous les âges de la vie.

Les programmes d'activité physique adaptée (APA) sont des thérapies non médicamenteuses validées. La HAS a publié des guides et des référentiels d'aide à la prescription d'AP et d'APA pour de nombreuses maladies chroniques, facteurs de risque, situations de handicap et états de santé. Lors de cette session, le Pr François Carré et le Dr Albert Scemama, vous présenteront les principes de cette prescription et deux exemples, l'un concernant l'insuffisance cardiaque chronique et l'autre le maintien de l'autonomie et la prévention des chutes chez les personnes âgées.

- » Session de 15h30 - 16h15.



- **Endométriose: et si on changeait les règles?:** rôle et place de la HAS dans l'écosystème sanitaire, social et médico-social.

» Session de 16h30 - 17h15.

- **Le TDI, un petit truc en plus:** Le trouble du développement intellectuel (TDI) est un trouble du neurodéveloppement aux manifestations variées. Accompagner une personne présentant un TDI c'est soutenir son autodétermination, sa participation et favoriser son inclusion. Les professionnels doivent bien identifier et comprendre ces spécificités pour proposer un accompagnement adapté. Cette session apportera un éclairage concret sur ce qu'est le TDI et les pratiques recommandées, en s'appuyant sur l'évaluation du fonctionnement de la personne (communication, sensorialité, cognition...) et de ses environnements de vie (école, travail...).

» Session de 16h30 - 17h15.

- **Ensemble contre la maltraitance:** La maltraitance nous concerne tous, parfois sans en avoir conscience, que l'on en soit victime ou auteur, elle est multi-forme et peut être insidieuse. Elle prend des formes variées : négligence, discriminations, harcèlement, paroles ou gestes déplacés, absence d'écoute, posture inadéquate... Il existe également une maltraitance institutionnelle (turn over important, une organisation inadéquate, un management inefficace, des locaux non entretenus, des conflits non régulés etc.).

Comment en prendre conscience, la reconnaître, en parler, la prévenir ? Quel rôle pour les professionnels, l'encadrement, les usagers, les proches ? Dans cette session nous reviendrons sur les points clefs de la recommandation de la HAS. Ensemble, nous pouvons en parler pour la prévenir.

» Session de 17h30 - 18h30.

- **Innovation: le dessous des cartes**

» Session de 17h30 - 18h30.

» L'inscription est à réaliser sur [ce lien](#).

Il est possible, pour les personnes inscrites à des sessions de cette Université, de poser des questions aux experts de manière préalable, afin que la HAS puisse éventuellement orienter ou enrichir les interventions.

Pour ce faire, un lien est proposé, [à cette adresse](#) ou en cliquant sur l'image ci-dessous.

Université d'automne de la HAS : posez vos questions !

Ce questionnaire a pour but de recueillir vos questions en amont de l'Université d'Automne.
N'oubliez pas de vous inscrire !

Démarrer maintenant

Focus

Le sectomètre de Mailé Onfray

Le sectomètre proposé par Mailé Onfray est un outil de sensibilisation face aux dérives sectaires, basé sur les critères de Miviludes (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires) et de la pastorale des dérives sectaires dans l'Eglise catholique.

L'outil reprend 10 catégories d'emprise avec leurs critères spécifiques, permettant aux professionnels de la justice, du travail social, du secteur sanitaire et de la police de pouvoir objectiver les choses et de protéger les personnes vulnérables accompagnées.

L'intérêt de cet outil est double:

- Permettre aux victimes de réaliser la présence d'une emprise en visualisant clairement le processus dans lequel elles ont été entraînées ;
- Favoriser l'échange entre professionnels, sur la base d'un outil partagé créant un langage et des critères communs.

Les dix critères concernés sont:

- ◊ L'emprise psychologique ;
- ◊ L'emprise sociale et l'isolement ;
- ◊ L'emprise verbale et la communication toxique ;
- ◊ L'emprise économique ;
- ◊ L'emprise physique ;
- ◊ L'emprise sexuelle ;
- ◊ L'emprise administrative et juridique ;
- ◊ L'emprise spirituelle et doctrinale ;
- ◊ L'emprise sur les enfants ;
- ◊ Le harcèlement post-sortie de l'emprise.

Ce document peut également s'adresser aux professionnels eux-mêmes, notamment dans le secteur sanitaire et médico-social, au sein duquel il a récemment été identifié une fragilité particulière face aux médecines alternatives délétères et aux embrigadements par des gourous en santé (énergéticiens, spiritualistes, chamans, Etc.).

- » Le document est téléchargeable sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'illustration ci-contre.



📌 Emprise psychologique

- ☐ Culte de la personnalité du leader/gourou
- ☐ Infantilisation et déresponsabilisation des membres
- ☐ Manipulation mentale et émotionnelle
- ☐ Culpabilisation systématique
- ☐ Humiliation publique ou privée
- ☐ Interdiction d'exprimer des doutes ou certaines émotions
- ☐ Sentiment que partir est impossible
- ☐ Peur des conséquences si on quitte le groupe
- ☐ Discours incohérent mais présenté comme vérité absolue
- ☐ Alternance imprévisible entre bienveillance et rejet
- ☐ Contrôle des pensées et des opinions
- ☐ Obligation de rendre compte de ses pensées
- ☐ Punitons psychologiques (mise à l'écart, silence radio)
- ☐ Menaces voilées ou explicites
- ☐ Climat de peur permanent
- ☐ Dénigrement des soins psychiatriques et psychologiques
- ☐ Dissuasion ou interdiction de consulter un professionnel de santé mentale
- ☐ Mise en concurrence des membres entre eux
- ☐ Multiplicité des casquettes du gourou (for interna/for externa)
- ☐ Prosélytisme imposé ou encouragé
- ☐ Délétion encouragée

👤 Emprise sociale et isolement

- ☐ Isolement progressif de la famille et des amis
- ☐ Contrôle des contacts avec l'extérieur
- ☐ Ruptures imposées avec l'environnement antérieur
- ☐ Discours diabolisant le monde extérieur
- ☐ Obligation de fréquenter uniquement les membres du groupe
- ☐ Surveillance des relations interpersonnelles
- ☐ Dénonciation encouragée entre membres
- ☐ Création d'un « nous » contre « eux »
- ☐ Interdiction ou limitation des visites familiales
- ☐ Surveillance des communications
- ☐ Obligation de demander permission pour voir quelqu'un
- ☐ Contrôle de l'agenda et des déplacements
- ☐ Isolement géographique forcé

Le pornomètre du CRIAVS Lorraine

» L'outil est accessible en téléchargement sur [ce lien](#), ou en cliquant sur les images ci-contre.



18+ RÉCRÉATIF : Consomme avec modération	Je regarde/écoute parfois des contenus érotiques/pornos
	Je pense que le porno propose une sexualité parfois caricaturale et/ou éloignée de la sexualité habituelle
	Je sais que mon/ma partenaire doit être ok avec ce que l'on fait quand on a un rapport sexuel
	J'ai d'autres sources d'informations sur la sexualité que le porno
	Je peux regarder du porno pour explorer mon orientation sexuelle
	Je peux regarder du porno pour me donner des idées
	Je peux regarder du porno pour explorer mes envies
	Je peux regarder du porno pour me masturber
	Je peux être excité-e par le porno mais pas seulement
	Je peux regarder du porno en couple si mon/ma partenaire est ok
	Je peux me masturber sans avoir besoin de regarder du porno

A RISQUE : N'hésite pas à demander de l'aide

Je peux parfois regarder du porno pour apaiser des tensions

J'ai l'impression de regarder trop de porno

Je culpabilise après avoir regardé du porno

J'essaye de réduire le temps que je passe sur des sites pornos

Je n'ai que le porno comme source d'information sur la sexualité

Je me sens souvent fatigué·e parce que je reste
tard sur des sites pornos

Je pense souvent à des choses/images sexuelles

J'ai des difficultés à m'exciter sexuellement sans porno

Je peux parfois prévoir à l'avance le moment
où je regarderai du porno

Je me sens déprimé·e, anxieux·se, de mauvaise
humeur quand je ne regarde pas de porno

Je peux parfois regarder du porno qui ne m'intéressait
pas au départ

Je suis obligé·e de regarder du porno pour me masturber

Je peux parfois m'empêcher de sortir avec
des amis ou des proches pour regarder du porno

PROBLÉMATIQUE : Tu as besoin d'aide

Je peux parfois négliger mes occupations quotidiennes pour regarder du porno

Je sais que ma consommation de porno me fait souffrir / a des conséquences sur ma santé

J'ai essayé, en vain, de réduire ma consommation de porno

J'ai des images pornos plein la tête

Je peux parfois regarder du porno au travail

Je n'arrive à gérer mes émotions ou éviter des émotions désagréables qu'en regardant du porno

Je n'arrive plus à avoir une sexualité satisfaisante avec mon/ma partenaire depuis que je regarde du porno

Je télécharge parfois des contenus pornos sans forcément les regarder

J'ai des conflits avec mon/ma partenaire ou avec les autres à cause du porno

Je ressens plus de difficultés sexuelles (troubles du désir, de l'excitation, du plaisir) depuis que je regarde du porno

Je préfère regarder du porno que d'avoir une relation sexuelle avec mon/ma partenaire

Je préfère regarder du porno plutôt que d'assumer mes responsabilités

Je peux regarder plusieurs contenus pornos en même temps

Je suis obligé-e de regarder de plus en plus de porno pour être excité-e/satisfait-e sexuellement

Je regarde du porno de plus en plus trash, de plus en plus violent pour être excité-e sexuellement



Conférence nationale - 16 octobre 2025 à Paris

(cliquer sur l'image pour réaliser votre inscription)



2^e
Conférence Nationale
sur l'avenir
de la formation
en travail social
organisée par
l'ANFTS

16
oct.
2025
9h-17h

LES ÉTABLISSEMENTS DE FORMATION EN TRAVAIL SOCIAL EN DANGER ?

ENTRE INJONCTIONS ET UTOPIES :
QUELS RÉALITÉS, ENJEUX ET PERSPECTIVES
POUR LES EFTS ?

Amphithéâtre CNRS Site Pouchet
59-61 Rue Pouchet
75017 Paris

Cliquez sur ce lien pour vous inscrire obligatoirement

Journée d'échange - 17 octobre 2025 à Metz

(cliquer sur l'image pour télécharger le programme)

17 OCTOBRE 2025

Hôtel de ville de Metz

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



LES AUTEURS DE VIOLENCES :

Enjeux psychosociaux et
judiciaires

Inscription gratuite obligatoire à : apresap57@gmail.com
Nombre de places limité
Date limite d'inscription : 01/10/2025



Santé Mentale
Justice et
société

Violence et
masculinité

Soins
pénalement
ordonnés

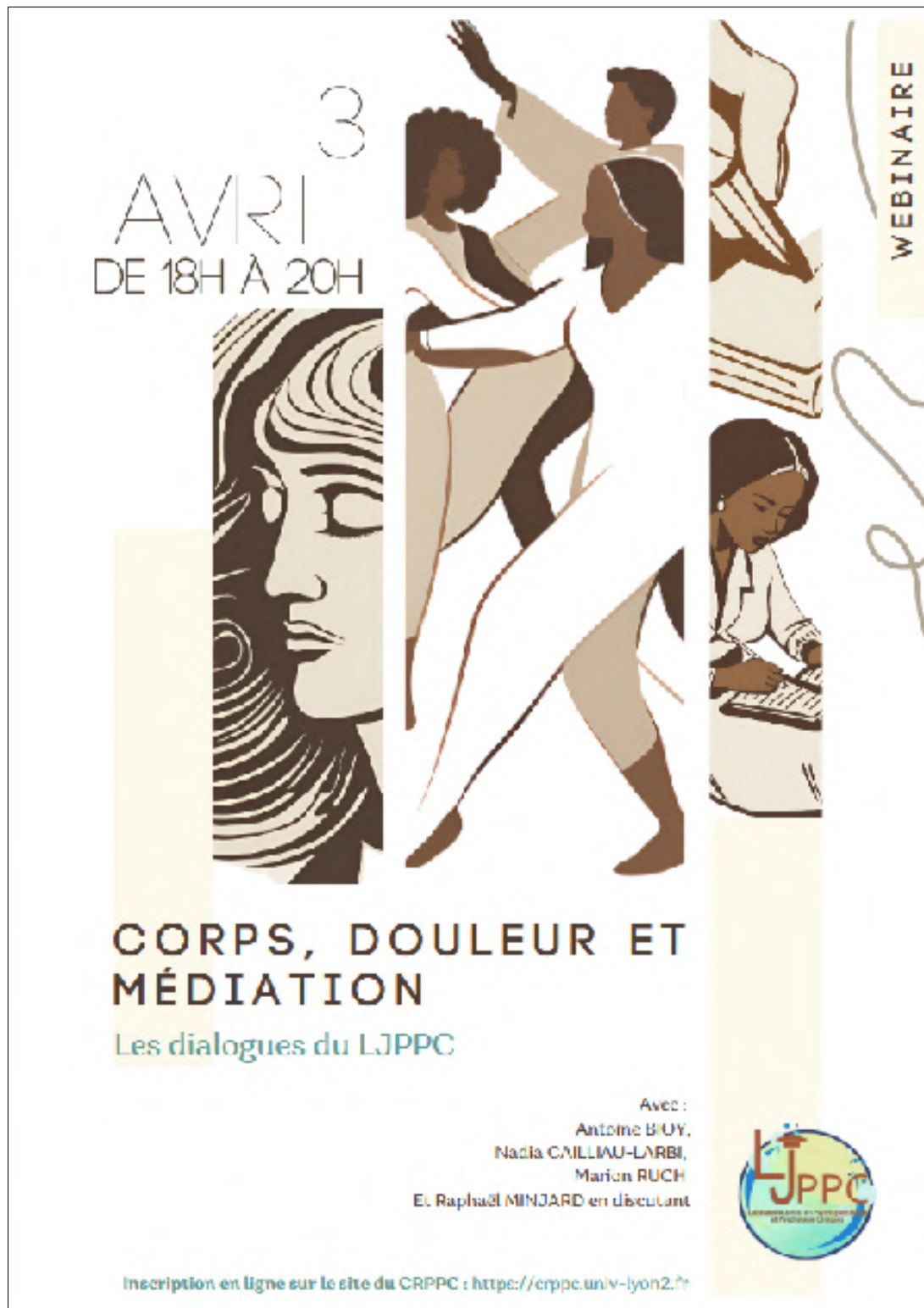
Radicalité
violente

Pratique
clinique auprès
des auteurs

Traumatisme
et violence

Webinaire - 3 avril 2026 (en ligne)

(cliquer sur l'image pour télécharger le programme)



3
AVRIL
DE 18H À 20H

WEBINAIRE

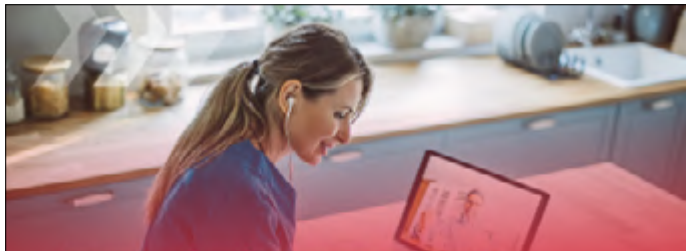
**CORPS, DOULEUR ET
MÉDIATION**
Les dialogues du LJPPC

Avec :
Antoine BLOY,
Nadia CHILLIQU-LARBI,
Marion RUCH
Et Raphaël MINJARD en discutant

LJPPC
Laboratoire de Jurisprudence
et Philosophie du Droit

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

Les webinaires RH de l'Anap (en ligne)



**LE TÉLÉTRAVAIL
POUR LES SOIGNANTS**

C'est possible !

📅 25 août,
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



**ATTIRER 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](#)).

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 vieillir".

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 seniors ;
- 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 seniors 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](#).

Appel à contribution de la revue Sociographe
(cliquer sur le document pour télécharger une version PDF)

socio graphe

Appel à auteurs

Aujourd'hui, témoigner en travail social.
Entre engagement responsabilité, transmission et dilemmes éthiques

N° 95, parution, septembre 2026.

Dépôt des manuscrits jusqu'au 1^{er} mars 2026 (par mail : gnoel.pasquet@faire-ess.fr) en mentionnant vos coordonnées (téléphonique et postale).

La ligne éditoriale du *Sociographe* s'inscrit dans une épistémologie du témoignage, avec la volonté de restituer au plus près la parole des acteurs du travail social. Dans ce cadre, nous souhaitons interroger la manière dont les témoignages sont produits, reçus, et leurs effets.

Le mot témoignage vient du latin *testis*, « témoin », littéralement « celui qui se tient en tiers », dérivé de *tertius* (troisième) et *stare* (se tenir debout, être présent). Le témoignage désigne l'acte par lequel une personne certifie ce qu'elle a vu ou entendu. Pourtant, ce geste peut aussi être perçue comme une mise en tension : « balancer » une vérité, parfois dérangeante.

Témoigner, c'est attester de faits, mais cette déclaration reste traversée par la subjectivité de celui qui témoigne. Cette singularité nous invite à interroger les normes, les croyances et les représentations qui fondent nos conceptions du vrai, du faux, du juste, de l'injuste, du bien ou du mal.

Quelles sont les conditions qui permettent au témoignage d'émerger, d'être exprimé et transmis ? Aujourd'hui, alors que l'information circule massivement, la parole du témoin peut devenir un contre-pouvoir (comme chez les lanceurs d'alerte), mais aussi susciter du rejet, du *bashing*, ou des soupçons de *fake news*.

Les travailleurs sociaux sont au quotidien les témoins privilégiés des « voix ordinaires » de personnes en situation de marginalité sociale. Ils deviennent parfois les porteurs de leur parole. Mais comment retranscrire fidèlement ces réalités ? Comment permettre à ceux dont la parole est minorée de s'exprimer ?

Au-delà du rôle de porte-parole, le témoignage engage une responsabilité éthique, à la fois personnelle et professionnelle. Quelles en sont les formes et les limites ? Dans quels espaces s'exerce-t-il, et dans quels buts : institutionnels, politiques ou de terrain ?

Ce questionnement touche également à la production des écrits professionnels. Sous quelles formes sont construits les récits de situation ? Comment intégrer la subjectivité des perceptions, des souvenirs ou des annotations ? Existe-t-il des techniques spécifiques pour produire ces récits de témoignage ?

Nous invitons professionnels, formateurs, chercheurs et acteurs du secteur à soumettre des articles, études de situations ou retours d'expériences dans lesquels le sujet du travail social est :

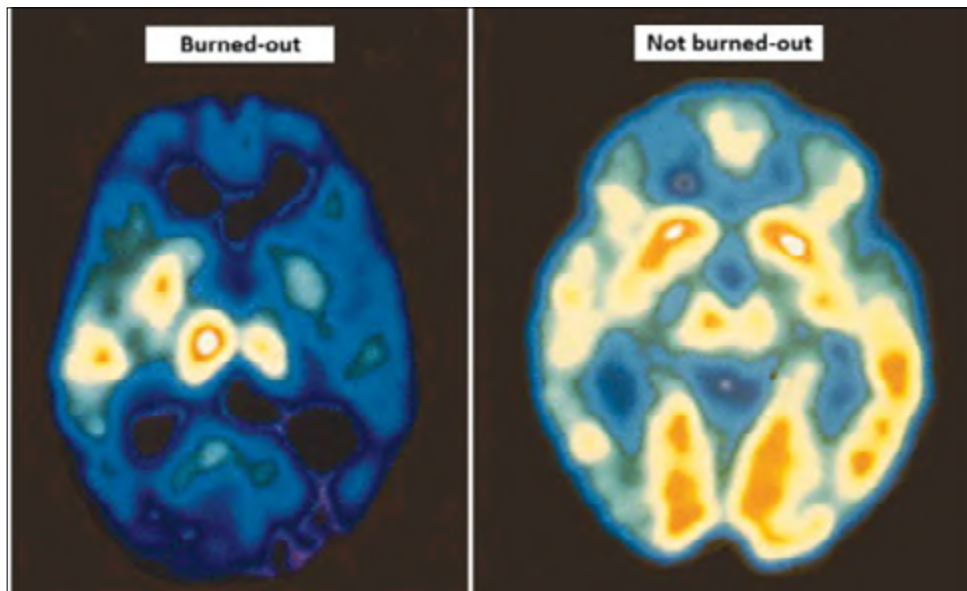
- Témoin du quotidien : des vies des personnes accompagnées, de leurs difficultés, de leurs intimités.
- Témoin dans l'institution : des tensions ou coopérations internes, des luttes de pouvoir, des dysfonctionnements.
- Témoin formateur : en transmettant aux étudiant.e.s les savoirs issus de l'expérience de terrain.
- Témoins des contradictions du travail social et de ses injonctions paradoxales. En effet, le témoignage est aux prises avec l'éthique, les valeurs individuelles et institutionnelles et le droit. On pense ici par exemple assez aisément à la discrétion professionnelle et le secret professionnel face aux injonctions de transmettre, de dire, de communiquer soit de témoigner aux différentes instances et autorités.

Manuscrit sous fichier Word entre 5000 et 30 000 signes maximum. Les autres recommandations sont sur le site du Sociographe. Tout manuscrit est signé par un ou des auteurs physiques (pas de personnes morales). En cas de co-auteurs, nécessité d'avoir un seul contact pour la rédaction (ils seront présentés dans la publication par ordre alphabétique sauf contre-indication). Les manuscrits et autres documents remis le sont à titre gracieux ; la publication est soumise à un contrat d'édition. Tout fichier proposé suppose l'autorisation par l'auteur d'une mise en ligne possible sur Internet.

Contacts : Dossier coordonné David Puaud (puaud.david@irts-pc.eu), Cadre pédagogique IRTS Poitou-Charentes

Culture et vulnérabilité

La réalité neurologique du burn-out



Si le Burn-out est un fait clinique et sociologique (notamment en raison de l'influence de l'environnement dans sa survenue et/ou son destin), il est important de garder à l'esprit qu'il est également un fait biologique.

Effectivement, l'effondrement organique est clairement mesurable, notamment par PET Scan.

On remarque, chez le sujet concerné, une chute spécifique de l'activité neuronale:

- Le cortex préfrontal (impliqué dans la régulation des émotions et dans la prise de décision) ralentit ;
- L'amygdale (impliquée dans la peur et le stress) s'emballe.

En conséquence, la personne perd en contrôle émotionnel, en lucidité et en énergie.

Cela démontre que le Burn-out est un authentique court-circuit cérébral provoqué par une surcharge chronique de stress, avec de réelles répercussions à moyen et long terme sur la santé somatique. Le cerveau, constamment en mode "survie", finit par désactiver tout ce qui n'est pas vital: créativité, empathie et motivation, pour privilégier les structures archaïques en lien avec la gestion des menaces.

Si la guérison est lente et se compte en mois, voire en années, elle est néanmoins possible: le cerveau, grâce à sa plasticité, peut rétablir des connexions neuronales, ainsi qu'en créer de nouvelles dans un processus de compensation.

Il est donc indispensable de ne pas nier la réalité physique du Burn-out par des invalidations ("Le stress, ça se gère", "ce n'est qu'un moment difficile") qui ne servent souvent qu'à dédouaner l'environnement de ses responsabilités: il faut au contraire prendre conscience de cette urgence neurologique et soutenir la personne qui la présente dans ses démarches de soin et de repos.

Clinique et psychopathologie



L'estime de soi et la confiance en soi

L'estime de soi et la confiance en soi sont des termes souvent utilisés de manière interchangeable. Pour autant, leur différence est bien réelle et doit être prise en compte pour identifier de manière précise les enjeux en présence, et en conséquence proposer un accompagnement adapté aux problématiques concernées.

L'estime de soi

L'estime de soi peut être définie par trois positionnements subjectifs spécifiques:

- Se respecter malgré ses défauts et ses éventuels échecs ;
- Se considérer digne d'amour et de respect ;
- S'aimer tel que l'on est et non tel qu'on aimerait être dans le regard des autres.

La confiance en soi

La confiance en soi renvoie pour sa part aux relations que la personne entretient avec les défis de son environnement:

- Croire en ses compétences ;
- Oser affronter des situations nouvelles sans anxiété excessive ou paralysie par la peur ;
- Avoir développé une capacité à se convaincre que l'on peut arriver à faire face aux défis.

La fragilisation de ces dimensions du rapport à soi et à l'environnement peut mener à l'émergence ou à la majoration de troubles, notamment:

- ◇ Les troubles anxieux ;
- ◇ Les troubles de l'humeur ;
- ◇ Les manifestations des troubles de la personnalité.

Pouvoir distinguer ces deux dimensions permet d'identifier les enjeux présents dans la vie de la personne accompagnée, et de proposer des interventions adaptées et propices à une amélioration de la situation.



Paru en septembre 2025



L'éthique dans les établissements et services sanitaires sociaux et médico-sociaux

[Fabrice Gzil](#), [Philippe Camberlein](#), [Anne Caroline Clause-Verdreau](#), [Milena Maglio](#) et [Christine Nieuwjaer](#)

Consacré à la démarche éthique dans les secteurs sanitaire, social et médico-social, cet ouvrage s'adresse à tous ceux – professionnels du soin et de l'accompagnement, bénévoles, usagers, étudiants – qui bâtissent ou animent une réflexion éthique, y participent ou envisagent de s'impliquer dans une telle démarche.

S'appuyant sur l'expertise de l'Espace éthique Île-de-France et l'expérience des cinq coauteurs, il vise à être un vecteur d'amélioration des pratiques et un soutien à l'engagement éthique de tous. Conforté par les témoignages d'une soixantaine d'acteurs de terrain déjà engagés dans une démarche éthique de proximité, il présente les notions-clés de l'éthique et explicite, sur la base d'exemples concrets, comment construire et animer une démarche éthique, en cohérence avec les attentes des référentiels de la Haute Autorité de santé.

Aux éditions [Dunod](#) - 40 euros
15 x 21 - 576 pages

A paraître en novembre 2025

Lucas BEMBEN

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

ÉTHIQUE DE LA BIEN TRAITANCE AUPRÈS
DES PERSONNES EN SITUATION DE MARGINALITÉ



ESSAIS
ÉDITIONS MAÏA

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.

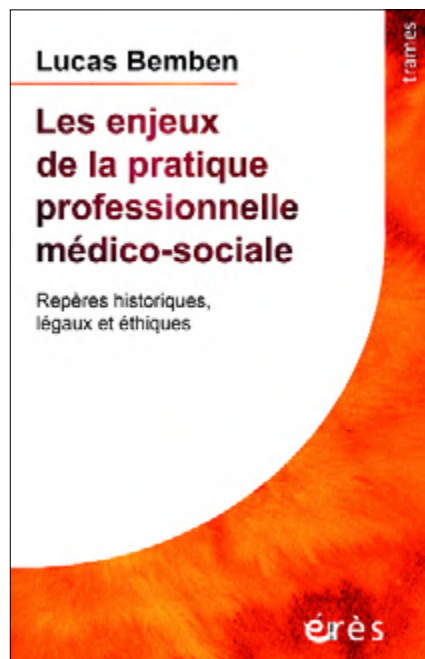
Aux éditions Maïa - 20 euros.
15 x 20,9 - 225 pages

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

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



Les citations du bulletin

"Le pauvre finit toujours par comprendre que la pauvreté n'est pas un vice. Ce n'est pas un vice mais un état qu'il faut remplir, tout comme un autre. Il a ses règles qu'il faut accepter et ses lois auxquelles il faut obéir pour ne pas être un mauvais pauvre"

Stéphane Méliade

" Ne pas voir ni regarder notre maltraitance, la rendre invisible, c'était la rendre inexistante"

Sarah Jollien-Fardel

*"Il y a deux façons de se tromper:
l'une est de croire ce qui n'est pas, l'autre de refuser de croire ce qui est"*

Kierkegaard





Retrouvez-nous sur la plateforme
du collectif de recherche Psymas

<https://www.psymas.fr>

